

VÁRÓSZOBA

**NŐI GYÓGYÍTÓK ÉS PÁCIENSEK
AZ ORVOSLÁS PERIFÉRIÁJÁN**

WAITING ROOM

**WOMEN HEALERS AND PATIENTS
AT THE PERIPHERY OF MEDICINE**

**NŐI GYÓGYÍTÓK ÉS PÁCIENSEK
AZ ORVOSLÁS PERIFÉRIÁJÁN**

**WOMEN HEALERS AND PATIENTS
AT THE PERIPHERY OF MEDICINE**

GADÓ FLÓRA

LÁZÁR ESZTER

MÁSÁLLAPOT A MÚZEUMBAN

KURÁTORI BEVEZETŐ

A *Városzoba – női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján* című projekt a Magyar Nemzeti Múzeum – Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Adattár (SOM) gyűjteményének tárgyanyagából kiinduló interdiszciplinaris programsorozat, melynek középpontjában a gyógyítás tudománytörténetén belül az orvostudományban a nők szerepének és a női testhez kapcsolt gyakorlatoknak a vizsgálata áll. A kortárs művek által felvetett témákat körüljárva a Friedrich-Ebert-Stiftung Alapítvány *Nemek közötti igazságosság Kelet-Közép Európában* programjának keretében a társadalomtudomány és az egészségügy felől érkező szakemberek részvételével szerveztünk szakmai beszélgetéssorozatot; tanulmányaik képezik e kötet gerincét.¹

Az egészségpolitikát egy olyan politikai diskurzus részének tekinthetjük, mely a népesség biológiai állapotát különböző egészségügyi tevékenységekkel és rendeletekkel szabályozza, miközben a politikai retorika eszközeivel a lakosság egészsége és az orvosi gyakorlat közötti összefüggés definiálását és újradefiniálását ennek a diskurzusnak a részévé teszi.² Az egészség, a betegség nemcsak biológiai kategóriák, hanem a társadalom kollektív vágyait, kétségeit, érdekeit hordozó politikai és kulturális szimbólumok is.³ Témaválasztásunkat a 2010-es évektől érzékelhető, de az elmúlt években a média és a politikai kommunikációban hangsúlyosan jelen levő tendencia is indokolja, amely a reprodukív jogokkal, az intézményesített neveléshez vagy a szociális gondoskodáshoz kapcsolt szerepkörök kérdéseivel foglalkozik.⁴ Az egészségügyben a női szerepekhez kapcsolódó feszültségek az ápolás, a gondoskodás, a gyógyítás területén is látványosan megjelentek, mivel az ezekhez társított feladatok ideológiai alapú konzerválása legitimálja az elsősorban nők által

NAGY EDINA

ŐZE ESZTER

végzett ápolási, gondoskodási, informálisan és formalizáltan működő munkák olcsósítását és kizsákmányolását.⁵ Projektünk a női szerepekre és a női testre vonatkozó elvárások és szabályozások által meghatározott tevékenységeket, a test helyét, reprezentációját és cselekvési lehetőségeit tematizálja az orvoslásban. Többek között azt, hogy jelenleg ki fogalmazhat meg állításokat, ki cselekedhet az egészséggel és a gyógyítással kapcsolatban?

A KORTÁRS KÉPZŐMŰVÉSZETI GYAKORLATOK

MEDIKALIZÁCIÓS FORDULATA

Amikor a kortárs művészetben nemzetközi kiállítások, biennálék, művészeti kutatások, kurátori projektek, antológiák tendenciózusan foglalkoznak egy adott területtel, gyakran a kortárs művészet adott fordulataként („turn”) hivatkozunk rá.⁶ Kereszük a jelenség tudományos hátterét, a múzeumi diskurzusban kijelölt pozícióját, a művészeti és intézményi gyakorlatban az előzményeket és a párhuzamokat. Az elmúlt években a betegség, a gyógyítás és ezek biopolitikai vonatkozásainak művészeti feldolgozásával egyre gyakrabban találkozunk kortárs művészeti kontextusban, így felmerül a kérdés, hogy beszélhetünk-e a kortárs művészeti gyakorlat medikalizációs fordulatáról? Az egészséges testről alkotott kép(zet) és a betegségtudat aktuális megközelítésein túl rekontextualizálódnak-e (orvosi) múzeumi gyűjtemények, és hatással van-e mindez a kurátori praxisra, esetleg a művek bemutatási formájára? Vagy inkább a kortárs művészet és a társadalmi múzeumok újabb „együttműködéséről” van szó, amelyben az új muzeológia⁷ perspektívájából olvashatók újra és alakíthatók át az intézményi gyakorlatok?

A természettudományokkal, ezen belül az orvostudománnyal foglalkozó múzeumok a nyugati tudományos paradigmák által meghatározott intézményes orvosi gyakorlatról, az egészségről, az egészséges testről való gondolkodásunk rendszerbe ágyazott tárgyi lenyomatai, dokumentumai. A kortárs művészet orvoslással, egészségüggyel foglalkozó diskurzusaiban a nyugati orvostudomány posztkolonialista kritikája az orvostörténetet bemutató gyűjteményekre is kitekint, és ennek tükrében olvassa újra az orvoslást, másrészt a beteg testet és a gyógyító személyét antropológiai, társadalmi és feminista megközelítésben vizsgálja, így közelítve az ezekkel összefüggő társadalmi elvárásokhoz.

A genderszempontú megközelítés nemcsak a nőknek „dedikált” betegségeket, hanem az egészségügyi gyakorlat azon, jellemzően a nők által végzett tevékenységeit is tárgyává teszi, amely a láthatatlan női munkát, a női gondoskodást helyezi fókuszba. Az orvostudomány intézményesített narratíváinak, az orvostörténeti múzeumok gyűjteményeinek és kiállításainak többek között ezen hiányzó történetei kapnak a kortárs művészet bevonásával láthatóságot. Az említett kritikai irányzatokhoz köthető művészeti gyakorlatok közül témánkhoz kapcsolódóan kettőt emelnénk ki: a Feminist Health Care Research Groupot, amely az 1970–80-as évek egészségmozgalmaival genderperspektívából foglalkozik, az említett időszak gyógyító házaiban végzett praxisokra, radikális és feminista terápiákra fókuszálva.⁸ A másik irányra példa a radikális egészségügyi aktivizmus („radical health activism”), amelynek képviselői nemcsak az afroamerikai lakosok egészségügyi ellátásának problémáira és hiányosságaira és az egészségügyben dolgozókkal szemben gyakorolt eltérő bánásmódra hívták fel a figyelmet, hanem a gyógyítás eurocentrikus, technotudományos megközelítése helyett annak a természetes gyógymódokat előtérbe helyező alternatív módjaira/változataira is.⁹

INTERVENCIÓK

Már a *Városzoba* projekt tervezése során körvonalázódott számunkra, hogy a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum gyűjteményével relevánsan, tehát a gyűjtemény bizonyos tárgyait vagy témacsoportját kiemelve, azokra reflektálva, ugyanakkor kritikai olvasatukat is szem előtt tartva múzeumi intervenciók formájában foglalkozunk majd. A múzeumi intervenciók az 1990-es évek végétől jelentek meg a kortárs művészet eszköztárában.¹⁰ Az intervencióknak köszönhetően temporálisan nemcsak maga a „beavatkozó mű”, de annak kontextusa is kiemelődik a gyűjtemény egészéből – így lehetővé válik annak alaposabb olvasata és értelmezése.

A gyűjteményekre reagáló kortárs művészeti intervenciókat alapvetően három típusba lehet sorolni: létezik a gyűjteményt átrendező stratégia, amikor például a művész bizonyos (adott esetben addig „láthatatlan”) tárgyakat vagy tárgye gyűjtéseket helyez előtérbe vagy emel ki, és ezáltal hoz létre egy új narratívát. Ennél direktebbek azok a beavatkozások, amelyek esetében látványon egy új műtárgy, de ez sokszor szinte gesztusszerű, és továbbra is a meglévő gyűjteményi tárgyak hangsúlyozására vagy kiemelésére szolgál.¹¹ A harmadik típus, amikor a művész egy általa készített, új és önálló műtárgyat hoz létre. Ezek is mind a gyűjteményre vagy annak történetére reflektálnak, azonban sok esetben már nem épülnek be szervesen a kiállításba, hanem jobban elválnak, mint a különálló műalkotások.¹²

A múzeumi intervenció műfaja azonban problémákat is felvet. Egyfelől ezek a művek sokszor olyan múzeumi környezetben, állandó gyűjteményben kapnak helyet, melyek nem kortárs műalkotások (akár időszaki) befogadására jöttek létre. Tehát sem a technikai, sem a térbeli, sem egyéb feltételek nem ideálisak az adott intervenció installálásához.¹³ A kortárs mű megváltoztatja a gyűjtemény összképét, adott esetben zavarólag hat annak befogadására (például: amikor egy alapvetően „technikamentes” gyűjteményi anyagba vetítés, képernyők, hangforrások stb. kerülnek be. A zavar ugyanakkor kizökkentést is jelenthet, ami együtt jár a figyelem fokozott felkeltésével.

Az olyan, speciális narratívát közvetítő múzeumok esetében, mint amilyen a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, a látogató gyakran elveszik a nagy mennyiségben kiállított, ma már jobbra inkább csak borzongatóan egzotikusnak tekintett, ismeretlen orvosi eszközök és a hozzájuk kapcsolódó információk rengetegében, ahol a kortárs művek idegenül hatnak. Óvatosnak kell lenni a tekintetben is, hogy az intervenciók ne „sajátítsák ki” a gyűjteményi narratívát, ne annak egyoldalú olvasatát (esetünkben a gyűjtemény idegenségét, egzotizizmusát) erősítsék, és technikai vagy egyéb adottságaiknak köszönhetően ne is „telepedjenek rá” a gyűjteményre. Az általunk választott művek azzal, hogy egy párhuzamos múzeumi narratívát, nevezetesen a hiányzó női szálát, emelik be a gyűjteménybe, nem dominálják a meglévő anyagot, sokkal inkább kiegészítik azt, a vakfoltok felmutatásával téve szükségszerűvé annak kritikai olvasatát.

NAGY NARRATÍVÁK – SZEMÉLYES TÖRTÉNETEK

A Semmelweis Orvostörténeti Múzeum gyűjteménye az 1960-as évekig mutatja be a magyar orvostörténetet, és bár 1965-ben nyílt meg, gyűjteményi anyaga a 20. század elején nyíló egészségügyi és higiéniai gyűjteményekkel

1 A beszélgetéssorozat témái: Szőr, *hisztéria – női deviancia? Városzoba – női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján*, 2020. október 7. (vendégek K. Horváth Zsolt társadalomtörténész, Máriai Dóra pszichológus), *Bábaság, anyaság, társadalom – női szerepek a társadalmi elvárások tükrében*, 2020. október 22. (vendégek Kerényi Szabina szociológus, MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont, Kremmer Sarolta szociológus, születőznő szakos hallgató), *A felesleg melankóliájától a testről való önrendelkezés labirintusáig*, 2021. november 20. (vendégek: Nemes Z. Mária költő, kritikus, esztéta, Sándor Judit bioetikus, jogász, a CEU tanára, a CEU Bioetikai és Jogi Központjának [CELAB] igazgatója), *Személyes szakmaiság – védőnői gyakorlat a 21. században*, 2021. március 24. (vendégek: Pongrácz Adél védőnő, Szőke Alexandra antropológus, a Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont munkatársa).

2 Császi Lajos: *Biopolitika és kultúra. Késő modern perspektívák*. Új Mandátum Könyvkiadó, 2007, 134. o.

3 Uo.

4 *Az otthonápolás munka! Ne megalázó segély járjon érte*, 24.hu/fn/gazdasag/2018/09/17/az-otthonapolas-munka-ne-megalazo-segely-jarjon-erte/

A Covid19 következtében létrejött rendkívüli jogrend bevezetése után a Fidesz-KDNP kormány egyik első lépése volt benyújtani két, alaptörvényt módosító törvényjavaslatot, melyek az egyedülálló és az azonos nemű szülők örökbefogadását ellehetlenítőt törvényt készítették elő 2020-ban.

5 Az egészségügyi szektorban történő béremelések (például a 2021-re, 2022-re és 2023-ra tervezett háromlépcsős béremelések) elsősorban az orvosokat érintik, míg a szakszemélyzetként dolgozó, általában női alkalmazottak – az ápolók, védőnők, születőznők – és az őket segítő személyzet kimaradnak a bértáblát érintő változtatásokból.

6 *Health. Documents of Contemporary Art*. Szerk. Bárbara Rodríguez Muñoz. Whitechapel, 2021. Giulia Smith: *Health Vs Wealth*. In: *Art Monthly*, 2018. júl.-aug., 6–10. o. Kiállítások *Mystik der Körper-Hygiene Die Rolle des Smiths, der Gesundheit und der Hygiene in Bezug auf die damit verbundene Ästhetik im Schaffen der zeitgenössischen Künstler*, oglcz/de/mystik-der-koerper-hygiene. *Multilogues on the Now: Technologies of the Body*, display/en/projects/multilogue-on-now-o-zdravi-praci-a-emociich. *For All I Care*, balticart/whats-on/for-all-i-care

7 „A kulturális reprezentáció nemzetközi elméletében és gyakorlatában a hatvanas évektől kezdve érzékelhető az elméleti átrendezés, az egymást követő társadalomtudományi és művészetelméleti fordulatok hatásai megjelentek egyfelől a tudományos és művészeti szövegekben, másfelől az alkotásokban és a vizuális műfajokban: műalkotásokban, műtárgyakban, kiállításokban. A múzeumi munkában ez járult hozzá a gyűjtemények tekintélyelvű, a tudományos kánonok változtatathatatlanságán alapuló beszédmódjának kritikus/önkritikus, reflexív/önreflexív átértékeléséhez, a kiállítási tevékenységben pedig – a témaválasztáson túl – elsősorban a bemutatás és a kurátori praxis kritikai megközelítéséhez.” Frazon Zsófia: *Ú mint új muzeológia*. In: *Néprajzi Látóhatár*, 2013/2. (Új muzeológia – Kortárs múzeumi narratívák), 5. o.

rokonítható. Ugyanis elsősorban egyfajta enciklopédikus tudástárként vagy az alkalmazott tudományosságot gyakorlati célok elérésére használt intézményként értelmezhetjük. Az 1900-as évek elején a magángyűjteményekből létrejövő közgyűjtemények után jelentek meg az orvostörténeti és higiéniai múzeumok,¹⁴ melyek célja az anatómiai tudás megalapozása, elmélyítése és az egészségvédelemmel kapcsolatos tudás terjesztése volt. E múzeumok alapítása egybeesett a közegészségügy intézményesülésével, és így e gyűjtemények vizsgálata lehetőséget kínál arra, hogy tanulmányozzuk, miként vált az orvostudomány a modernitás egyik alapdiskurzusává.

Az orvostudomány a 19. századtól kezdve a higiéniai előírások betartásának képviselőjeként lépett fel – megvédvé a lakosságot a fertőzésektől. Emellett a közegészségügy újonnan létesített intézményeivel, a nagy evolucionista mítoszokat követve, a társadalom egysége fizikai erőnlétének biztosítását tűzte ki célul, felhatalmazva magát bármiféle elváltozás, veszélyesnek titulált gyakorlat vagy fogyatékosságnak tartott adottság „kiiktatására”.¹⁵ Ám mit jelentett mindez a változás az orvostudományhoz kapcsolódó közegészségügyi intézményrendszer működésére és a gyógyítás alanyaira nézve? Nemcsak azt, hogy az orvostudomány képviselőin keresztül a hatalom az addigi intimitás terébe „rontott be” és fegyvermező-gondoskodó szerepben lépett fel, hanem azt is, hogy a populáció egészét és a betegséget kezdte el együtt vizsgálni. Az orvostudomány tehát úgy olvadt össze a modernitás célracionalizáltságának eszméjével, hogy az orvosi szaktudás – a statisztikai adatokra támaszkodva – a társadalom egészségének védelmezésén túl annak megváltoztathatóságát, jobbítását ígérte.

E múzeumok gyűjteményi tárgyai között sétálva érzékelhető, hogy az orvostudomány intézményesülése együtt járt azzal, hogy olyan egységes, mindenki számára kötelezően elfogadott „nagy narratívát” kívántak bemutatni, mely gondosan kijelölte az orvostekintélyeket, a gyógyítás irányvonalait és az egyes társadalmi csoportok pozícióját az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és felhasználásában.

A Semmelweis Orvostörténeti Múzeum sajátossága, hogy kettős funkciót tölt be. Nemcsak egy speciális tudománytörténeti narratívát, az orvostörténetet jeleníti meg, ezen belül is elsősorban a magyar orvostörténet fénykorára, a 19. század második felére koncentrálvá, de emlékmúzeumi funkcióval is bír. A Múzeum névadója, az „anyák megmentőjeként” elhíresült Semmelweis Ignác (1818–1865) egykori lakóházában kapott helyet; Semmelweis munkássága előtt a gyűjteményben külön emlékszoba tisz-

teleg. Ez a személyközpontú narratíva azonban a gyűjtemény egész olvasatát meghatározza, s a magyar orvoslás történetét elsősorban egyenl teljesítmények egymást követő sorozataként látatja. E teljesítmények kivétel nélkül férfi orvosok nevéhez kötődnek, akik bár nem tettek szert nemzetközi elismertségre, mint Semmelweis, de nagyban hozzájárultak a magyar orvostudomány fejlődéséhez. Ahogyan arra már utaltunk korábban, célunk volt a SOM gyűjteményében ezeket az univerzálisként láttatott elbeszéléseket személyes történetekkel megbontva olyan bűvópatakokat találni, melyek alig láthatóan részei a betegség és gyógyítás történetének.¹⁶ Mégis, a 19–20. századi nagy orvostörténeti narratívák gyűjteményére alapozott újragondolás közben egy komoly 21. századi problémába ütköztünk. Azzal, hogy ráirányítjuk a figyelmet a személyes történetekre, nem erősítjük-e meg a jelenlegi egészségügyi helyzet alapirányaként értelmezett „egyéni útkereséseket”? Ezért arra törekedtünk, hogy határozottan eltávolodjunk attól, az egyén „lehetőségeire” építő, egyre inkább a pénzügyi helyzet alapján diszkrimináló rendszertől, mely az egészségügyi ellátást ma Magyarországon (is) jellemzi. Melyben a betegek egyénileg küzdenek olyan ígéretek mentén, hogy amennyiben odafigyel az ember magára, nem sajnálja a költségeket az egészséges életmód kialakítására, akkor erősebb, jobb, ellenállóbb, hasznosabb lesz. Ez a rendszer ugyanúgy sújtja az ápolási, gyógyítási munkát végzőket is, mivel működésének egyik alapja, hogy a gazdaság „potyautasként” rákapaszkodva a gondoskodásra, ápolásra, gyógyításra, életmentésre, az abban dolgozó védőnőket, ápolókat, rezidenseket, orvosokat, azok szellemi és fizikai munkáját kizsákmányolja, és sokszor pénzben, de még megbecsültségben kifejezhető értéket is alig tulajdonít teljesítményüknek.¹⁷

A múzeumi térben így a kortárs művészet eszközkészletével e két ellentétesnek látszó folyamatnak a metszetét szeretnénk felmutatni. A nagy narratívákat személyes történetek árnyékban maradt szereplőket, és gyakorlatok bemutatásával megbontani, ám az egyénre építő, önmagát folyamatosan tökéletesítő, csak a saját erőfeszítéseire és döntéseire számítható beteget és gyógyítót közösségben értelmezni.

A HIÁNY LÁTHATÓVÁ TÉTELE

Az, hogy ebben a narratívában a női orvosok, gyógyítók, bábák, védőnők, s a hozzájuk kötődő, sok esetben alternatív, személy-, páciensközpontú gyakorlatok nem vagy csak periférikusan jelennek meg, nemcsak a múzeum tudománytörténeti narratíváját jellemzi, de egy Magyarországon az egészségügyről ma is érvényben

lévő beszédmódot reprezentál.¹⁸ Az egészségügy jövőbeni magyarországi irányát jól kirajzoló politikai döntéseket szinte kizárólag férfiak hozzák, férfiak szövegezik meg. Bennük a nőket tárgyi-asító, önrendelkezési jogukat tekintetbe nem vevő retorika magától értetődőként van jelen. Bár a hiányzó női szálakat részben feltérképezni kívánó kiállítás ezeken az állapotokon nem tud változtatni, mégis fontosnak tartjuk, hogy az intervenciók segítségével, azokat tágabb kontextusban értelmezve felhívjuk a figyelmet az összefüggésekre.

Amilyen sokféle módon és médiumban reagáltak a művészek a témafelvetésre és a hozzá kapcsolódó társadalompolitikai problémákra, úgy az általuk választott kutatási területek és témák is igen változatosak. Az első egységbe a nőkhöz kapcsolt „devianciák” kérdésköre tartozik, mint amilyen a hisztéria vagy a hirsutizmus. Varju Tóth Balázs kétcsatornás videóinstallációjában a hisztéria kortárs értelmezését láthatjuk. A videóban a hisztéria testi tünetei (rángások, görcsök, kontrollálhatatlan mozgásfázisok) a manapság egyre népszerűbb, stilizált jogagyakorlatokkal párhuzamosan, egymásnak megfeleltetve jelennek meg. Simon Zsuzsanna a fokozott női szőrnövekedéssel kapcsolatos, intimitása okán kevésbé ismert, ugyanakkor mind társadalmi, mind személyes vonatkozásait tekintve komoly következményekkel járó problémakört vizsgálja történeti példákát áttekintő zine-jében és kapcsolódó tárgyegyüttesében.

A második téma a háttérbe szorított, elfeledett vagy alulreprezentált szakmákkal foglalkozik, mint a bábáság vagy a védőnői gyakorlat. Trapp Dominika és Kremmer Sarolta művészeti kutatása során a bábáság magyarországi történetét vizsgálta. A mű erre a speciális tudásra szeretne reflektálni, amely a bábák és szülésznők évezredes tevékenységében vált egy mesterség alapjává. Az installáció egy szubtilis, ám be-szédés intervenció, amely anyagválasztásával, technikájával és motívumkészletével többféle síkon próbálja megragadni ezt a hálózatos, időnként rejtkekutakra száműzött tudást. Szász Lilla dokumentarista fotósorozatában egy védőnő (Bánhidi Ildikó) átlagos napját követhetjük végig, a munkahelytől kezdve az anyákkal való találkozásig, amely slide-show formájában került bemutatásra. Ez egészül ki egy rövidebb inter-júrészlettel, amely a fotósorozat pendantjaként egy nem mindennapi védőnői praxisba enged bepillantást. Fátyol Viola projektjében egyfelől saját védőnőjéről (Szommer Mária) készített portré, amely helyet kaphatna a Múzeum klasz-szikus festményportréi között, másfelől egy al-bumot állított össze, amelyben a szentképek és a védőnőkről, női orvosokról gyermekkel készült portrék ikonográfiai párhuzamait mutatja be. Az utolsó, tágabb kategória a test és azon belül is a női test feletti önrendelkezés jogát vizsgálja: Eperjesi Ágnes először epekövek közösségi gyűjtésébe kezdett, és olyan kérdések kerül-nek előtérbe, mint például: kinek a tulajdona az epekő, és kihez tartozik a műtét után? Az orvoshoz vagy a beteghez? Az üvegben találha-tó és magukat megsemmisítő epekövek mint

„felesleges” és értéktelen szervmaradványok jelennek meg, amelyekhez azonban mégis sajátos módon kötődünk.

HATÁRTÁRGY MINT METAFORA

A *Várószoba* projekt egyik célkitűzése az volt, hogy megvizsgáljuk a múzeumi gyűjtemény és a kortárs művészet találkozási pontjának, metszetének lehetőségeit. Milyen dialógust tud elindítani egy múzeumi intervenció a gyűjte-mény, a kutatók és a látogatók között? Hogyan alakítja át vagy árnyalja a gyűjtemény bizonyos tárgyairól, fogalmairól vagy – jelen esetben – hiányairól alkotott képünket? Tekinthetjük-e a kortárs művészeti intervenciókat határtár-gyaknak, amelyek a múzeum (a gyűjtemény), a kortárs művészeti diskurzus és a látogatók közti párbeszéd során, az ezen való kapcsolódáson keresztül jönnek létre? A határtárgy olyan dolgot jelöl, amelyet több csoport vagy közösség használ egyszerre, és amelyek jelen-tése különböző értelmezéseken, fordításokon keresztül jön létre.¹⁹ A határtárgyak közvetítő tárgyként is ismertek, amelyet eltérő módon látnak és értelmeznek azok a különböző közös-ségek, amelyek kapcsolatba kerülnek vele. Jelen esetben ezek a különböző csoportok a SOM muzeológusai, a gyűjtemény kezelői, a kurátorok és a művészek, s mi mindannyian más-más szempontból közelítettünk a gyűjteményhez és a női narratíva hiányához, láthatatlan voltához. Ezért is gondoljuk, hogy esetünkben, ahol a társadalmi múzeumok és a kortárs művészeti gyakorlatok találkoznak egymással, a határtárgy jól használható metaforaként.

Ehhez kapcsolódik az is, hogy a múzeumi gyűjte-ményt, ezeket a tárgyakat vagy a tárgyak hiányát a művészi intervenciók egy sokkal személyesebb kontextusba ágyazzák. A határtárgy közösségi jellemzője lehet ezen a ponton fontos: nemcsak arról van szó, hogy egy adott kollekciót és témát különböző háttérű és tudású emberek vizsgál-nak, hanem – ahogy az a múzeumok alapvető feladata lenne – mindezt visszakapcsolják a személyes történetekhez és közösségekhez, a szolidaritás és a kollektív tudás fogalmához. Azt tapasztaltuk, hogy a művészi intervenciók során előtérbe kerültek olyan, sokáig háttérbe szorított szereplők, szakmák, illetve személyes történetek, amelyek mindezidáig hiányoztak a múzeumi elbeszélésből. Ugyanakkor éppen ezek a személyes narratívák tudnának hozzá-járulni ahhoz, hogy egy, a látogatókkal aktívab-ban kommunikáló, közvetlenebb, átélhetőbb múzeumi gyűjtemény/bemutatósi mód jöjjön létre. Tehát nem pusztán a női történetek és pozíciók hiányoztak a gyűjteményből, hanem azok a személyes történetek is, amelyek beeme-lésével a személyes élethelyzetekre irányítva a figyelmet újra „közösségi” tárgyakként lehet látni a gyűjtemény egyes darabjait. Ahogyan a kötet tanulmányait olvasva is kiraj-zolódik, a *Várószoba* projektben a múzeumi intervenciók mellett a társadalomtudományi és a kortárs művészeti diskurzus metszéspontjai-

¹⁴ Többféle, a közegészségügyhöz kapcsolódó nyilvános múzeumot alapítanak a korszakban, melyek nagyrészt három csoportba sorolhatók: a ipari higiéniaiával és balesetmegelőzéssel foglalkozók (pl.: Bécs, 1890, Amsterdam, 1891), a higiéniai múzeumok (pl.: Bécs, 1898, Drezda, 1912, Szentpétervár, 1877, 1919) és az orvos- és gyógyszerésztörténeti gyűjtemények (pl. Berlin, 1902, Budapest, Gyógyszerésztörténeti Múzeum, 1906).

¹⁵ Michel Foucault: *A szexualitás története*. Budapest, Atlantisz Kiadó, 2014, 56. o.
¹⁶ Az elmúlt években több ilyen, a nagy gyűjteményi egységet újrarendelő kiállítás nyílt számos európai nagyváros múzeumában, többek között: dlm.de/en/exhibitions/archive/racism; wellcomecollection.org/exhibitions/WduTricAAN7Mt8yy; southlondongallery.org/projects/peckham-experi-ment-centre-self-organisation

¹⁷ Vö.: Nancy Fraser: Contradictions of Capital and Care. In: *New Left Review*, 2016, júl.–aug., 99–117. o.
2015-ben Sándor Mária ápolóné az egészségügyi dolgozók érdekében országos hatáskörű mozgalmat indított, többek között az egészségügyi szakszolgálatok élet- és munkakörülményeinek javítását, bértárgyalások megkezdését vagy minden dolgozónak védő- és munkaruha szolgáltatását követelte. doki.net/tarsasag/meszak/upload/meszak/document/kovetelesek.pdf Ugyanide sorolható példa, hogy a magyar miniszterelnök a Covid19 harmadik hullámának tetőzésekor, az egészségügyi ellátórendszer teljes kihasználtságakor nevezte a rezidenseket inasoknak. 444.hu/2021/03/20/orbannak-csak-inasok-az-orvosi-kamaranak-kollegak-a-rezidensek

¹⁸ Egy olyan hatalmi diskurzust tükröz, amelyben a Covid19 járványügyi helyzettel összefüggésben érvénybe lépő ún. gazdaságellenkítő csomagok kapcsán a nőkről csak mint „szülőképes korú nőkről” lehetséges beszélni, az Isztambuli Egyezmény ratifikálását elutasítani, a lengyel abortusztilványt a kevés európai ország egyikeként támogatni.

A kifejezés Magyarországon „helyreállítási és alkalmazkodási tervének”. „A” komponensként megjelölt *Demográfia és köznevelés* fejezetében szerepel: pályázat.gov.hu/helyreallitasi-es-ellenallokpessegi-eszkoz-irf; 444.hu/2020/05/04/a-kndp-a-parlament-ele-terjesztett-nyilatkozatban-mondana-ki-hogy-magyarorszag-nem-ker-az-iztambuli-egyezmennybol; 444.hu/2020/05/05/megszavazta-a-parlament-hogy-nem-kernek-az-iztambuli-egyezmennybol

nak hangsúlyozására tettünk kísérletet. A kortárs művészeti témákhoz kapcsolódó beszélgetések az orvosi etika (testünk feletti önrendelkezés), a kultúrtörténet (női testhez társított devianciák), az antropológia (bábaság és anyaság a társadalmi elvárások tükrében) és az orvostudomány (védőnői gyakorlatok a 21. században) felől vizsgálták meg az említett felvetéseket. Kiadványunk ezen metszéspontok számára kínál közös felületet.

FLÓRA GADÓ
ESZTER LÁZÁR

MUSEUM: STATE OF ANTICIPATION
CURATORIAL INTRODUCTION

HEALTH POLICY

Our project Waiting Room – Women Healers and Patients at the Periphery of Medicine uses the collection of the Semmelweis Medical History Museum, Library and Archives as its starting point to create a series of interdisciplinary events around the cultural history of medicine, with a special focus on the role of women and the practices attached to the female body. As part of the Friedrich-Ebert-Stiftung's Gender Equality in East-Central Europe project, we organised a series of discussions around the topics highlighted by the artworks, involving experts from the social sciences as well as the field of healthcare. Their essays form the core of this publication.¹ Health policy can be considered part of a political discourse that regulates the biological state of the population through decrees and health practices, while using the tools of political rhetoric to represent the relationship between the population's health and medical practice.² Health and disease are not simply biological categories but also political and cultural symbols that carry the society's collective desires, doubts, and values.³ Our choice of topic is also underlined by a tendency in Hungarian media and political communication, present from the early 2010 but especially dominant today, which focuses on reproductive rights and the roles attached to institutional education and welfare. Within healthcare, controversies around women's roles in caregiving, nursing, and healing have become especially prominent: their ideologically tinted conservation gives legitimacy to the exploitation and devaluation of these (formal and informal) modes of (female) labour.⁴ These issues can be examined from several different perspectives. Our project investigates the practices defined by the expectations and regulations surrounding women's roles and the female body, as well as the place, representa-

EDINA NAGY
ESZTER ÓZE

tion, and agency of the body within medicine. Amongst other issues, we are interested in who can make claims and take action with regard to health and healing.

THE MEDICAL TURN
IN CONTEMPORARY ART

When a number of international exhibitions, biennials, artistic research projects, curatorial projects, anthologies, etc. tend to focus on the same topic simultaneously, the phenomenon is often referred to as a turn in contemporary art.⁵ The issue at hand is examined from numerous angles to understand its scientific background as well as its predecessors and parallels in artistic and institutional practice. As the last few years have seen a surge in artworks with a focus on illness, health, and their biopolitical implications, the question arises: can we talk about the medical turn of contemporary art practice? Beyond current images of a healthy body and approaches to illness awareness, is there also a recontextualisation of (medical) museum collections? Do these processes affect curatorial practice or the ways in which artworks are displayed? Or are we witnessing another form of "collaboration" between contemporary art and social museums, in which institutional practices are reshaped and reinterpreted from the perspective of new museology?⁶ Scientific and medical museums are systematised, material imprints of the ways in which we conceptualise health, healthy bodies, and the institutionalised medical practice shaped by Western scientific paradigms. The contemporary art discourses around medicine and healthcare present a postcolonial critique of medical science. The scope of this critique includes the collections of medical history museums and offers a reinterpretation of healing, ill bodies, and the figure of the healer, offering new, anthropological, social, and feminist perspectives

1 The discussions were organised around the following topics: 1. Hair, Hysteria – Female Deviances? Waiting Room – Women Healers and Patients at the Periphery of Medicine, 7 October 2020 (guests: Zsolt K. Horváth, social historian and Dóra Mária, psychologist). 2. Midwifery, Motherhood, Society – Female Roles and Social Expectations, 22 October 2020 (guests: Szabina Kerényi, sociologist, MTA Centre for Social Sciences and Sarolta Kremmer, sociologist and trainee midwife). 3. From the Melancholy of Excess towards the Labyrinth of Bodily Autonomy, 20 November 2020 (guests: Mária Nemes Z., poet, critic and Judit Sándor, bioethicist, lawyer, professor at CEU and director of CELAB, CEU's Bioethics Research Centre). 4. Personal professionalism – Health Visitors in the 21st Century, 24 March 2021 (guests: Adél Pongrácz, health visitor and Alexandra Szóke, anthropologist, Centre for Economic and Regional Studies). 2 Lajos Császi, Biopolitika és kultúra. Késő modern perspektívák [Biopolitics and Culture. Late Modern Perspectives] (Budapest: Új Mandátum, 2007), 134. 3 Ibid. 4 It is primarily doctors who benefit from pay raises in health care, while the – predominantly female – specialist personnel, such as nurses, health visitors, or geriatric carers, are left out from changes in salary schemes. 5 See for example: 1. Health. Documents of Contemporary Art, ed. Barbara Rodriguez Munoz (London: Whitechapel, 2021); 2. Giulia Smith, "Health vs. Wealth," in Art Monthly 418 (2018): 6–10; 3. Exhibitions: Mystik der Körper-Hygiene. Die Rolle des Körpers, der Gesundheit und der Hygiene in Bezug auf die damit verbundene Ästhetik im Schaffen der zeitgenössischen Künstler (<https://www.ogt.cz/de/mystik-der-koerper-hygiene>); Multilogues on the Now; Technologies of the Body (<http://display.czen/projects/multilogue-on-now-o-zdravi-praci-a-emochi>); For All I Care (<https://baltic.art/whats-on-for-all-i-care>) "The theoretical reorganisation of the international theory and practice of cultural representation has been palpable from the 1960s onwards: the effects of successive turns in the social sciences and art theory started to appear in art and academic texts on the one hand, and in visual culture, including works of art, exhibitions, and objects, on the other. In the museum field, this has contributed to a (self-)critical, (self-)reflexive reassessment of the authoritarian discourse dominating museum collections, based on a belief in the unchangeable nature of academic canons. In exhibition practice, beyond a host of new topics, this process also brought about a critical approach to display and curatorial practice." Zsófia Frazon, "Ú mint új múzeológia [N as in New Museology]," in Neprajzi Látóhatár [Ethnologic Horizons] 2 (2013): 5.

on the ways in which these are intertwined with various social expectations. Besides the illnesses traditionally assigned to women, a gendered reading also highlights those healthcare jobs and practices that are generally performed by women, thereby accentuating women's invisible labour and care work. These are some of the stories, missing from the institutionalised narratives of medical science, museums, and exhibitions, that contemporary art can bring to the foreground. From the numerous related movements, we would like to highlight two that are closely connected to our topic. First, the Feminist Health Care Research Group that reworked the healthcare movements of the 1970s and '80s from a feminist perspective, with a focus on the practices and radical and feminist therapies performed in the healing houses of the era.² And second, radical health activism, whose representatives called attention to issues and deficiencies in African-American healthcare and the unequal treatment of healthcare workers, while also advocating for more natural, holistic, and alternative forms of care to replace the despotism of Euro-centric, techno-scientific approaches to healing.³

MUSEUM INTERVENTIONS

When planning the Waiting Room project, we decided to work with the Semmelweis Museum's collection through relevant museum interventions that would highlight and reflect on certain objects or themes in the collection, while also offering a critical reading of them. It was in the late-1990s that museum interventions became a recurrent feature in the toolkit of contemporary art.⁴ The act of intervention temporarily accentuates not only the intervening work itself, but also elevates its context from the larger fabric of the collection, which allows for a thorough re-reading and interpretation. Contemporary art interventions that reflect on museum collections typically fall into three categories. The first strategy involves reorganising the collection, with the artists foregrounding certain objects or groups of objects (that are sometimes 'invisible'), thereby creating a new narrative. The second, more direct form of intervention creates a new work of art, but it is present as not much more than a gesture and its function is merely to emphasise or accentuate the objects that were already in the museum.⁵ The third category involves the creation of a completely new, independent artwork. Although such works also reflect on the collection or its history, they usually do not become integral

parts of the exhibition, but retain their status as separate, individual works of art.⁶ The genre of museum interventions also raises a number of issues. These works are often placed into a museum environment or permanent collection that was not designed with the hosting of contemporary works in mind. Therefore the technical, spatial, and other conditions for installing the intervention are often far from ideal. ⁷The contemporary artwork can alter the overall image of the exhibition, sometimes also creating a disturbance in its reception (such as when projections, screens, or noises are introduced into a very low-tech collection). This disturbance, however, might also result in a productive form of disruption, which helps create a heightened sense of attention. In the case of museums with a specialised narrative, such as the Semmelweis Museum, the visitor often feels overwhelmed by the great number of medical instruments, somewhat creepy and exotic from a contemporary perspective, and the amount of information on display. Here, contemporary works feel rather alien. We have to be careful not to let these interventions "hijack" the collection's narrative, nor allow them to foster a one-sided reading of it (emphasising its exoticism or strangeness), or dominate the exhibition through their technical or other peculiarities. Through incorporating the missing female perspective as a parallel narrative, the interventions in Waiting Room do not dominate the existing display, but rather complement it and offer a critical reading through accentuating its blind spots.

PERSONAL STORIES AND GRAND NARRATIVES

The Semmelweis Medical History Museum presents the history of Hungarian medicine until the 1960s. Although it opened in 1965, its collection is akin to the health and hygiene collections typical of the early-20th century, best understood as either an encyclopaedic repository of knowledge, or as an institution dedicated to the application of scientific knowledge in order to achieve practical goals. ⁸In the early 1900s, after certain private collections were turned public, medical history and hygiene museums⁹ appeared as institutions with a mission to establish and deepen the understanding of human anatomy as well as spread knowledge about health protection. The establishment of these museums coincided with the institutionalisation of public health. Thus analysing these collections provides us with an opportunity to examine the ways in which medicine had become one

of the foundational discourses of modernity. From the 19th century onwards, medicine had posited itself as the proponent of adhering to hygiene regulations and the protector of the population from infectious diseases. In addition, together with the newly established institutions of public health and in line with the great evolutionary myths, it set out to ensure a good physical condition for the whole society, authorising itself to "eliminate" any form of mutation and degeneration as well as any activities perceived to be harmful.¹⁰ But what did this shift in medicine mean for the institutions of public health and the subjects of healing? Not only that through medical science, power had gained access to the previously private and intimate areas of life, where it assumed the roles of disciplining and caretaking, but also that it started to investigate disease in conjunction with the whole of the population. In other words, medical science merged with the streamlined, goal-oriented approach of modernity, promising to employ medical knowledge and statistical data to protect as well as change and improve the health of the whole society. Strolling amidst the objects on display in these museums, one cannot help but notice how the institutionalisation of medicine went hand in hand with a wish to display a uniform, mandatorily accepted "grand narrative", which thoroughly circumscribed medical authority and policy, as well as the position of each social group in the provision and utilisation of medical services. It is the peculiarity of the Semmelweis Museum that it serves a dual function. Besides presenting a specialised narrative within the history of science, namely medical history, with a focus on the golden years of Hungarian medical history (the second half of the 19th century), it also functions as a memorial museum. Named after Ignác Semmelweis (1818–1865), who became known as "the saviour of mothers", the collection is housed in Semmelweis' one-time home, with a memorial room dedicated to his work. This person-centred narrative defines the logic of the whole collection, which presents the history of Hungarian medicine as a series of individual achievements. These achievements are mainly associated with male doctors who may not have gained international fame like Semmelweis, but greatly contributed to the development of Hungarian medical science. As was implied earlier, it was our aim to break up such grand narratives, posited as universal, by inserting personal stories and thereby unveiling hidden

perspectives that had been invisibly present in the histories of disease and healing.¹¹ However, while rethinking the grand narratives of 19th- and 20th-century medical history, we encountered a characteristically 21st-century problem. By directing attention to personal narratives, are we not also involuntarily confirming the validity of accepting "personal health journeys" as the baseline of the current healthcare paradigm? With this in mind, we made a conscious effort to distance ourselves from this system, built on individual opportunities and a logic of financial discrimination, so characteristic of healthcare in contemporary Hungary (and beyond). This is a system in which patients fight for their health as individuals, enticed by the promise of getting stronger, better, more resilient, and more useful if they spare no expense and energy in creating a healthy lifestyle and a routine of self-care. This system also plagues those who work in the field of healing and care, since it is premised upon a "freeloader" economy that clings onto nursing, healing, care and rescue work, exploiting the mental and physical labour of health visitors, nurses, doctors, and trainee doctors, awarding them with only a fraction of the honour and financial compensation that they would actually deserve.¹² In the museum space, we utilise the toolkit of contemporary art in a way that highlights the intersection between these two, seemingly contradictory processes. On the one hand, our project disrupts grand narratives by presenting personal stories and unveiling the characters and practices that had been relegated to the background, while on the other, it extracts the individual patient from a lonesome journey of self-perfection that relies on nothing but personal efforts and decisions, and restores a wider context and community around him/her.

MAKING THE ABSENCE VISIBLE

The fact that dominant narratives attribute only negligible (if any) significance to female doctors, midwives, health visitors¹³ and related person- and patient-centred practices, is not only characteristic of the museum's presentation of medical history, but also of the general healthcare discourse in Hungary.¹⁴ These political decisions, with a significant influence on the future course of Hungarian health policy, are written and inaugurated almost exclusively by men. They take the rhetoric that objectifies

7 For more information about the Berlin-based group, founded by artists Julia Bonn and Inga Zimprich, visit: <http://www.feministische-recherchegruppe.org>

8 Gullia Smith, "Health vs. Wealth," in *Art Monthly* 418 (2018): 6–10.

9 To this day, the most referenced such intervention is Fred Wilson's 1992 project *Mining the Museum* at the Maryland Historical Society. The project's 25th anniversary saw the publication of this interview underlining the intervention's on-going relevance: <https://bromeart.com/2017/05/how-mining-the-museum-changed-the-art-world.html>

10 The Kunsthistorisches Museum in Vienna, for example, has dedicated a series of exhibitions to contemporary interventions, where commissioned artists (including Edmund De Waal, Wes Anderson & Juman Malouf) have had the chance to reorder or complement the collection according to their own criteria. For more information visit: <https://www.khm.at/en/visit/modern-contemporary-art/exhibitions>

11 An important contemporary Hungarian example is Kata Tranker's intervention at the Jewish Museum of Budapest: <https://www.milev.hu/exhibitionarchive/archives/09-2019>

12 Art historian Joan Morra discusses these difficulties in great detail in her book *Inside the Freud Museums – History, Memory, and Site-Responsive Art* (London: I. B. Tauris, 2017), with a focus on specialist museums, including memorial museums. The three main types of public health museums established at the time were the following: 1. Museums dedicated to industrial hygiene and accident prevention (e.g. Vienna 1890, Amsterdam 1891); 2. Hygiene museums (e.g. Vienna 1898, Dresden 1912, St.Petersburg 1877 and 1919); 3. Collections of medical and pharmaceutical history (e.g. Berlin 1902, Budapest Pharmaceutical History Museum 1906).

14 Anatomical collections already featured in Wunderkammerns, gaining ever more prominence from the 18th century onwards.

15 Michel Foucault, *The History of Sexuality* (New York: Pantheon Books, 1978): 54.

16 In recent years, numerous exhibitions in the museums of various European cities have been dedicated to the reinterpretation of large collection units. Some examples: <https://www.dhmd.de/en/exhibitions/archive/racism/> <https://www.southlondongallery.org/projects/peckham-experiment-centre-self-organisation/> <https://wellcomecollection.org/exhibitions/WduTricAAN7Mt8Y>

17 Cf. Nancy Fraser: "Contradictions of Capital and Care," In *New Left Review* 100 (2016): 99–117. In 2015, nurse Mária Sándor launched a national movement to campaign for the interests of healthcare workers, with goals like improving their living and working conditions, pushing for wage negotiations, and providing every healthcare worker with protective clothing and occupational wear. See: <https://www.wdoki.net/tarsasag/mesz/upload/mesz/document/kovetelesek.pdf>

A good indicator of this exploitative system is the way in which PM Viktor Orbán, during the peak of the third wave of COVID-19, when the Hungarian healthcare system was working at maximum capacity, called trainee doctors ("rezidens" in Hungarian) "vilets" or "servants" ("inas"). See: <https://444.hu/2021/03/20/orbannak-csak-inasok-az-orvosi-kamaranak-kollegak-a-rezidensek>

18 Health visitors play a central role in Hungarian healthcare, especially around the care for pregnant women, new mothers, and young children. This role is exclusively fulfilled by women. The Hungarian name "védőnő" even includes the word "woman" ("nő"). Translator's note.

19 This mirrors a larger discourse of power that, within the context of boosting the post-COVID economy, discusses women as "being of birthing age", refuses to ratify the Istanbul treaty, and is one of the very few European supporters of the Polish abortion law. The expression is part of Hungary's "reconstruction and accommodation plan", found in the chapter on Demographics and Public Education: <https://www.palyazat.gov.hu/helyreallitasi-es-ellenallokepességi-eszköz-rrf#> <https://444.hu/2020/05/04/a-kdnp-a-parlament-ele-terjesztett-nyilatkozatban-mondana-ki-hogy-magyarorszag-nem-ker-az-isztambuli-egyezménybol>

women and ignores their autonomy as natural and self-evident. Although our exhibition cannot directly change this status quo, we hope that through mapping missing female narratives and interpreting our interventions in a wider context, we can focus the public's attention on these issues.

The topic at hand registered with the invited artists in a variety of different ways through a plethora of different media and research areas. The first unit focuses on "female deviances" like hysteria or hirsutism. Balázs Varju Tóth's two-channel video installation offers a contemporary reflection on hysteria, juxtaposing its bodily symptoms (spasms, convulsions, involuntary muscle reactions) with the yoga exercises that enjoy widespread popularity today. In a set of objects and a zine presenting historical examples, Zsuzsanna Simon looks at increased female hair growth (hirsutism), an issue lesser known because of its intimate nature, yet one with wide-reaching personal and social consequences.

The second cluster of works focuses on marginalised, forgotten, or under-represented professions like that of the midwife and the health visitor. In their artistic research, Dominika Trapp and Sarolta Kremmer examine the Hungarian history of midwifery. The work reflects on the special knowledge that became the foundation of a profession through the century-old work of midwives. The installation is a subtle yet eloquent intervention that, through its choice of technique, material, and motifs, attempts to capture this ancient, web-like knowledge expelled from the mainstream medical canon from time to time. In her documentary-style photo series, Lilla Szász follows a day in the life of health visitor Ildikó Bánhidi, from her office to her visits at mothers' homes, presented in the form of a slide show. This is supplemented by a short interview, which offers a peek into an extraordinary health visitor praxis and serves as an appendix to the photo series. Viola Fátýol's work consists of a portrait of her own health visitor (Mária Szommer), much in line with the style of the classic painted portraits in the museum's collection, and an album highlighting the iconographical similarities between religious depictions of saints and portraits of female doctors or health visitors with children. The third, broader category investigates bodily autonomy, with a special focus on female bodies. Ágnes Eperjesi's collective gallstone collection raises the issue of who a gallstone belongs to after the operation: is it the patient's or the doctor's property? The self-annihilating gallstones, presented in a glass vessel, appear as value- and functionless objects that we are nonetheless emotionally attached to.

THE BOUNDARY OBJECT AS A METAPHOR

An important goal of the Waiting Room project was to examine the intersections between contemporary art and the Semmelweis Museum's collection. What conversations can the interventions engender between collection, researchers, and visitors? How do they nuance our ideas of

certain objects, concepts, or, in our case, absences in the collection? Can these interventions be considered boundary objects that come into existence through the dialogue and connections between the museum, contemporary art discourse, and the visitors? Boundary objects are objects used simultaneously by multiple groups or communities; their meaning is engendered through a variety of interpretations and translations.» Also known as mediating objects, they are seen and interpreted differently by each community they come into contact with. In our case, these groups are the museologists at the Semmelweis Museum, the collections management team, the curators, and the artists involved in the project, all of whom have a different perspective on the collection and the absence or invisibility of the female perspective. This is why we believe that the boundary object is a useful metaphor for our project, posited at the intersection of social museums and contemporary art practices.

This is further underlined by the way the interventions embed the collection's objects (or their absence) in a more personal context. At this point, the communal aspect of the boundary object comes to mind: it is not only about a given collection or topic investigated by people with different expertise and backgrounds (which should be a basic function of the museum), but also about a connection to personal narratives, communities, and the ideas of solidarity and collective knowledge. In our experience, the artistic interventions brought to the fore previously marginalised actors, professions, and personal stories that had been absent from the museum's narrative. These personal narratives could play an important role in creating a more immersive collection and a mode of display that communicates actively with the visitor. In other words, it is not only female stories and perspectives that were missing from the collection, but also those personal narratives whose inclusion, through directing attention to individual circumstances, have also made it possible to see the collective dimension in the collection's objects.

As outlined by the essays in this book, the Waiting Room project has been an attempt to create museum interventions and emphasise the intersections between the social science and contemporary art discourses. In addition to the interventions, we also organised discussions, rooted in contemporary art, but further enriched by perspectives from medical ethics (bodily autonomy), cultural history (deviances connected to the female body), anthropology (midwifery and motherhood in the context of social expectations), and medical science (health visitors in the 21st century). Our publication offers a common platform for all of these divergent perspectives.

12

13

MALOMVÖLGYI CSILLA

BEVEZETŐ

A Friedrich-Ebert-Stiftung (FES) budapesti irodája évek óta kiemelten foglalkozik társadalomtudományi és társadalompolitikai megközelítésből a nemek közötti igazságossággal és a nők helyzetével. Az, hogy a társadalomban hogyan vagyunk jelen, hogyan élünk, milyen státuszt foglalunk el, milyen lehetőségeink vannak, sok mindentől függ – többek között attól is, hogy férfinek vagy nőnek születtünk. A két nem közötti viszony, a nemek közötti igazságtalanságok, egyenlőtlenségek, a nemekhez kapcsolt társadalmi elvárások és lehetőségek számtalan területen, így az egészségügyben és az orvostudományban is lecsapódnak. 2019-es adatok szerint az Európai Unió tagállamaiban a valamely egészségügyi szakmában dolgozók átlagosan 78%-a nő – a magyarországi arány 80%.¹ A női munkavállalók vitathatatlan túlsúlya ellenére a nők a magasabban képzett szakmákban, döntéshozói pozíciókban nagyon sokáig jelentősen alulreprezentáltak voltak az egészségügyben.² Annak ellenére, hogy a női gyógyítók több kultúrában is fontos szerepet játszottak az évszázadok során egészen az ókorig visszamenőleg, a 14. századtól egészen a 19. századig szinte teljesen kiszorultak az orvoslásból. Az orvosok, tudósok, kutatók férfiak voltak, és az általuk vizsgált állapotok, emberek, sejtek nagyrésze is hímek voltak, hímekből származtak. A filozófiában a nő volt a „másik”, a férfi pedig az, akihez képest a nő más volt. A nő mássága a testéből volt levezethető – elsősorban a reprodukív szerveiből –, és mássága mellett egyben történetileg társadalmi másodrendűséget is jelentett a férfihoz viszonyítva.³ Ez az elképzelés tükröződött vissza az orvoslásban, gyógyításban is. A későbbi feminista elméletek, filozófiák éppen ezt a nőkhöz való viszonyulást kritizálják és formálják újra a saját eszközeikkel. A feminista elméletekhez hasonlóan, a *Várószoba – női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján* projekt is ezt a célt követte: az orvostudomány történetében, a múzeumi térben és a társadalmi diskurzusban láthatatlan vagy csak kevés hangsúlyt kapó, a női lét szempontjából kiemelten fontos kérdéseket emelt ki az egészségügyben és tett láthatóvá képzőművészeti alkotásokon keresztül. A FES a projektbe úgy kapcsolódott be, hogy a négy kurátor kezdeményezésére, a kurátorokkal együtt a *Várószoba* művészei által felvetett témákhoz beszélgetéseket szervezett – részben a Közkincs Könyvtárban, részben az online térben. A beszélgetéssorozat révén a művészet mellett megjelent a társadalomtudomány és a politika: egyfelől szorosabbá téve a képzőművészet és a társadalomtudományok közötti párbeszédet, másfelől erősítve egymás üzeneteit és használva egymás eszközeit. A beszélgetésekben – akár csak az alkotásokban – megjelentek a nők mint gyógyítók és páciensek, szó volt a női testről, nemhez kötött tünetértelmezésről, szülésről, a

szülészeti erőszakról, az anyaságról és más női szerepekről, a nők felé támasztott társadalmi elvárásokról, a bábaságról, a védőnői hivatásról és szakmáról, a testi önrendelkezésről és a mesterséges megtermékenyítésről. Mindezen témáknak a 2020-ban kirobbant koronajárvány még nagyobb nyomatékot adott, hiszen mindenki számára egyértelművé vált az egészségügyben dolgozók tiszteletet parancsoló társadalmi teherbírása. A beszélgetések egy-egy rövid társadalomtudományi, társadalom- vagy kultúrtörténeti szöveggént e kiadványban is megjelentek a műleírásokat és az alkotásokat ábrázoló képeket kísérve. A beszélgetéssorozat és az együttműködés a FES részéről rendhagyó, rendkívül érdekes és izgalmas volt. Örülünk, hogy részei lehettünk a kezdeményezésnek.

20 Căbör Wilhelm, "Boundary Object," in: Zsófia Frazon (ed.): Open Museum (Budapest: Néprajzi Múzeum [Museum of Ethnography], 2018), 53–54.

1 ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200409-2
2 Ma már közelíti az 50%-ot a férfi és női orvosok aránya az OECD országokban. 1990-ben a nők aránya még 29% volt. oecd.org/gender/data/women-make-up-most-of-the-health-sector-workers-but-they-are-under-represented-in-high-skilled-jobs
3 Joó Mária: A feminista elmélet és a (női) test. In: *Magyar Filozófiai Szemle*, 54. évf., 2010/2., 64-80. o.

For several years now, the Friedrich-Ebert-Stiftung's (FES) Budapest office has had a special emphasis on gender equality and the situation of women from the perspective of the social sciences and social politics. Our social presence, status, and opportunities are determined by a variety of factors, including whether we were born into a male or a female body. The relationship between the two genders, with all its inequalities, social expectations and opportunities, has its bearing on numerous areas of life, including healthcare and medical science. According to a 2019 EU-wide statistic, an average 78% of healthcare workers were women; in Hungary, the ratio was 80%.¹ Contrary to these numbers, however, women have been seriously underrepresented in the more prestigious professions and decision-making positions within healthcare.² Although in many cultures, women healers had played an important role for much of history including antiquity, they were almost completely ousted from medicine between the 14th and 19th centuries. Doctors, scientists, and researchers were all men, and the majority of the animals, humans, and even the cells they examined were also male. In philosophy, women were "the others", while men were the ones who defined otherness. The otherness of women originated in the body – especially in the reproductive organs –, which also condemned women to a history of subordination to men.³ This same idea was mirrored within medicine and healing. Subsequent feminist theories and philosophies offered a criticism and reformulation of this attitude towards women. *Waiting Room – Women Healers and Patients on the Periphery of Medicine* was conceptualised with a similar goal in mind: focusing on issues in the history of medicine, in the museum space, as well as in the broader social discourse that are of great importance to women, yet are generally invisible or receive little recognition, the project highlighted their presence in healthcare while also making them visible through works of art. The Friedrich Ebert Stiftung joined the project as the organiser of discourses (some in the Közkincs Community Library, some online) around the issues brought up by the artists and curators involved in *Waiting Room*. Through these conversations, the project's artistic focus was broadened to include politics and the social sciences, which, on the one hand, enhanced the dialogue between these fields, while on the other, it allowed them to amplify each other's messages and use each other's toolkits. Just like the artworks in the project, these discussions featured women as both healers and patients, reflected upon the female body, the gendered reading of symptoms, birth, obstetric violence, motherhood and other female roles, social expectations towards women, midwifery, health visitors, bodily autonomy, and assisted

reproduction. The outbreak of the Coronavirus pandemic in 2020 added even more weight to these issues, as the reputable endurance and social responsibility of healthcare workers became palpable to everybody. Accompanying the artworks and their descriptions, these conversations also feature in this publication in the form of short essays from the perspective of the social sciences and cultural history. The discussions were also recorded and are available to watch on both the FES and the Waiting Room Facebook pages. For FES, this cooperation has been an extraordinary, exciting, and enriching experience, and we are happy to have been a part of it.

A SZÉPSÉG ÉS A „SZÖRNYETEG”
A TESTSZÖR ÉS A SZÖRTELENSÉG POLITIKAI
ÉS KÉPI ANTROPOLÓGIÁJÁHOZ

„Gregor Erhart Mária Magdolnája a legerotikusabb szobor, amit valaha láttam. [...] Ott álltam a Louvre sötét termében, és arra vágytam, hogy hozzáérjek Magdolna meztelen testéhez. [...] Szerettem volna végighúzni a kezem Magdolna nyakán, a tenyerem közepén érezni hegyes mellbimbóját, a kézfejemmel simogatni a combját, könnyedén csúsztatni ujjaimat a festett sima felületen. Anyám azt mondta, a haja miatt van. Vad és burjánzó, akár a növényzet, ami mindenáron utat tör magának. Elfed, de egyben láttat is. Eltakarja az ágyékat és megmutatja a szőrt. Ez Magdolna gyapja. Szőrszálak nélküli nők állnak a talpazatokon. Nincsenek kis karcolások a márványban, vékony vajatok a fában. A szépség nem szőrös.”

(Halász Rita: *Magdolna gyapja*)

1.

Szent Wilgefortis szenvedéstörténetének politikai és vizuális kontextusait bemutató munkájában Simon Zsuzsanna a női test és szépség, a nőiesség és a társadalmilag konstruált női szerepek egyik legbonyolultabb problémájára összpontosít. Nevezetesen arra kérdez rá, összeegyeztethető-e az arcszörzet, sőt tágabban mindenféle testszörzet a női test látványával és a nőiességről alkotott képpel? Noha a történet több variánsa is ismert, a *Magyar Katolikus Lexikon* szerint Szent Wilgefortis, más néven Kümernisz pogány fejedelem (más változatban: a portugál király) leánya volt, s apja keresztre feszítette, mert engedetlenségében nem volt hajlandó hozzámenni egy pogány férfihoz (más verzió szerint: Szicília szaracén királyához), továbbá keresztény hitét sem volt hajlandó elhagyni. Hite és szüzessége megtartása végett Isten szakállal ajándékozta meg Szent Wilgefortist, ezzel is segítve annak állhatatosságát. Kultu-

sza Németszállásról indult, virágkorát pedig a 19. századi Bajorországban élte, s leginkább gyermekáldásért, női betegségekből való gyógyulásért szoktak hozzá könyörögni. A legendának természetesen számtalan ikonográfiai megjelenítése ismert. Tátrai Vilmos Képtár igazgatója, Pulszky Károly felajánlása nyomán a budapesti nemzetközi művészettörténeti kongresszus résztvevőinek lehetőségük nyílt arra, hogy megtekintsék az új szerzeményeket.² Egy korabeli beszámoló szerint élénk vita alakult ki egy feszületet ábrázoló festmény körül, mely a megszokott ikonográfiától eltérően nem a megfeszített, sebhelyektől szenvedő, ágyékkötőt viselő Krisztust, hanem egy díszes köntösbe öltöztetett, fején koronát, lábán díszes cipőt viselő, a szakáll alapján vélhetően férfit ábrázolt.³ Akkor még senki sem tudta, hogy ki a szerző, mi a témája és mikor készült a mű. Ahhoz, hogy megértsük a kép ikonográfiáját, nem hagyhatjuk figyelmen kívül a Volto Santo legendáját. A „szentséges arc” felfedezéséről szóló legendát Leobino diakónus foglalta írásba a 12. században, eszerint az arcról készült szobrot a Krisztus keresztről való levételében és sírba tételében részt vevő Nikodémus faragta. Ám mivel számára lehetetlennek tűnt Krisztus arcának ábrázolása, ezért a szent arcot végül nem is ő, hanem angyalok formálták meg. „*Aztán a 782. évben – írja Tátrai –, a képrombolás korában a Szentföldre zárandoklő Gualfredus püspök lelt rá a szoborra, amelyet legénység nélküli hajóra tétetett. A hajó szabadon sodródott a Tírrén-tengerre, Luni kikötőjéhez.*”⁴ Legendás történetvezetés nyomán a szobor végül Lucába került, ahol a San Martino katedrálisban helyezték el. A Volto Santo, a szentséges arc kultuszához azonban egy sor más történetreteg is tapadt, melyeknek megfelelő táptalajt biztosítottak az Európa-szerte terjedő másolatok. Így terjedt el a 14. századtól, főleg Németszálláson, a fentebb ismertetett Szent Wilgefortis vagy Szent Kümernis nevéhez kapcsolt kultusz, mely az eredeti történettől eloldódva új jelentést adott a valóban szokatlan ikonográfiának. A több változatban fennmaradt legendáról a *Magyar Katolikus Lexikon* röviden annyit jegyez meg, hogy Szent Wilgefortis története voltaképpen nem más, mint a Santo Volto félreértett kultusza, téves jelentéstulajdonítás, mely főleg olyan vidékeken terjedt el, ahol az ábrázolás (másolat) elszakadt az „eredeti” történettől. Nemcsak arról van itt szó, hogy a legendák összeforrásával kapcsolatban érdemes filológiaiag óvatosabban fogalmaznunk (mi számít eredetinek és hitelesnek?), hanem sokkal inkább arról,

1 Halász Rita: *Magdolna gyapja*. In: *Alföld*, 68. évf., 2017/10., 39–41. o.
2 Tátrai Vilmos: Nikodémus és az angyalok után szabadon. Piero di Cosimo festménye: a „szent arc”. In: *Artmagazin*, 2015/10., 8–13. o.
3 Éber László: Tanulmányok Magyarország középkori falfestményeiről. In: *Magyarország műemlékei*. Szerk. Forster Gyula. Budapest, Franklin, 1915, 71–104. o.
4 Tátrai 2015, 9. o.

1 ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/-/ddn-20200409-2
2 Ma már közelíti az 50%-ot a férfi és női orvosok aránya az OECD-országokban. 1990-ben a nők aránya még 29% volt.
3 oecd.org/gender/data/women-make-up-most-of-the-health-sector-workers-but-they-are-under-represented-in-high-skilled-jobs.htm
4 Mária Joó: A feminista elmélet és a (női) test. (Feminist Theory and the (Female) Body). *Magyar Filozófiai Szemle*, no. 2. (2010): 64–80.

hogy a vallásszociológia szerint tartós társadalmi gyakorlat nem alapulhat tévedésen vagy hazugságon, mert akkor nem maradna fenn.⁵ Amit évszázadokan keresztül akár az egyházzal szemben is megőriz a kulturális emlékezetben testet öltő népi vallásosság, annak kell, hogy legyen érvényes mondanivalója annak a közösségnek, melynek tagjai buzgógn ápolják a hiedelemrendszert. Amint Simon Zsuzsanna rámutat, a szakállas nő alakja fennmarad a populáris kultúrában is, így képzete nem pusztán a fentebbi szakrális keretben értelmezhető, de jelentésköre kiterjed a szépség fogalmára, a nőiség konstrukcióira, az egészség és betegség konceptusára éppúgy, ahogyan a nő önrendelkezés és szubjektíváció történeti lehetőségeire.⁶

2.

A testek 19. századi narratív megjelenítése és képi retorikája között kapcsolatot kereső Peter Brooks úgy fogalmaz, hogy Émile Zola *Nana* című (1880) regényének megjelenése időben közel esik Alexandre Cabanel *Vénusz születése* (1863) és William-Adolphe Bouguereau ugyancsak *Vénusz születése* (1879) címet viselő festményeihez, márpedig ezt nem írhatjuk a vak véletlen számíljára. Ám a kérdés az, hogy miben áll a korabeli aktábrázolások és a *Nana* közötti kapcsolat, hiszen az időbeli közelség nem feltétlenül jelenti az esztétikai elvek azonosságát. *„Ha belegondolunk – írja a művészettörténész Brooks –, hogy Cabanel és Bouguereau meztelen női készítek elő a 20. századi naptárművészetet, észrevesszük, hogy Nana egyfajta második császársági pin-up lányként jelenik meg. Más szóval az ő esztétikája [...] nem Zoldé. Valóban, maga Nana nyíltan elhatárolódik a regény esztétikájától, amelyben szerepel, amikor egy kurváról szóló regényt szidalmaz.”*⁷

Brooks oda futtatja ki gondolatmenetét, hogy az akt úgy narratív, mint képi megjelenítésének lehetőségei szoros összefüggésben állnak azzal, hogy az adott időszak mit gondol a női test meztelenségéről. A regénybeli Nana ebben az értelemben egyfajta giccs-Vénusz, annak a képi világnak az elbeszélt megfelelője, mely a női meztelenségben az olcsó szórakoztatást, a vágyak kiélésének talmi eszközeit látja. Ne feledjük, hogy a regény első könyve egy színházi előadással kezdődik: a Variétés színházban a *Szöke Vénuszt* adják, a címszerepet természetesen Nana alakítja. Zola nem fukarkodik az olcsó darab silány minőségének részletezésével: a közönség fegyelemzetlen és közbekiából, a történet lapos és érdektelen, a színészek rosszak, a zenekar kornyikál, Nana éneke pedig olyan, mint a „kocsikerék nyikorgása”. Az író egyetlen jelenetnél ábrázolja úgy a közönséget, mint pattanásig feszült, figyelő szemek tömegét: amikor a harmadik felvonásban Nana meztelenül lép a színpadra.

„A második jelenetben Diana összebeszélt az istennel, hogy tegyen úgy, mintha elutaznék, s

*akkor Venus és Mars szabadon találkozhatnak. Alig maradt egyedül Diana, megjelent Venus. Borzongás futott végig a termen. Nana meztelen volt. Nyugodt hetykeséggel, meztelen teste mindenható erejének tudatában. Egyszerű fátyolszövet takarta; kerek válla, amazonkeble, melynek két piros hegye keményen meredt előre, mint a dárda, széles csípője, mely kéjesen ringatózott, két gömbölyű, szöke combja, az egész habfehér teste átvillant, átlátszott a könnyű szöveten. A habokból kilépő Venus volt ez, kinek nincs más leple a haján kívül. S mikor Nana fölemelte karjait, hónalján a lámpák világánál kilátszott a drága aranypehely.”*⁸ Zola esztétikája a korszak populáris kultúrájának vaskos modorát állítja pellengérre, hiszen az ő eszményképe explicit módon Gustave Courbet realizmusa. Szemben a Bouguereau által készített *Fürdőzők* sorozattal, Zola igen elismerően nyilatkozott a Courbet-féle *Fürdőzőkről* (1853), mégpedig azért, mert utóbbi testábrázolása kifejezetten „antiklasszikus”, és mert az aktot életszerű helyzetben jeleníti meg. *„Mikor festőink Vénuszt festenek – írja Zola –, korrigálják a természetet, hazudnak. Miért hazudjak – kérdezte magától Manet –, miért ne mondjam ki az igazságot: megismertette tehát velünk napjaink e leányát, akivel találkoznak az aszfalton.”*⁹ Brooks nyomatékosítja, hogy Courbet mellett az író az akadémikus hagyománnyal szemben Édouard Manet festészetében, mindenekelőtt az 1863-ban elkészült *Olympiában* látta meg korának első számú aktját.

Az ismert művészettörténész, T. J. Clark szerint ebben az időszakban a „kritikusok egyetértettek abban, hogy az aktnak mint műfajnak bizonytalan és zavaros státusza volt”.¹⁰ Beatrice Farwell pedig úgy fogalmaz, hogy az 1860-as években a festőnek valamilyen indokot kellett találnia a meztelenség ábrázolásához, mely lehetett az „antik stílus” historizálásának szándéka vagy a bevett akadémikus motívumkincs felhasználása. A „motif de nu”, a meztelenség motívuma tehát a térben és időben való eltávolodás ürügyébe bújt, ezzel szemben a modern akt fő problémája az eszményített test és a valóságos test közötti különbözőség ábrázolhatóságában állt.¹¹ Ez persze korántsem egyszerű. Noha a regény fő témája Nana teste és szexualitása köré épül, Zola sem az imént idézett színpadi, sem a nevezetes tükör előtti jelenetben nem ábrázolja Nanát teljesen meztelenül. Vagy egy könnyű lepel, vagy – hogy közelítsünk az alább tárgyalandó Magdolna gypájához – a hosszú haja, vagy a fény-árnyék játéka fedi el nemi szervét, ezzel Zola helyreállítja a női nemiség (nemi szerv) ábrázolhatatlanságának toposzát.¹²

Ha összekapcsoljuk a meztelenség és az akt 19. századi problémájának elbeszélt és képi variánsait, akkor Brooks, Farwell és T. J. Clark nyomán körülrajzolható a helyzet, melyben ugyan klasszicista jelmezben még megbúvik az antik tematika, de alatta már robajlik a kortársak erotikus igényszintje. A Második Császárság és a korai

16

III. Köztársaság ikonográfiájának elemzésében voltaképpen a modern testfelfogás mibenléte búvik meg. Amennyiben ugyanis az akadémikus megjelenítés avittá vált, hogyan illeszkedhetne az új képi retorika a korszak testről alkotott képzetéhez. A *Fehér harisnyás akt* (1866) és *A világ eredete* (1866) kivételével Farwell szerint még Courbet sem nézett szembe teljes mértékben a realizmus dilemmájával, a „szeméremszőrzet versus klasszikus (szőrtelen), illetve mindez versus a női anatómia igazi reprezentációjá”-val.¹³ Az igazi kérdés tehát az, hogy hol húzódnak az ábrázolhatóság határai, mik a láthatóság feltételei, mi az, ami napvilágra kerülhet, s mi az, aminek rejtve kell maradnia. Ebben az értelemben fogalmazza meg Linda Nochlin, hogy a *„realizmus mint kritika magában foglalja a normatív, általában a test klasszikusan megalkopozott eszményének elutasítását, azon a címen, hogy leszámoljon annak az idealizmusnak a hamisságával, valamint tágabb társadalmi és ideológiai ortodoxiájával, aminek az függvénye”*.¹⁴ A szeméremszőrzet ábrázolása tehát egy korábban rögzült, a női test ábrázolására érvényesített képi kánont sért fel.¹⁵ A tabu oka pedig az volt, hogy a reprezentációban a szeméremszőrzet a vadság, a bujaság, a parttalan szexualitás kēpzetét kapcsolja a nőalakhoz, mely egyértelműen ellentétes volt a kereszténységhez kapcsolódó erkölcsi normákkal.

A szeméremszőrzet direkt ábrázolásának elkerülésére, ha tesszik „körülírására”, ahogy fentebb a *Nana* kapcsán is láttuk, az egyik leggyakoribb segédeszköznek a hosszú haj bizonyult. *Festménytalányok* című könyvében ennek mester-narratíváját Mária Magdolna történetéhez köti a művészettörténész Daniel Arasse. Alapatalanul vagy sem, de a „rossz hírű nő” sűrített alakjához kapcsolt Mária Magdolna (itt is milyen fontos a Nanával való analógia) legfontosabb vizuális azonosító jegye a hosszú, sűrű haja. Arasse szerint ugyanis dús haja arra szolgál, hogy elfedje testét, vagyis hogy a szem elől rejtve maradjon az, amit nem láthatunk, csak elképzelhetünk. A szeméremszőrzettől eltérően Magdolna haja ebben az értelemben nem obszcén, ezért ábrázolható. Sőt Lukács evangéliumában miután Magdolna könnyeivel áztatta Jézus lábát, hajával megtörölte, majd illóolajjal bekente és csókolgatta azt (Lk 7, 36–50).

A hosszú haj tehát átmenetileg eltereli a figyelmünket, ám az analógia erejével utal valamire, ami nem jeleníthető meg, mert erkölcsi tiltás alatt áll. Egyszerűbben fogalmazva *„Magdolna hajkoronája a hajként hordott szőre. A haja a megtért szőre. Íme, Jézus nagy csodája. Igazi varázsló: amikor Magdolna megmosta a lábát, ő átalakította a kurva szőrzetét egy szent nő hajává! Mert ami a gyapjas ágyékát illeti, az nem is kicsit volt sötét. Nem a színéről beszéltek [...] hanem arról a veszélyről, amit Ádám összes Náinban élő fiára nézve jelentett, akik*

*nézték, látogatták, kóstolgatták. Mocskos kísértő szőrszálak! Micsoda szégyen! De most aztán vége! Soha többé nem látja senki. He-lyette ott lesz a haj.”*¹⁶ Arasse szerint egyébként is az egyik legnagyobb képmutatás volt nem megfesteni a női aktok szeméremszőrzetét, hiszen a festők túlnyomó többsége férfi volt, az ecset vége szőrből készült, s ennek a latin neve bizony „penicillus”, vagyis kis pénisz volt.¹⁷ Ebben az értelemben a szeméremszőrzet az *erkölcsi romlás* szinonimája, így egyértelmű, hogy ábrázolása oly sokáig tiltás alá került. Ezt törte meg a fenti módon a 19. század második felének ikonográfiája.

3. Művészettörténeti, irodalmi és történelmi példák kapcsán tehát arra érdemes figyelni, hogy a női testszőrzet témája, mely első látásra az influenzerek asztalára való banális dolognak tűnik, valójában évszázadokan keresztül *rejtett erkölcsi* jelentések sorát viselte magán. Más-más módon ugyan, de minden társadalom szabályozza persze a test nyilvános, azaz látható részén lévő testszőrzet jelentését. Lévi-Strauss szerint például a szemöldöküket kitépkedő dél-amerikai kaduveó előljárók undorodtak a „strucc-test-vérektől”, a bozontos szemöldökű európaiaktól.¹⁸ A szőrzetnek vagy annak eltávolításának tehát különleges jelentést ad jóformán minden emberi közösség, ám annak nincs sem univerzális jelentése, sem racionális magyarázata, hogy miért hagyják meg vagy éppen epilálják azt. A rítus tehát a mélyben mágiikus jellegű, jelentéstartalma attól függ, hogy milyen imagináció kapcsolódik hozzá.

Ez a mágiikus eljárás különösen érdekes árnyalatot kölcsönöz a felvilágosodás nyomán önképében racionális európai kultúrának. A második világháború alatt a náccikkal együttműködő, velük intim kapcsolatba lépő francia nőket a felszabadulás után nyilvánosan megkopasztották, hajukat leborotválták és megszegyenítették őket.¹⁹ A spanyol polgárháborúban a fasiszták ugyanezt tették a köztársaságiakkal együttműködő nőkkel, vagyis a hajtól, a testszőrzettől való megfosztás és a nyilvános megszegyenítés rituáléja aligha kapcsolható politikai ideológiához.²⁰ Másképpen fogalmazva: nem a modernitás eszméi világához kapcsolódik, hanem a morális közösségből való *kizárás* eszközeit láthatjuk benne. Az erőszakos megalázás és a megtisztítás mind szimbolikus cselekedetek is, melyek explicit módon a haj ellen, implicit módon a szeméremszőrzet ellen irányulnak. Olyan egyik fázisból egy másikba vezető *átmeneti rítusról* beszélünk, mely a haj vagy a szőr eltávolításával egyértelművé kívánja tenni az adott közösség egésze számára, hogy az illető vétett a konszenzuális morál ellen, ezért visszavételéhez ezen a megszegyenítő, de a tisztaság esetleges visszanyerését célzó rítuson kell

^[1] Émile Durkheim: A vallási élet elemi formái. Totemiztikus rendszer Ausztráliában. Budapest, L'Harmattan, 2004, 14. o. Az egészség/betegség fogalmai kapcsán ld. J. Hubert Lacey: Anorexia Nervosa and the Bearded Female Saint. In: British Medical Journal, 285. sz. 1982. szept. 11., 1816-1817. o.

^[2] Peter Brooks: Mesés testek, avagy Nana végre meztelen. In: Helikon, 57. évf., 2011/1–2., 117–140., itt: 120. o.

^[3] Émile Zola: Nana. Budapest, Európa, 1975, 26. o. Idézi: Books 2011, 120–121. o. (A szerző kiemelése.)

^[4] T. J. Clark: The Painting of Modern Life. Paris in the Art of Manet and his Followers.

^[5] Princeton, Princeton University Press, 1984, 122. o.

^[6] Beatrice Farwell: Manet and the Nude. A Study in Iconography in the Second Empire.

^[7] New York – London, Garland, 1981, 39. o. Idézi: Books 2011, 124. o.

^[8] Zola 1975, 166–167. o.; Brooks 2011, 126. o.

^[9] Beatrice Farwell: Courbet's Baigneuses and the Rhetorical Feminine Image. In: Woman as Sex Object: Studies in Erotic Art, 1730–1970. Szerk. Thomas B. Hess – Linda Nochlin. New York, 1972, 75. o. Idézi: Books 2011, 127. o. Linda Nochlin: Bathers, Body, Beauty. The Visceral Eye. Cambridge, Harvard University Press, 2006, 201. o. (A szerző kiemelése.)

^[10] Peter Brooks: Body Work. Objects of Desire in Modern Narrative. Cambridge, Harvard University Press, 1993, 17. o. Érdemes hozzátenni, hogy mindez a férfitestre korántsem volt ennyire egyértelműen igaz.

^[11] Daniel Arasse: Festménytalányok. Budapest, Typotex, 2010, 113. o.

^[12] Arasse 2010, 112. o.

^[13] Claude Lévi-Strauss: Szomorú trópusok. Budapest, Európa, 1979, 211. o.

^[14] Alain Brossat: Les tondues. Un carnaval moche. Párizs, Marna, 1992

^[15] Yannick Ripa: A köztársasági nők „tisztulást hozó” kopaszra nyírása a spanyol polgárháború során. In: 2000, 22. évf., 2010/7–8., 77–85. o.

átesnie.²¹ A rítus természetesen nem racionális, nem magyarázható meg észérvekkel, sokkal inkább a nyugati kultúra mélyén meghúzódó közösségi-mágikus eljárásról van szó.²² Ez már csak azért is elgondolkodtató, mert a hatalmi önkénnyel szemben érvényesített 1679-es Habeas Corpus Act óta a politikai szabadság fogalma összekapcsolódik a test feletti, törvénytíleg szavatolt önrendelkezéssel.²³ A test felett gyakorolt mikrohatalmi technikák tárgyalásakor Michel Foucault nem véletlenül fogalmazott olyannyira szarkasztikusan a politikai szabadság „nyugati” képzetével kapcsolatban.²⁴

ZSOLT K. HORVÁTH

BEAUTY AND THE ‘HAIRY’ BEAST ON THE POLITICAL AND VISUAL ANTHROPOLOGY OF BODY HAIR AND HAIRLESSNESS

„Gregor Erhart’s Saint Mary Magdalene is the most erotic statue I have ever seen. (...) I stood there in the dark exhibition hall of the Louvre and felt a desire to touch Magdalene’s naked body. (...) I wanted to run my hand down her neck, to feel her pointed nipples at the centre of my palm, to caress her thigh and lightly slide my fingers over the smooth, painted surface. My mother told me it was because of her hair. It’s wild and exuberant, almost like vegetation that will find a path through any obstacle. It conceals but also reveals. It covers the groin and shows body hair. This is Magdalene’s fleece. The women standing on the plinths have no body hair. There are no lines etched in the marble, no thinly carved grooves in the wood. Beauty is not hairy.”

blessed Wilgefortis with a beard, thereby aiding her in her perseverance. Saint Wilgefortis’s cult originated from the Low Countries and reached its golden age in nineteenth-century Bavaria. She was most often prayed to for fertility and for recovery from women’s health problems.

The legend, of course, has countless known iconographical manifestations. Vilmos Tátrai recounts how, in 1896, Károly Pulszky, director of the Hungarian National Gallery offered the participants of the International Art History Congress in Budapest an opportunity to view the Gallery’s new acquisitions.² According to a contemporary report, a lively debate ensued surrounding a painting of the crucifix, which, contrary to conventional iconographical depictions, showed not a crucified, wounded, loincloth-clad Christ, but a crowned figure – judging from the beard, presumably a man – wearing an ornate robe and embellished shoes.³ At that point in time, no one knew who the author was, what the theme of the painting was, or when it was made. In order to understand its iconography, one must consider the legend of Volto Santo. It was Deacon Leobino who took the tale of the discovery of the ‘holy face’ and committed it to writing in the twelfth century. According to his account, the wood carving of the face was sculpted by Nicodemus, who participated in Christ’s removal from the cross and his burial in the tomb. As he found it impossible to sculpt the face of Christ, however, in the end, it was not him, but the angels that completed the portrait. Tátrai writes: ‘Then, in 782, during the period of iconoclasm, the statue was found by the by Bishop Gualfredus, who was on a pilgrimage to Jerusalem. He put it on an unmanned ship, which drifted to the Tyrrhenian Sea, to the port of Luni.’⁴ The legend concludes with the statue making its way to Lucca, where it was placed in San Martino Cathedral.

The Volto Santo, the cult of the ‘holy face’, also has several other story-layers associated with it, for which copies spreading across Europe provided a fertile seedbed. This was how the cult of the aforementioned Saint Wilgefortis (or Saint Kümmernis) was propagated in the fourteenth century, primarily in the Lowlands; having shifted away from the original storyline, it lent new meaning to this indeed rather unusual iconography. In connection to the legend, of which multiple variants have survived, the Hungarian Catholic Encyclopaedia briefly notes that the story of Saint Wilgefortis is nothing more than a misreading of the cult of Volto Santo – an erroneous attribution of meaning, which became widespread especially in geographical

21 Christian Bromberger: La place des cheveux et des poils dans les rituels et le sacré. In: *Annales de Dermatologie et de Vénéréologie*, 143. évf., 2016/3., 233–239. o.
22 Vö. Marcel Mauss: A mágia általános elméletének vázlata. In: *Szociológia és antropológia*. Szerk. Fejős Zoltán. Budapest, Osiris, 2004., 133. o.
23 Vö. Helen A. Nutting: The Most Wholesome Law – Habeas Corpus Act of 1679. In: *American Historical Review*, 65. évf., 1960/3., 527–543. o.
24 Michel Foucault: *Felügyelet és büntetés. A börtön története*. Budapest, Gondolat, 1990, 23. o.

1 Rita Halász, ‘Magdolna gyapja’ [Magdalene’s Fleece], *Alföld* 68, no. 24 (2017): 39–41.
2 Vilmos Tátrai, ‘Nikodémus és az angyalok után szabadon. Piero di Cosimo festménye: a “szent arc”’ [Inspired by Nicodemus and the Angels: Piero di Cosimo’s Painting of the ‘Holy Face’], *Artmagazin*, no. 74 (2017): 8–13.
3 László Éber, ‘Tanulmányok Magyarország középkori falfestményeiről’ [Studies of Paintings from Medieval Hungary], in: *Magyarország műemlékei* [Hungary’s Artefacts and Listed Monuments], ed. Gyula Forster (Budapest: Franklin, 1915), vol. 4, 71–104.
4 Tátrai, ‘Nikodémus és az angyalok’, 9.

areas where visual representation (the replicas created) broke away from the 'original' story. When discussing the source of legends (when considering what counts as original or authentic), it comes down to more than merely a need for increased circumspection with respect to philology. Importantly, the sociology of religion posits that no enduring social practice can be based on error or lies, as that would lead to its downfall.⁵ Any beliefs preserved in popular religion – as embodied in cultural memory – must have valid meaning to the community whose members zealously espouse and nurture those beliefs. As Zsuzsanna Simon points out, since the figure of the bearded woman has also survived in popular culture, its possible interpretations point beyond the aforementioned religious context; its sphere of meaning also extends to the concepts of beauty and femininity, the notions of health and illness, as well as to women's agency and the historical possibilities of subjectivation.⁶

2.

Peter Brooks, who seeks a connection between the nineteenth-century narrative representation and visual rhetoric of bodies, points out that Émile Zola's wrote his novel entitled *Nana* (1880) near the time that Alexandre Cabanel painted *The Birth of Venus* (1863) and William-Adolphe Bouguereau also completed a painting by the same title (1879). Surely, this is no coincidence. The real question however pertains to the nature of the relationship between these nude representations and Zola's *Nana*, as such proximity in time does not necessarily indicate identical aesthetic principles. Brooks writes: When we reflect that the nudes of Cabanel and Bouguereau anticipate twentieth-century calendar art, we realize that *Nana* is presented as a kind of Second Empire pin-up. In other words, her aesthetic (...) is not Zola's. *Nana* herself indeed explicitly disassociates herself from the aesthetic of the novel in which she figures when she censures a novel she's read about a whore.⁷

Brooks concludes that the possibilities inherent in the narrative and visual representations of nudes are closely linked with how the nakedness of the female body is regarded in the given period. *Nana* in Zola's novel is something of a kitsch-Venus; the narrative equivalent of a visual world where female nudity is seen as cheap entertainment – a shallow means of satiating desires. Let us not forget, the first book of the novel begins with a theatre performance: it is the opening night of *Blonde Venus* at the Théâtre des Variétés, with *Nana* playing the lead. Zola spares no detail in describing the poor quality of the cheap play: the audience is disorderly and prone to loud interruptions, the plot is flat and uninteresting, the actors are bad,

the orchestra produces a cacophony of sounds, and *Nana* sings like 'a stuck pig'. The only scene in which the writer describes the audience as a sea of straining, tensely focused eyes is when, in the third act, *Nana* enters the stage naked. Right from the start of Scene Two *Diana* was making arrangements with the god, who had to pretend to be going on a journey in order to leave the field free for *Venus* and *Mars*. Then *Diana* was alone on stage, but only briefly, when *Venus* arrived. A thrill went through the spectators. *Nana* was naked. She was naked, brazenly and serenely naked, confident of the irresistible power of her flesh. She was wearing nothing but a thin gauzy material. The curve of her shoulders, her Amazonian breasts with rosy tips uplifted, stiff as spears, her wide hips swaying voluptuously, her fair, plump thighs, the whole of her body could easily be imagined under the diaphanous cloth, as white as the foam on the sea. She was *Venus* born of the waves, with nothing but her hair to cover her. And when *Nana* raised her arms you could see the golden hairs of her armpits in the footlights.⁸

The aesthetic conveyed by Zola – who explicitly idealised Gustave Courbet's realism – pillories the stuffy social manners that ruled contemporary popular culture. In contrast to Bouguereau's series entitled *The Bathers*, Zola praised Courbet's painting by the same title (1853) because his representation of the body was pronouncedly 'anti-classical', and because he portrayed the nude body in a lifelike setting. 'When our artists give us *Venuses*', writes Zola, 'they correct nature, they lie. Édouard Manet asked himself why lie, why not tell the truth; he introduced us to (...) this fille of our own time, whom you meet on the sidewalks.' ⁹Brooks stresses that, in addition to favouring Courbet, the writer went against academic tradition in regarding Édouard Manet's painting – above all, his *Olympia* (1863) – as the ultimate nude of his time.

According to well-known art historian T. J. Clark, during this period, '[c]ritics agreed that the nude as a genre was in a precarious and confused state.'¹⁰ Or, as Beatrice Farwell puts it, in the 1860s, painters needed to find some justification for depicting nude bodies, which could include the intention to historicise the 'antique style' or to draw on the repertoire of conventional academic motifs. Motif de nu, a motivation for nudity, could thus be concealed through the pretext of distancing in space and time, while the main problem of the modern nude entailed the representability of differences between the idealised body and the real body. This, of course, is by no means simple. While the primary theme of the novel centres on *Nana's* body¹¹ and sexuality, Zola does not depict *Nana* completely naked either in the aforementioned stage scene or in the famous mirror scene. Her genitals¹² are covered either by a thin veil or –

bringing us closer to the subject of *Magdalene's* fleece, to be discussed below – her long hair, or even a play of light and shadow. In this way, Zola restores the topos of the unrepresentability of female sexuality (genitals). If we bring together the narrated and visual variants of the nineteenth-century problem of nakedness and the nude as a genre, then – following in the footsteps of Brooks, Farwell and T. J. Clark – a scenario takes shape where the antique thematic is still present in a classicist disguise, while the erotic aspirations of contemporaries rumble powerfully below the surface. Implicit in the analysis of the iconography of the Second French Empire and the early Third Republic is the very nature of the modern conceptualisation of the body. Insofar as academic representation became outdated, how could the new visual rhetoric fit the contemporary image of the body? With the exception of *Woman with White Stockings* (1866) and *The Origin of the World* (1866), in Farwell's view, when it came to representing the nude, even Courbet never confronted the dilemma of realism to the fullest extent 'with respect to pubic hair versus the classical (or hairless) alternative, and that versus the true representation of the female anatomy.'¹³ Thus, the real question is where the boundaries of representability lie, what the conditions of visibility are, what is allowed to come to light, and what must remain concealed. In this sense, writes Linda Nochlin, 'Realism as critique involves the rejection of the normative, generally classically based ideal of the body on the grounds of its fraudulence and of the larger social and ideological orthodoxies that such idealism depends on.'¹⁴ Depictions of pubic hair thus go against the previously established canons of representing the female nude.¹⁵ As for the reasons behind this particular taboo, in such representations, pubic hair prompted notions of wildness, wantonness, and uninhibited sexuality in connection to women, which clearly contradicted the moral norms dictated by Christianity. Depicting a flow of long hair was one of the most commonly employed means for avoiding direct representations of pubic hair, like in the aforementioned case of *Nana*. In his book entitled *Take a Closer Look*, art historian Daniel Arasse ties the master narrative of this practice to the story of *Mary Magdalene*. Justifiably or not, *Magdalene* is connected with the archetypal figure of 'a woman of ill repute', whose key distinguishing visual feature is her long, thick hair (here, the analogy with *Nana* once again gains importance). According to Arasse, her luxuriant mane of hair serves to cover her body, so that which we cannot see – only imagine – may remain hidden from view. In contrast to pubic hair, the hair on *Mary Magdalene's* head, in this sense, is not obscene, and is therefore fit for depiction. In fact, in the Gospel of Luke, after she soaked Jesus's feet in her tears, she wiped them with her hair, anointed them in

scented oil and then kissed them (Luke 7:36–50). Such cascades of hair temporarily divert our attention, while, through the power of analogy, simultaneously allude to something that cannot be represented as it falls under moral prohibition. To put it more simply, *Mary Magdalene's* head of hair is really her pubic hair in disguise. In fact, the hair on her head is her converted pubic hair. That is Jesus's great miracle. What a magician! When she washed his feet, he converted her whore's pubic hair into the head of hair of a saint! Because talk about dark pubic hair! And I don't mean the colour, (...) I mean the danger it represented for all the sons of Adam living in Nain who had looked at it, kept company with it, tasted it. Evil, alluring pubic hair! What a disgrace! But now that's the end of that! No one will ever see it again. *Mary Magdalene's* pubic hair, her 'fleece', has been converted into a lovely Christian mane.'¹⁶

According to Arasse, not drawing the pubic hair of female nudes was one of the greatest hypocrisies: the vast majority of painters were men and their paintbrushes, made of hair, were referred to in Latin as *penicillus*, or little penis.¹⁷ In this sense, pubic hair is a synonym for moral decline. Consequently, it is no surprise that its depiction was forbidden for so long – only to become permissible again in the above described manner through the iconography of the second half of the nineteenth century.

3.

When it comes to examples from art history, literature and history and the subject of female body hair – which, at first take, may appear like a banal matter that should fall to influencers – it is worth noting that, in reality, it was loaded with hidden moral meaning for centuries. Every society regulates, albeit in different ways, the meaning of hair that appears on publically visible parts of the body. According to Lévi-Strauss, for instance, nobles of the Caduevo in South America who plucked out their eyebrows were disgusted by the bushy browed Europeans they referred to as 'ostrich-brothers'.¹⁸ While virtually all human communities assign special significance to body hair or its removal, there is no universal meaning or rational explanation for either eliminating it or leaving it in place. The quality of magic associated with these rites and rituals is rooted in the depths of the human mind/psyche; their meaning is dependent on what they conjure up in the imagination. This magical process lends an especially interesting tone to a European culture that, in the wake of the Enlightenment, saw itself as rational. After the end of World War II, women who had cooperated and formed intimate relationships with the Nazis were shaved on the head and publically shamed.¹⁹ During the Spanish Civil War, the fascists did the same to women who were perceived to have ties to the Republic. Thus we can conclude that the ritual of stripping a woman of her hair or body hair

5 Émile Durkheim, *A vallási élet elemi formái. Totemiztikus rendszer Ausztráliában* (Budapest: L'Harmattan, 2004), 14. (Published in English with the title *The Elementary Forms of Religious Life*.)
6 Regarding the concepts of health/illness, see J. Hubert Lacey, 'Anorexia Nervosa and the Bearded Female Saint', *British Medical Journal* 285 (1982): 1816–1817.
7 Peter Brooks, *Body Work: Objects of Desire in Modern Narrative* (Cambridge: Harvard University Press, 1993), 128–129.
8 Émile Zola, *Nana*, trans. Helen Constantine (Oxford–New York: Oxford University Press, 1992), 24.
9 Quoted in Brooks, *Body Work*, 132. (My emphasis.)
10 T. J. Clark, *The Painting of Modern Life: Paris in the Art of Manet and his Followers* (Princeton: Princeton University Press, 1984), 122.
11 Beatrice Farwell, *Manet and the Nude: A Study in Iconography in the Second Empire* (New York–London: Garland, 1981), 39. Quoted in Brooks, *Body Work*, 135.
12 Zola, *Nana*, 166–167 and Brooks, *Body Work*, 141.

13 Beatrice Farwell, 'Courbet's Baigneuses and the Rhetorical Feminine Image', in *Woman as Sex Object: Studies in Erotic Art, 1730–1970*, ed. Thomas B. Hess and Linda Nochlin (New York: Newsweek, Inc., 1972), 75. Quoted in Brooks, *Body Work*, 141.
14 Linda Nochlin, *Bathers, Body, Beauty: The Visceral Eye* (Cambridge: Harvard University Press, 2006), 201. (My emphasis.)
15 Brooks, *Body Work*, 17. It is worth noting, this was not at all so unequivocally the case for the male body.
16 Daniel Arasse, *Take a Closer Look*, trans. Alyson Waters (New Jersey: Princeton University Press, 2013), 86.
17 Ibid., 85.
18 Claude Lévi-Strauss, *Szomorú trópusok* (Budapest: Európa, 1979), 211. (Published in English with the title *Tristes Tropiques*.)
19 Alain Brossat, *Les tondues: Un carnaval moche* [The Shaved Women, an Ugly Carnival] (Paris: Many, 1992).

and publicly shaming her can hardly be linked to a particular political ideology.²⁰ Differently put, rather than being associated with the ideas of modernity, such practices are a method of exclusion from moral community. Violent humiliation and purification are also symbolic acts, directed explicitly against head hair and implicitly against pubic hair. They constitute rituals of transition between one phase and the next. Their aim – through the removal of hair from the scalp or body – is to make it unequivocally clear to the community that the given person had transgressed against their consensual morals and therefore, in order to be purified and reaccepted, must go through this ordeal of degradation.²¹ Such a ritual is, of course, not rational; it cannot be explained through reason. More than anything else, it is an expression of the communal-magical impulses that lie in the depths of Western culture.²² This merits some reflection also in connection to the Habeas Corpus Act of 1679 – enacted to protect against arbitrary abuses by the ruling power – by which the concept of political freedom has been integrally linked to a person's legal right to self-ownership and self-determination over his or her own body.²³ It was no accident that, in discussing the techniques for exercising micro-power over the body, Michel Foucault took such a sarcastic tone when addressing the 'Western' notion of political freedom.²⁴

20 Yannick Ripa, 'A köztársasági nők "tisztulást hozó" kopaszra nyírása a spanyol polgárháború során' [Shaving the Heads of Republican Women for the Purposes of 'Purification' during the Spanish Civil War], 2000 22, no. 7–8 (2010): 77–85. (Original French title: 'La tonte purificatrice des républicaines pendant la guerre civile espagnole'.)

21 Christian Bromberger, 'La place des cheveux et des poils dans les rituels et le sacré' [The Place of Hair and Body Hair in Rituals and Sacred Spiritual Practice], *Annales de Dermatologie et de Vénérologie* 143, no. 3 (2016): 233–239.

22 Cf. Marcel Mauss, 'A mágia általános elméletének vázlata' [Sketch of a General Theory of Magic], in *Szociológia és antropológia* [Sociology and Anthropology], ed. Zoltán Fejős (Budapest: Osiris, 2004), 133.

23 Cf. Helen A. Nutting, 'The Most Wholesome Law – Habeas Corpus Act of 1679', *American Historical Review* 65, no. 3 (1960): 527–543.

24 Michel Foucault, *Felügyelet és büntetés: A börtön története* (Budapest: Gondolat, 1990), 23. (Published in English with the title *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*.)

DARIDA VERONIKA

HISZTÉRIAGYAKORLATOK

Látszólag mi sem állhatna egymástól távolabb, mint egy hisztériás roham és egy joggyakorlatsor. Varju Tóth Balázs *Fuldokló gyakorlatok* című, kétkamerás videóinstallációja mégis ezt a két mozgásformát állítja egymás mellé, váratlan párhuzamokat és meglepő hasonlóságokat mutatva fel a szokatlan párosítás által. Ahogy a mű koncepciójában olvashatjuk: „*A hisztérikus roham és a testi-lelki harmóniát, a tökéletes nyugalmi állapotot elérni kívánó joggyakorlatok közvetlen egymás mellé állítása nem pusztán fizikai hasonlóságaikkal magyarázható. A kényszeresség a mára kultikussá vált jogázásban ugyanúgy jelen van, ahogy a menekülés, a valódságtól való elszakadás, a kilépés lehetőségét is magában hordozza, hasonlóan a hisztérikus állapot felfokozott önkívületéhez.*” A Városhaza – női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján kiállítás részeként a Semmelweis Orvostörténeti Múzeumban bemutatott kétszornás film a női testhez és lélekhöz talán leggyakrabban társított rejtélyes betegséget, a hisztériát tematizálja. De milyen hisztéria, vagy inkább milyen hisztériák jelennek meg a 21. századi monitorokon, mi köti össze ezeket a klasszikus vagy a 19. századi hisztériamodellekkel?

Vizsgálódásunkat kezdjük a címnél, mely felidézi a hisztéria egész kultúrtörténetét. A *Fuldokló gyakorlatok*ban egyrészt megjelenik a fuldoklás, mely felidézi a hisztéria egy régi elnevezését (a méh fuldoklása: „suffocation matrix”), a gyakorlat pedig részint a hisztériás tünetek mechanikus jellegére, kiszámíthatóságára, meghatározott sorozatára utal, másrészt eszünkbe juttathatja a spirituális/lelki gyakorlatok hagyományát. A hisztéria kezdetben a női test betegsége. Első írásos említését az egyiptomi Kahun papiruszban (i. e. 1900) találhatjuk, amely a „vándorló méh” betegségeként írja le.¹ A későbbiekben használt elnevezés a görög „ustéra” szóból ered (latin megfelelője az „uterus”), mely méhet jelent. Hippokratész a méh testen belüli vándorlásaként jellemzi, melyet a tüsszentés helyes irányba terelhet. Ez a vándorló szerv azonban már Platónnál úgy jelenik meg, mint egy „lelkes élőlény”.² A hisztéria a görögöknél a női szexuális önmegtartóztatáshoz, a kielégületlenséghez kapcsolódik. Az antik diagnózis szerint a túl hosszú nyúlts absztinencia a méhben organikus elváltozásokat idézhet elő: a méh ilyenkor összeszárad, majd súlyát veszítve bolyongani kezd a testben. Ez a mozgás okozza a hisztéria két legjellegzetesebb tünetét: a felemelkedő méh a légzőszervekre gyakorol nyomást, így fulladáshoz és elnémuláshoz vezet; az alászálló méh pedig a mozgáásszervekre nehezedik, így bénulásokat okoz. Ezek mellett a hisztéria számos más tünetét is felsorolhatnánk: a gör-

csöket, a kóros soványságot, a túlhevült testet, erős fehérfolyásokat, menstruációs rendellenességeket. A testi tüneteket ugyanakkor, már a kezdetektől fogva, lelki tünetek is kísérik: hangulatingadozások, végletes lehangoltság, heves érzelmkitörések. A hisztériás nőt a betegség mintegy kiforgatja önmagából: teste és lelke örvénylik, jelenetet rendez. Ennek a „jelenetnek” egyik formája a hisztériás roham, mely esetenként más-más tüneteket produkál. A hisztéria tehát jellegzetesen „Próteusz-arcú” jelenség, mely ezer formában mutatkozik meg. Egyszerre a test és a lélek betegsége, hiszen a látványos tünetek mögött nincsenek valódi szervi elváltozások. Úgy tűnik, mintha a „szimulált” testi tünetek csak figyelemfelhívások lennének a lélek valódi fájdalmára.

Ahogy említettük, a hisztéria vizsgálata végig kíséri a nyugati orvoslás történetét, de csak bizonyos korokban kerül középpontba. Varju Tóth Balázs installációja a hisztéria egyik „hőskorához”, a 19. századhoz kapcsolódik, amikor Jean-Martin Charcot újra felfedezi vagy inkább feltalálja a hisztériát.³ Ennek megértéséhez tudnunk kell, hogy az elmeegógyintézetek a 17. század során létrehozott nagy „zárt házakból” jöttek létre (melyekben még válogatás nélkül voltak jelen elmebetegek, bűnözők, verbajosok, koldusok, nyomorékok, aggastyánok: vagyis mindenki, akit a társadalom „zavarkeltőként” könyvelt el).⁴ Charcot kórháza, a párizsi Salpêtriére korábban az elzárás és a kirekesztés olyan terét jelentette, ahol az internálás egy zűrzavaros asszimiláción belül valósult meg, mivel a társadalom így közsítette ki a veszélyesnek, erköcstelennek vagy egyszerűen hasznavehetetlennek minősített egyéneket.⁵ Ahogy Didi-Huberman felidézi, Charcot Salpêtriére-be való megérkezése leginkább a pokolra szálláshoz volt hasonlítható: „Ki itt belépsz, hagyj fel minden reménnyel”.⁶ Ez ugyanakkor egy jellegzetesen női pokol volt (közel négyezer nő élt összeszárva), melynek zavaros körreiben és bugyraiban az orvosnak kellett rendet teremtenie.

A neurológia megalapítójának tekinthető Charcot elsősorban a betegségek elmebeli okai iránt érdeklődött, ezekre vonatkozóan azonban csupán a testi tünetekből tudott következtetéseket levonni, így vált elsődleges módszerévé a megfigyelés. A megfigyelés azonban nála nem egyszerű szemügyre vételt, hanem tudományosan megalapozott anatómiai-klinikai módszert jelentett. A Salpêtriére-ben a Charcot nevével fémjelzett három évtizedben (1862 és 1892 között) kialakult egy gondosan megszervezett megfigyelő apparátus. A megfigyelésnek különböző szintjei és módjai különböztek el: Charcot személyesen (négy szemközt) is folytatott vizsgálatokat, de hisztériás betegeit

1 Ilza Veith: *Hysteria. The history of a disease*. University of Chicago Press, 1965.

2 *Platón összes művei III*. Ford. Kövendi Dénes. Budapest, Európa Könyvkiadó, 1984, 408. o.

3 Georges Didi-Huberman: *Invention de l'hystérie*. Párizs, Macula, 1983. Magyarul részletek olvashatók az *Ex-symposion* 1998/21–22. (Nő-vér) számában.

4 Michel Foucault: *A boldonság története a klasszicizmus korában*. Ford. Sujtő László. Budapest, Atlantisz, 2004.

5 Didi-Huberman 1983

6 Ld. Dante: *Pokol* (Harmadik ének: A Pokol kapuja). Ford. Babits Mihály. In: *Dante összes művei*. Budapest, Magyar Helikon, 1962, 559. o.

közszemlére is bocsátotta: a medikusok, sőt a szélesebb közönség, az érdeklődő értelmiségiek tekintete elé. A Salpêtrière nagy előadótermében (amfiteátrumában) került sor a híres keddi előadásokra (*Leçons du mardi*), azokra a „hisztériabemutatókra”, melyeken a nagy nyilvánosság is megismerhette a hisztériát. Charcot maga volt ezeknek a látványossággá tett „hisztéria-rohamoknak” a levezténylője, a hisztériás test stimulálásával ő idézte elő a rohamot. Mindezt a tudomány érdekében tette, Charcot ugyan- is hitt a klinikai tekintet objektív megismerő erejében, abban, hogy a testi tünetek pontos megfigyelése és rögzítése a legtöbb, amit a hisztéria tudományos megközelítése során tenni lehet. Több tekintet pedig nagyobb pártatlan- ságot biztosít, ezért volt szükség a hisztériabe- mutatókra. A hisztériás roham (a többi ember számára láthatatlan) magánszínházából így lett az extrém láthatóság színpada.

Varju Tóth Balázs filmje ezt a láthatóságot tematizálja. A film kezdetén a bal oldali képernyőn egy üres ágyat látunk egy semleges térben. Majd megérkezik egy fiatal nő ballonkabátban, hátrakötött hajjal, szembenzé velünk, és lassan vetközni kezd. Ekkor a másik képernyőn feltűnik egy férfiarc, a teljesen fekete háttérből kiemel- kedve, és rezzenetlen tekintettel nézi, amint a nő leveszi kabátját, kioldja hosszú haját, lehúzza fekete cipőjét, és egy hosszú fehér ingben az ágyra fekszik. Majd elsötétül mindkét monitor, és egy feliratot látunk: „Planche I”. A francia „planche” kifejezés egyaránt jelent táblát, ábrát, ágyat, deszkát. Ezek a jelentesek a filmben mind megjelennek, de elsődlegesen a Salpêtrière-ben rögzített hisztériatáblókra utal, pontosabban a hisztéria Charcot és orvosapparátusa által meg- határozott koreográfiájára. Eszerint a hisztériás nagy rohamnak négy elkülönülő szakasza van: a merev fázis, a nagy mozgások fázisa, a he- ves szenvedélyek fázisa, végül a delírium fázisa. Ezek közül leginkább a harmadik szakasz lesz érdekes a klinikai tekintet számára: a szenved- élyes mozdulatok („attitudes passionelles”) fázisát különös figyelemmel dokumentálják, felhasználva a kor technikai újítását, a fotográfi- át. A pillanatfelvételeken (Bourneville és Reg- nard fotográfiáin) rögzített kifejező gesztusok mutatják be a legmegragadóbban a hisztéria „pszichoplaszticitását”.

A *Fuldokló gyakorlatok* megleveníti a klasszi- kus hisztériarohamot ábrázoló rajzokat (Paul Richer munkáit?) és fotográfiákat, valóban élő- képekké változtatja őket. Ugyanakkor – és ez a film újítása – már az első tablótól kezdve nem egy, hanem két nőalakot láthatunk. A jobbol- dali monitoron a férfitekintet helyét átveszi egy fekete tornadresszbe öltözött nő, aki a világos deszkapadlóra terített színes matracon jogagy- korlatokat végez. A két térben ugyanarra az elrendezésre ismerhetünk, csak míg a hisztéria tere homályos, addig a jóga tere világos, levegős. A két nőalak első pozitúrája pontosan megfelel egymásnak: mozdulatlan fekvés, majd az eb- ből való hátrahajlás (halpóz). Innentől kezdve azonban a mozdulatsorok habár hasonlók, de nem azonosak. Ez ugyanakkor illeszkedik a char-

cot-i hisztéria koreográfiájához is, amelyben az egyes fázisok csak egy keretformát adnak, melyet a hisztériás betegek más tartalommal töltenek meg. Azt is mondhatnánk, hogy az egyes fázisokban a hisztériás szabadon „imp- rovizál”. Az improvizációt természetesen nem a tudat irányítja – hacsak nem szimulációval állunk szemben –, hanem az irányíthatatlan és uralhatatlan testi ösztönök. A párhuzamosan végzett gyakorlatokban az a meglepő, hogy a jogamozdulatok sokkal hevesebbnek tűnnek. A hisztériás mozdulatok visszafogottabbak, mint- ha a test inkább az összehúzódásra, a magába zárkózásra törekedne. Mégis, a legjelentősebb különbség, hogy míg a hisztériás mozdulatok szabadok és kontroll nélküliek, addig a jogázó mozdulatait egy szigorú belső kontroll irányítja. Érdekes továbbá, hogy a 21. századi hisztéria mozdulataiból hiányzik minden „hisztérikus” elem. Ezért a hisztériás roham legjellegzetesebb pozitúráját, a hidat vagy íves hátrahajlást („arc de cercle”) nem a hisztériás, hanem a jogázó mu- tatja be, az utolsó hisztériatáblóban (Planche IX.). Tanulmányunkban szándékosan nem tárgyaltuk a freudi hisztériát, mely az extrém láthatóság színpadáról a lélek láthatatlan „másik színpadá- ra”¹⁸ helyezi át a hisztériát. Freud maga is Charcot előadásain találkozik először a hisztériás tüne- tekkel, majd párizsi tanulmányútjáról hazatérve egy 1888-ban megjelent lexikonszócikkben⁹ a Charcot előtti hisztériát az orvostudomány „bête noire”-jának nevezi, melyet először a neurózis egy formájaként a francia professzornak sike- rült megragadnia. Freud hangsúlyozza, hogy a hisztéria még nem pszichózis a szó pszichiátriai értelmében (nem a személyiség egész szerke- zete sérül, csak működési mechanizmusában áll be egyfajta zavar), ugyanakkor az sem kizárható, hogy a hisztéria alapján a későbbiekben pszi- chózis is kifejlődhet. A női hisztéria oka Freudnál mindig egy korai, elfojtott szexuális trauma. Ezt kezdetben valóságos történetekhez (abúzusok- hoz) kapcsolja,¹⁰ később viszont úgy gondolja, hogy a hisztériás tünetek a fantáziaműködésből származnak.¹¹ Ahogy a freudi életműben az idő előrehaladtával egyre inkább háttérbe szorul és végül eltűnik a hisztéria kérdése, úgy ez a rá következő klinikai korszakokra is igaz. Habár a betegség a pszichiátriai korpusz része marad, de a *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* 1952-es, első kiadásában már Briquet-szindróma név alatt szerepel, olyan szomatikus tünetegyüttest jelölve, melyet szervi eltérés nem magyaráz.

Adódik a kérdés, hogy vajon a 21. században beszélhetünk még hisztériáról? Foucault 1973–74-ben *A pszichiátriai hatalom*¹² címen tartott kurzusában a hisztériát szimulációnak nevezi, a Salpêtrière-t pedig a hisztéria védőbástyájának, ahol hisztériával kapcsolatos manőverezéseket hajtanak végre. Foucault nem győzi hangsúlyoz- ni, hogy a 18. században kialakuló pszichiátria mindig is előszeretettel élt olyan módszerekkel, mint a faggató jellegű kikérdezés, a hipnózis és különböző drogok bevetése, melyekkel „ki- provokálhatók” voltak az egyes pszichiátriai be- tegségtünetek. Foucault nézőpontja szerint a

19. század végén robbanásszerűen „elterjedő” és hatalmas méreteket öltő hisztéria – minden megtévesztő látszat ellenére – nem járvány, csupán a pszichiátriai hatalom egyik eszkö- ze. Ezután a határozott hisztériakritika után meglepő, hogy *A szexualitás történetének* első kötetében (1976-ban) már egy másfajta hisz- tériamegközelítéssel találkozhatunk. Foucault itt arról beszél, hogy a hisztérikusok jelentik a kivételt a viktoriánus kor óta mereven szabá- lyozott szexuális gyakorlat és diskurzus alól: „*a prostituált, a kunsaft meg a strici, a pszichi- áter meg a hisztérikus beteg – ezek a másféle viktoriánusok*”.¹³ Ők azok, akik megszólaltatják a némaságra ítélt élvezetet. Ennyi „igazsága” tehát még a hisztérikusnak is lehet.

Varju Tóth Balázs alkotása nem foglal állást sem a hisztéria igazsága mellett, sem annak ellenében. A kortárs alkotót a hisztéria mint mozgásforma érdekli, a női test egy sajátos és lényegi önkifejezési formájaként, mely éppúgy megnyilvánul a megfigyelés során (a láthatatla- nul jelenlevő klinikai tekintet előtt), mint teljes szabadságában.

Végül érdemes megjegyezni, hogy a klasszikus hisztérikus roham két eleme hiányzik a filmből: a hisztériás roham kezdetét jelző kiáltás vagy sikoly, valamint a téveszmék és képzelgések utolsó fázisát jellemző delirálás. A hisztériás afázia mintha az egész filmet áthatná. Mindez azt sugallja, hogy habár a hisztéria gesztusai minden korban felmutathatók, de ettől még a hisztéria kimond(hat)atlan marad. A két női test egyaránt őrzi titkát, a hisztéria megfejthe- tetlen talányát.¹⁴

7 Paul Richer illusztrálja Charcot nagy tanulmányát (*Démonikusok a művészetben*), mely a hisztérikus eksztázis művészetben megjelenő formáit vizsgálja. Ld. Jean-Martin Charcot – Paul Richer: *Les démoniaques dans l'art*, 1887

8 Erről ld. Jean-Bertrand Pontalis: Freud és Charcot között – Színpadról színpadra. In: *Enigma*, 19. évf., 2012/72., Hisztériák (szerk. Darida Veronika), 25–30. o.

9 *Handwörterbuch der gesamten Medizin*. Szerk. A. Villaret. 1888

10 Sigmund Freud – Josef Breuer: *Studien über Hysterie*. Frankfurt am Main, Fischer, 1991

11 Ld. Sigmund Freud: *A pszichoanalitikai mozgalom története*, 1914; *Önéletrajz*, 1925

12 Michel Foucault: *Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France (1973–74)*. Párizs, Seuil-Gallimard, 2003

13 Foucault: *A szexualitás története I. – A tudás akarása*. Budapest, Atlantisz Könyvkiadó, 1996, 8. o.

14 Freud maga is tisztában volt azzal, hogy a *nőiségről* tartott előadása (Sigmund Freud: *Újabb előadások a lélekelemzésről*. Budapest, Filum, 1999) távolról sem nyújtotta kimerítő értelmezését ennek a „talánynak”. Erről ld. Sarah Kofman: *L'Énigme de la femme (La femme dans les textes de Freud)*. Párizs, Galilée, 1980

VERONIKA DARIDA

HYSTERIA EXERCISES

At first glance, yoga exercises and hysterical fits might seem like polar opposites. Yet Balázs Varju Tóth's two-channel video installation *Suffocation Exercises* draws a parallel between these two forms of movement; a juxtaposition that brings some unexpected parallels and surprising similarities to the surface. As the artwork's conceptual statement explains, "It isn't only their physical similarities that validate the juxtaposition of hysterical seizures and yoga exercises aimed at achieving perfect harmony. Yoga, which has by now become somewhat cultic in nature, also carries an element of compulsion, while also offering a possibility for escaping reality, similarly to the oblivion of the hysterical state." As part of the exhibition *Waiting Room – Women Healers and Patients at the the Periphery of Medicine*, the video installation presented at the Semmelweis Museum of Medical History focuses on hysteria, the enigmatic disease most often associated with the female body and soul. But what hysteria, or rather, what hysterias appear on these 21st-century screens and what is their relation to the hysteria models of antiquity or the 19th century? Let us begin with the title, *Suffocation Exercises*, which evokes the whole cultural history of hysteria. The idea of suffocation calls to mind the old terminology for the disease (the suffocation of the uterus: *suffocation of the matrix*), while the term "exercises" may refer to the mechanical, predictable, predetermined sequence of hysterical symptoms or to the tradition of spiritual practices. In antiquity, hysteria was seen as an illness of the female body. Its first written reference is found in the *Kahun Papyrus* (1900 BC), where it is described as the disease of the "wandering womb".¹ Its subsequent naming originates from the ancient Greek word *ustera* (uterus). Hippocrates described the condition as characterised by the uterus' wandering within the body, which can be steered in the right direction by the act of sneezing. This wandering organ appears in Plato's writings as an "animate being".² In ancient Greek thinking, hysteria is connected to female sexual abstinence and a lack of sexual satisfaction. According to the ancient diagnosis, lengthy abstinence can lead to organic abnormalities: the womb shrivels up, loses its weight, and starts wandering within the body. This movement leads to hysteria's two most characteristic symptoms: the ascending womb puts pressure on the lungs and causes suffocation and loss of speech, while the descending uterus weighs down on the muscoskeletal system, resulting in paralysis. Hysteria is also associated with several further symptoms, such as seizures, pathological thinness, abnormally high body temperatures, strong vaginal

discharge, and irregular periods. In addition, already in antiquity, the disease was considered to have psychological symptoms as well, including mood swings, extreme melancholy, and intense bursts of emotion. The hysterical woman is beside herself: her body and soul are in turmoil, creating a scene. One type of such a scene is the hysterical fit, which gives rise to different symptoms from time to time. Hysteria is therefore a characteristically protean phenomenon, manifesting itself in multiple different ways. It is simultaneously a disease of body and soul, since the visible symptoms do not actually correspond to organic malfunctioning. It seems as if these "simulated" physiological symptoms were a way of calling attention to the real pain that resides in the soul. As mentioned before, the examination of hysteria has accompanied the whole history of Western medicine, yet it only took centre stage in certain eras. Balázs Varju Tóth's installation recalls the 19th century, one of the "golden eras" of hysteria, when the disorder was (re-)discovered, or rather, invented by French physician Jean-Martin Charcot.³ In order to understand this better, it is important to note that mental asylums evolved from the large "houses of confinement" created during the 18th century (where criminals, the mentally ill, syphilitics, beggars, cripples, and the elderly – that is, everyone who was somehow "disturbing" for the majority society – were mixed indiscriminately).⁴ Charcot's hospital, the Salpêtrière in Paris, used to be a space of confinement and exclusion where internment was carried out as the chaotic assimilation of criminals and the mentally ill, allowing society to ostracise those that were deemed dangerous, immoral, or useless. As Didi-Huberman explains, arrival at Charcot's Salpêtrière was comparable to a descent into hell ("Abandon hope all ye who enter here.")⁵ To be precise, the Salpêtrière was a specifically female form of hell (almost 4000 women were locked up here), and it was the doctor's role to keep the bowels and circles of this hell under control. Charcot, who can be considered the founding father of neurology, was primarily interested in the mental causes of disease, which he could only infer from bodily symptoms. This meant that observation became his method of choice. In Charcot's case, however, observation was not simple scrutiny, but rather a scientifically grounded, anatomical-clinical methodology. During the three decades (1862–1892) under Charcot's direction, a thoroughly organised surveillance apparatus was developed at the Salpêtrière. Different levels and methods of observation were defined: while Charcot performed examinations privately, he also put his

26

27

hysterical patients on display, for the gaze of a wider audience comprised of the interested intelligentsia. The famous Tuesday lectures (*Leçons de Mardi*) or "hysteria performances" took place in the great lecture hall (amphitheatre) of the Salpêtrière, giving the wider public a chance to familiarise itself with hysteria. It was Charcot himself who conducted these hysterical fits turned into spectacles, stimulating the patient's body in order to trigger the fit. Charcot did all this in the name of science, as he believed in the objective revealing power of the clinical gaze and was convinced that exact observation and the recording of bodily symptoms were the best strategies for a scientific approach to hysteria. In addition, he believed multiple gazes to provide more impartiality, hence the need for public hysteria performances. This is how the private theatre of hysteria (invisible to others) was turned into a stage of extreme visibility. Balázs Varju Tóth's silent film focuses on this visibility. At the beginning of the film, the screen on the left shows an empty bed in a neutral space. A young woman arrives, wearing a trench coat, her hair tied back. She faces the camera and slowly begins to undress. At the same time, a man's face appears from the complete darkness on the other screen. He watches dispassionately as the woman takes off her coat and shoes, lets her hair down, and lies on the bed in a long white shirt. Then both screens go dark and the word "planche" appears. In French, "planche" simultaneously means plate, figure, bed, or plank. While all of these meanings are condensed into the film, the primary points of reference are the "hysteria tableaux" recorded at the Salpêtrière: the choreography of hysteria strictly defined by Charcot and his medical apparatus. According to this choreography, a major hysterical fit has four distinct stages: the stiff phase, the period of grand movements, the period of great passions, and final delirium. Out of these stages, the third one is of most interest for the clinical gaze: the phase of great passions (*attitudes passionnelles*) is documented with special attention, using photography, the cutting-edge technological innovation of the era. The expressive gestures captured in these images (by Bourneville and Régnard) are a fascinating testimony to the "psychoplasticity" of hysteria. In *Suffocation Exercises*, the classic representations of hysterical fits, such as Paul Richer's drawings⁶ and the photographs taken at the Salpêtrière, are brought to life and turned into living, breathing *tableaux vivants*. At the same time – and this is the work's real innovation – Varju Tóth's tableaux show not one, but two female figures. The male gaze on the right-hand screen is soon replaced by a woman dressed in a black leotard, who starts performing yoga exercises on her colourful mat spread out on a lightly-coloured wooden floor. The spatial arrangement of the two screens is identical, but while the space of hysteria is dimly lit, the

space of yoga is light and airy. Both figures start out in the same pose: lying still on their backs, they bend their whole body backwards (fish pose in yoga). From here onwards, their movements are similar, but not identical. This is in keeping with Charcot's choreography of hysteria, where the four phases provide only a framework that is filled with different meaning and content by each patient. It could be said that the hysteric "improvises" freely. This improvisation is obviously not conscious – unless it is simulated –, but ruled over by uncontrollable and irrepressible bodily instincts. As the two sets of movements are juxtaposed, the yoga exercises surprisingly seem a lot more energetic and passionate. The hysterical movements are more restrained, as if the body was trying to contract and curl up into itself. However, the most obvious difference is in the presence of control: whilst the hysteric's movements are free and ungoverned, the yogi's moves are determined by a strict inner control. It is also worth noting that this 21st-century hysteric's moves are void of "hysteric" overtones. Thus, the most characteristic pose of the hysterical fit, the full backbend or wheel pose ("arc de cercle") is performed in the last image (Pance IX.) by the yogi, not the hysteric. The present essay deliberately omitted a discussion of Freud's version of hysteria, which moved the disease from the stage of extreme visibility to that "other, invisible stage" within the soul. Freud himself first met the symptoms of hysteria through Charcot's lectures during a study trip to Paris. Upon his return to Vienna, in an 1888 encyclopaedia entry,⁸ he described pre-Charcot hysteria as the "bête noire" of medical science that was first successfully grasped by the French professor as a form of neurosis. Freud emphasises that hysteria itself is not quite psychosis in the psychiatric sense of the word (the personality's structure as a whole is not damaged, only its *modus operandi* is disturbed), but it may trigger the development of psychosis in the long run. In Freud's view, female hysteria is always rooted in early, suppressed sexual trauma. First he linked such trauma to actual, abusive life events,⁹ but later on claimed that they originated in the patient's imagination.¹⁰ During the following decades, in Freud's work as well as in clinical history at large, the question of hysteria slowly lost its significance and later disappeared completely. Although it remained a part of the psychiatric corpus, the first, 1952 edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders already refers to it as "Briquet-syndrome", a set of somatic symptoms that cannot be explained with any underlying organic disorder. One might wonder whether it makes sense to speak about hysteria in the 21st century. In his 1973–1974 course entitled *Psychiatric Power*,¹¹ Michel Foucault claimed that hysteria was a simulation, with the Salpêtrière as its bastion,

1 On the cultural history of hysteria, see Iza Veith, *Hysteria. The History of a Disease* (Chicago: University of Chicago Press, 1965).
2 Plato, *Timeaus*, section 91a in Plato in Twelve Volumes, Volume 9, trans. W.R.M. Lamb (Cambridge, MA: Harvard University Press, 1925).
3 See Georges Didi-Huberman, *Invention of Hysteria: Charcot and the Photographic Iconography of the Salpêtrière*, trans. Alisa Hartz (Cambridge, MA: The MIT Press, 2004).
4 See Michel Foucault, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*, trans. Richard Howard (London and NY: Routledge, 1989), especially Chapter 2: The Great Confinement.
5 Didi-Huberman, *Invention of Hysteria*.

6 Paul Richer illustrated Charcot's study on the appearance of hysterical ecstasy in art. See Jean-Martin Charcot and Paul Richer, *Les Démoniaques dans l'Art* (Paris: A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1887).
7 Jean-Bertrand Pontalis: *Entre le rêve et la douleur* (Paris: Gallimard, 1983), 11–17.
8 *Handwörterbuch der gesamten Medizin*, ed. Dr Albert Villaret (Stuttgart: Ferdinand Enke, 1888).
9 As it appears in the joint works by Freud and Breuer (Sigmund Freud and Joseph Breuer: *Studies in Hysteria*, trans. Nicola Luckhurst (London: Penguin Classics, 2004).
10 This shift is testified by Freud's later autobiographical writings. See Sigmund Freud, *The History of the Psychoanalytic Movement*, trans. A. A. Brill (New York: Nervous and Mental Disease Pub. Co., 1917) and Sigmund Freud, *Autobiography*, trans. James Strachey (New York: W. W. Norton & Co., 1935).
11 Michel Foucault: *Psychiatric Power: Lectures at the Collège de France 1973–1974*, trans. Graham Burchell (London: Picador, 2008).

where hysteria-related manipulations were carried out. Foucault highlights that psychiatry, a product of the 18th century, was keen to use methods like interrogative interviews, hypnosis, and drugs that provoked the symptoms of various psychiatric disorders. According to Foucault, despite deceptive appearances, the late-19th-century dramatic boom in hysteria does not actually testify to the epidemic nature of the disease, but rather to its use as a tool of psychiatric power. After such a pronounced critique of hysteria, it is somewhat surprising to find a very different approach in the first volume of *The History of Sexuality* (1976). Here, Foucault writes that hysterics were amongst those exempt from the rigidly controlled sexual discourse and practices of the Victorian era: “the prostitute, the client, and the pimp, together with the psychiatrist and his hysteric – those ‘other Victorians’¹² were the ones that gave voice to the pleasures muted by the majority society. In a way, this was a little morsel of truth granted to the hysteric.

Varju Tóth's work does not take a stance, neither for, nor against the truth of hysteria. As a contemporary artist, he is interested in hysteria as a form of movement, a characteristic and essential form of self-expression for the female body, which manifests itself under observation (in front of the invisibly present clinical gaze) as well as in complete freedom.

Finally, it is worth noting that two elements of the classic hysterical fit are missing from Varju Tóth's film: the cry or scream signalling the onset of the fit and the incoherent speech that characterises the final phase of delirium and hallucination. It is as if the whole (silent) film was permeated with hysterical aphasia. This suggests that although hysteria's gestures are demonstrable in every historical era, hysteria itself still remains unspoken / unspeakable. Both female bodies retain their secret; the unresolvable enigma of hysteria.¹³

SÁNDOR JUDIT

BIOTECHNOLÓGIAI KIRAKÓS JÁTÉK MINT TUDOMÁNYOS ÉS MŰVÉSZETI ALKOTÁS

Minek tekinthető az emberi testből kioperált szövet, szerv? Sokáig csak úgy gondoltunk ezekre az emberi testből eltávolított biológiai képletekre, mint a gyógykezelés szükséges, de kellemetlen velejáróira, amelyeket egy műtét után jobb is azonnal elfelejteni. A művészi képzeletet azonban mindig is foglalkoztatta, hogy vajon a fájdalmaink, testi szenvedésünk megtestesítőiből nem hozhatunk-e létre mégis valami mást is.

Eperjesi Ágnes műtét során kioperált epeköveket használt fel alkotásához. Bár az epéhez számos szimbolikus jelentés, nyelvi fordulat társul,¹ az epekő eltávolításának jogi és etikai feltételei beleilleszkednek az átlagos, kisebb műtétek során támasztott feltételek sorába, azaz a műtét indokolt és szakmailag megfelelő legyen, a páciens kapja meg az előzetes tájékoztatást és egyezzen bele a műtétbe.

A 21. században a páciens egyre inkább ura a testének, beleegyezése nélkül csak kivételesen hajtható végre rajta bárminemű orvosi beavatkozás. Még a műtét során eltávolított szervek, szövetek sorsát is joga van a páciensnek befolyásolni. Így a páciens dönt a transzplantációról, a szövetei kutatási célú felhasználásáról, biobankba helyezéséről, számszerű ivarsejtjei, embriói sorsáról. Nyilvánvalóan fokozott figyelem övezi a testből eltávolított, reprodukcióra alkalmas ivarsejteket vagy a genetikai információt hordozó szöveteket, mintákat.

E rövid tanulmányban különböző emberi szervek, szövetek, sejtek eltávolítása után létrehozható alkotások, találmányok egyre összetettebb kérdéseiről lesz szó egy-egy régebbi esettől a legújabb biológiai kirakós játékgéig, amely révén a biotechnológia ma nemcsak sejtvonalakat, szerveket tud létrehozni, de az emberi mesterséges reprodukció és génszerkesztés révén az ember születéskori tulajdonságainak jelentős részét is befolyásolni tudja már.

Hogy egy ilyen gondolati ívet felvázolhassunk, sok mindennek kellett megtörténnie. Nagy történelmi léptekkel haladva elsőként a sebészet fejlődésének kellett bekövetkeznie, amely az emberi testet biztonságosan tudta felnyitni, és amelyhez persze az altatás, az érzéstelenítés lehetőségének megteremtése is kellett, hiszen csak ezek teszik elviselhetővé a beavatkozásokat a páciens számára. Amikor nem létezett még megfelelő altatás, fájdalomcsillapítás, fertőtlenítés, az orvosok nem végeztek sebészeti tevékenységet. A hippokratészi eskü szövegében is szerepel: „*Sohasem fogok hólyagkövet operálni, hanem átengedem ezt azoknak, akiknek ez a mesterségük.*”² Az orvosi beavatkozás etikai jóváhagyása máig függvénye a beavatkozás céljának, a hozzájárulás megadásának, a beavatkozás előnyeinek és kockázatainak.

A test csonkítása vagy bizonyos szöveteinek,

szerveinek eltávolítása sokáig mind az élők, mind a holtak esetében is a büntetés részét képezte. Rembrandt híres képén, a *Dr. Tulp anatómiája* című festményén dr. Nicolaes Tulp, Amsterdam városának anatómusa látható boncolás közben. A halott nagy valószínűséggel Aris Kindt (más néven Adriaan Adrianszoon) bűnöző volt, akit fegyveres rablásért ítélték kötéltáli halálra. A kép 1632-ben készült, de máig átütő erejű, még akkor is, ha nyilvánvalóan pontatlanul ábrázolja az emberi test boncolását.

A holtakon végzett beavatkozások sokat lendítettek az orvostudomány fejlődésén és eljuttatták oda, hogy a szerv eltávolítása ne csak büntetés, de bizonyos esetekben eredményes gyógykezelés is legyen. Az orvostudomány sokféle célra használhatja a műtét során eltávolított szöveteket, szerveket, így például transzplantációra, kutatásra vagy akár biotechnológiai találmányok előállítására. Ezek a tevékenységek kreatív alkotómunkák, amelyek néha versenyre is kelhetnek egymással. A modern képalkotó eljárásoknak köszönhetően ma már kevésbé tekintünk félelemmel a testünk belső alkotóelemeire. A röntgen láthatóvá tette a csontjainkat, az ultrahang pedig még egy magzati szívet is megmutat. Ma már sejtjeink, génjeink szintjén is megismerhetjük magunkat. Ennek köszönhető, hogy bio-art művészek sokasága használja fel az emberi testet inspiráció céljából, esetleg a tudománnyal is versengve vagy valamely képességünkre, vagy épp törekvésünkre ráirányítva a figyelmet.

Nem ritka az sem, hogy a kutatót nemcsak tudományosan foglalkoztatja a kutatási témája, de esztétikai kihívást is lát benne. Alexander Fleming, aki a penicillin felfedezéséért Nobel-díjat kapott, baktériumrajzokat is készített, amelyekhez valóságos baktériumokat használt fel.³ Mivel sokáig a gyógyítók privilégiumának tartottuk, hogy testünk eltávolított szerveivel, szöveteivel rendelkezzenek, csak lassanként alakultak ki erre etikai vagy épp jogi normák, és ezek jelenleg is átalakulóban vannak, főként az adatvédelem és a genetikai kutatások, vizsgálatok egyre szélesebb lehetőségei miatt. A figyelem elsősorban akkor vetült a műtét során eltávolított szövetekre, amikor az orvosok már nem semmisítették meg, hanem tartósították és mintagyűjteményekben tárolták ezeket, vagy kutatást végeztek rajtuk.

A műtét során eltávolított szövetek utóéletére az egyik legtanulságosabb példa a több írásműben,⁴ és filmben is elmesélt eset, a HeLa sejtvonalak története, amelyek létrehozása nemcsak tudományos áttörést hozott, de egyszersmind tanulságul szolgált a későbbi, hasonló orvosi kutatások számára is. Henrietta Lacksnél 1951-ben diagnosztizálták a méhnyakrákot; Henrietta akkor, az ötödik gyermeke megszületése után

12 Foucault, *The History of Sexuality – Volume I: An Introduction*, trans. Robert Hurley (New York: Pantheon Books, 1978), 4.
13 Freud himself was aware that his lecture on *Femininity* (Sigmund Freud, *New Introductory Lectures on Psycho-Analysis*, trans. James Strachey [London: Hogarth Press, 1974]) did not even come close to providing an exhaustive interpretation of this “enigma”. See Sarah Kofman, *The Enigma of Woman: Woman in Freud’s Writings*, trans. Catherine Porter (Ithaca: Cornell University Press, 1985).

1 Pl.: épés megjegyzés, előlnti az epe. sárga irigység.
2 fogalomtar.aeek.hu/index.php/Hippokr%C3%A1teszi_esc%C3%BC
3 microbialart.com/galleries/fleming
4 Rebecca Skloot: *The Immortal Life of Henrietta Lacks*. New York, Crown Publishing Company, 2010

csupán 31 éves volt. A Johns Hopkins Kórházhoz fordult, mivel ez volt a legközelebb az otthonához. A kórház a kor lehetőségei szerinti kezelést biztosította, azonban a páciens életét nem tudta megmenteni. Henrietta Lacks nőgyógyászati műtété során eltávolított szöveteiből azonban halhatatlan sejtvonalat⁵ sikerült létrehozni, amely azóta számos betegség gyógyításához hozzájárult. A műtét során eltávolított szövetek kutatási felhasználásához akkoriban nem kérték a páciens beleegyezését. Henrietta Lacks halála után hosszú idő telt el, mire bevonták a családot az akkor már a világ számos laboratóriumában használt HeLa sejtek genetikai azonosítása miatt és Henrietta emléke előtt is tisztelve.

Egy jóval későbbi és sokat idézett ügyben, a „Moore v. Regents of the University of California” (1990)⁶ esetben a páciensnek tudomása volt a kezelése során eltávolított szövetekről. Az emberi testből eltávolított szervekkel, szövetekkel kapcsolatban azért vált mégis ez az eset az egyik legtöbbet idézett az Egyesült Államokban, mert a kaliforniai legfelsőbb bíróságnak abban kellett döntenie, hogy oszthat-e a biotechnológia találmány bevétele a kutas-csoport és a páciens. Illetve, kellett-e tájékoztatni a páciens-t a kutatásról és a szabadalmi bejelentésről. John Moore az alszaski olajvezeték építésén dolgozott, amikor megbetegedett, és orvosi tanácsára Los Angelesbe (UCLA – Kaliforniai Egyetem) utazott, ahol is dr. Golde és munkatársai sikeresen kezelték súlyos leukémiáját. A kezelések során el kellett távolítani John Moore lépét is, de a vizsgálatok magukban foglaltak még számos más mintavételt (pl. csontvelő), vérvételt, valamint bőr és más szövetek eltávolítását. A sebészeti beavatkozás után dr. Golde vizsgálatokat végzett az eltávolított lépén, ami később nagyon fontos tudományos áttörést is hozott a T-sejtvonal előállításában. John Moore azonban nem tudott arról, hogy orvosi nemcsak kezelések, hanem kutatást végeznek és biotechnológiai találmányon is dolgoznak. A bíróság úgy döntött, hogy a páciens a testéből eltávolított szervek, szövetek felhasználásával létrejött szellemi tulajdon anyagi hasznából nem részesülhet, mert a műtét során eltávolított szövet ugyanolyan nyersanyag, mint egy szobrász számára a kő. A bíróság álláspontja szerint azonban a kutatói csapat vétett az orvosi bizalomba vetett hit ellen, amikor a páciens beleegyezése nélkül kereskedelmi célokra használta fel annak szöveteit.

Az emberi testből származó minták a genetikai kutatások révén fontos adathordozóvá is váltak. Nemcsak bűncselekmények, áldozatok azonosítását segíti a genetikai vizsgálat, de a történeti kutatásokat is táplálja, nem beszélve a jelenleg tomboló Covid-járvány során végzett fontos vírusszekvenálások szerepéről és a vírus ellen kialakított vakcina genetikán alapuló kifejlesztéséről. A genetikai azonosítás, a genetikai adatok mások általi megszerzése azonban félelmeket is szül, hiszen a genetikai minta könnyen megszerezhető és számos olyan adat származtatható belőle, amely komoly kihatással lehet az érintett életére.

A genetika 20. század végén bekövetkezett fejlődése döbbenette rá az embereket, hogy egy cseppnyi vér még az egyén halála után is segíthet az azonosításban, kutatásban. Az, hogy ilyen mintagyűjtemények léteznek (például az újszülöttek beszárított vérmintái), a 20. század végéig alig volt széles körben ismeret. Sokszor a több emberéletet követelő katasztrófa áldozatainak beazonosításakor derült csak ki, hogy vannak ilyen biológiai mintagyűjtemények. Egy ilyen esemény történt 2000 májusában Enschedében, Hollandiában, amikor robbanás következett be egy tűzijátékraktárban, húsz ember halálát okozva. Az áldozatok olyan súlyos égési sérüléseket szenvedtek, hogy a beazonosításuk csak úgy volt lehetséges, hogy a helyszínen talált DNS-mintákat vetették össze az áldozatok újszülöttkori vérmintáival. Hollandia ekkor szembesült azzal, hogy az újszülöttkorban levett vérmintákat az érintettek beleegyezése nélkül beszárítva megőrizték, és így a mintaként fennmaradt Guthrie-kártyákat nem semmisítették meg a hatóságok. Ezért volt lehetséges a felnőtt áldozatok azonosítása. Ez az eset lavinaszerű változásokat idézett elő Hollandiában. Az egészségügyi adatok védelme céljából egy nemzeti bizottság alakult, és elrendelték, hogy a vérmintákat öt évnél hosszabb ideig nem tárolhatják, és ezalatt az idő alatt csak meghatározott diagnosztikai és minőségellenőrzési célokra használhatják fel őket, utána viszont egy bizottság jelenlétében a vérmintákat meg kell semmisíteni. Az eset arra hívja fel a figyelmet, hogy a DNS speciális, szimbolikus jelentéssel bír és az emberek különös jelentőséget tulajdonítanak a genetikai származásuknak, a genetikai leletből levont következtetéseknek. Ma már genetikai vizsgálatot sem lehet az érintett beleegyezése nélkül végezni, és ha már megtörtént a vizsgálat, más, későbbi célból sem raktározható el a minta, kivéve, ha ehhez az érintett hozzájárult vagy eleve több kutatásba egyezett bele, és mintáit emiatt tárolták biobankban.

A 21. század első évében jelentették be az emberi genom első részleges szekvenálását,⁷ amelyet két évvel később a teljes emberi genom „megfejtése” követett. A Humán Genom Projektet követő húsz év leforgása alatt mindenkit foglalkoztató genetikai vizsgálatok, tesztek, családfa-kutatások egész sora jelent meg. Ma már az sem ritka, hogy családhangok karácsonyra genetikai származási tesztet ajándékoznak egymásnak. A genetika bevonult a mindennapok világába. A művészeket a különböző fajoktól származó gének keveredése is foglalkoztatta. Alba, a fluoreszkáló nyúl esete talán a legismertebb ilyen példa – amelyet a medúza génjének bejuttatása révén értek el. Eduardo Kac⁸ transzgenikus művészete szó szerint láthatóvá tette a biotechnológia lehetőségeit, ugyanakkor össze is mosódott vele. Az ember tökéletesítéséről szóló vita is jóval a tudományos lehetőségek megjelenése előtt kibontakozott már, például a *Gattaca*⁹ című film nyomán.

Törvényszerű volt, hogy a tudományos fantasztikus-irodalomban oly régóta elképzelt genetikai embertökéletesítés, azaz az ember biotechno-

30

31

lógiai eszközökkel való formálása is napirendre kerüljön. 2018-ban egy kínai kutató, Csienkuj He jelentette be a hírt, hogy megszülettek az első szerkesztett genommal rendelkező csecsemők, Lulu és Nana, a génszerkesztett ikerlányok. Az esetből világaszóló etikai botrány keletkezett,¹⁰ mert ez az emberen végrehajtott génszerkesztési kísérlet nem ellenőrizhető módon és előzetes kutatási engedélyezsakor nélkül született, de a CRISPR-Cas9-nak¹¹ és más technológiáknak köszönhetően a génszerkesztés számos új távlatot nyitott a génhibák kiküszöbölése felé. Voltak olyanok is, akik magukon próbálták ki a CRISPR-módszert, így például a biohacker, képzőművész Josiah Zayner, aki egy konferencián CRISPR-injekcióval az MSTN-gént próbálta semlegesíteni, és ezáltal karjában nagyobb izomtömeget létrehozni.

A legtöbb vita, jögeset nem véletlenül a reprodukció területére esik. A reprodukciót tekintetjük egyfajta genetikai adományozásnak is, amely a leszármazók között hagyományozza tovább a genetikai adatot. Az ivarsejtek ma már számos biológiai, reprodukciós kirakós játék részei. Bár ezen a területen naponta adódnak vitás ügyek, nehéz kérdések, de ha a kezdetekre tekintünk, látható, hogy itt is komoly jogi, etikai fejlődés tapasztalható, hiszen ma már tilos az ivarsejtek felcserélése vagy a donorok kihasználása, legalábbis Európában. Nehéz elhinni, de a reprodukciós beavatkozások hajnalán számos visszaélés történt. Az ivarsejtek adományozása már csak azért is érzékenyebb terület, mert egyúttal egy új élet adományozását is jelenti, és sajátossága, hogy genetikai kapcsolatot hoz létre a rokonai kapcsolat létesítésének szándéka nélkül. Erre korábban csak a házasságon kívüli titkos kapcsolatban került sor. Míg a petesejt-adományozás csak a huszadik század utolsó évtizedeiben vált lehetségessé, a spermiumadományozás jóval hosszabb múltra tekint vissza.

1884-ben William Pancoast, a philadelphiai Jefferson Medical College professzora megtermékenyített hajtott végre egy steril kvéker kereskedő feleségén, ami talán az első olyan sikeres megtermékenyítési eljárásnak nevezhető,¹² amelyből gyermek is született. Mivel a férj spermái nem voltak alkalmasak a megtermékenyítésre, a professzor elaltatta a nőt, majd hagyta, hogy orvosatanhallgatói megszavazzák, hogy melyikük a legvonzóbb küllemű, és azután az így megválasztott donortól származó spermát a méhnyakába fecskendezték.

Az eljárás mikéntje a nő számára rejtve maradt, ő azt gondolta, ha művi úton is, de férje spermáit használták fel az eljáráshoz. Kétsége amiatt sem lehetett, mert a kvékerek az őszinteséget nagyon fontos erénynek tartják. Mégis, a férj kérésére a feleségének soha nem mondták el, hogy miként esett teherbe. Ez a titkos donorral létrejött megtermékenyítés eredményezett

először inszemináció útján létrejött gyermeket. Az eset csak jóval később, 1909-ben derült ki, amikor Addison Davis Hard levele megjelent a *Medical World* amerikai folyóiratban, amelyben mégiscsak beszámolt az eljárásról. A sikeren felbuzdulva néhány orvos elkezdte alkalmazni a donorspermával végzett megtermékenyítést. Akkoriban általában nem vezettek nyilvántartást a biológiai apákról, így az adományozók nem voltak azonosíthatók az apasági eljárások során. Mivel a technológia ekkor még csak a friss spermiumok használatát tette lehetővé, ezért az „adományozott” spermiumok nagyrészt az orvosoktól és férfi munkatársaiktól származtak, bár alkalmanként magánadományozókat is bevontak. Ez a gyakorlat ma már büntetőjogi szankciókat von maga után. Mivel sokáig az adományozott spermiumokra mint a reprodukció nyersanyagára gondoltak, nem korlátozták az egy donortól származó megtermékenyítések számát. Így történhetett meg, hogy egy donor akár több száz gyermek genetikai apjává is válhatott. 1990-ben az in vitro donor petesejtekkel lehetségessé vált az életkorral összefüggő meddőség kezelése is. Azóta azok a nők, még a 40 évnél idősebbek is, akik fizikailag képesek gyermeket kihordani, igénybe vehetik a kezelést. Míg a bioetika eddig bemutatott fejlődéséből is sejthető, szinte évente keletkeznek újabb etikai dilemmák, vagy akár a korábbi probléma feloldására talált eszköz ismét újabb kérdéseket is felvethet. Pedig Európa még kötelező érvényű egyezményrel is büszkélkedhet a bioetika téren, amelyet ráadásul Kiegészítő Jegyzőkönyvekkel is folyamatosan fejlesztenek.¹³ A biotechnológiai kirakós játék révén ma már a méhtranszplantáció is lehetséges,¹⁴ de folynak kísérletek a mesterséges méh létrehozására is. Az őssejtkutatások révén talán még bőrs sejtekből is tudunk majd ivarsejtet képezni. Szinte pár évtized alatt lebomlott a művészeti képzelet és a tudományos ambíció közti határ. Ami tegnap még csak merész elképzelés volt, csupán művészi ihlet, az ma már kutatási projekt.¹⁵ A reprodukció új módszerei, a genetikai beavatkozások, génszerkesztés, génmódosítás, az őssejtkutatások és a szintetikus biológia olyan új lehetőségeket adtak a kutatók kezébe, hogy máig a művészek legmerészebb elképzelései is valóra váltak a kutatói laborokban, az pedig a művészeket is újabb és újabb határok átlépésére sarkallták. Az érintett fokozott bevonása az orvosi és orvosbiológiai eljárásokba nemcsak a betegek jogainak fejlődését segítette elő, de egyúttal nagyobb terepet biztosított az emberi testtel, biotechnológiával foglalkozó művészeknek is. Eperjesi Ágnes gördülő epekövei is így jelenhettek meg művészi alkotásként. Az élet kirakós játékká vált, és ez egyaránt jelent tudományos és művészi kihívást is. Ebből persze

10	Sándor Judit: <i>Hősök és fenegyerekek, avagy a génszerkesztés etikája</i> . qubit.hu/2018/12/04/hosok-es-fenegyerekek-avagy-a-genszerkesztes-etikaja
11	CRISPR: clustered regularly interspaced short palindromic repeats, azaz „halmozottan előforduló, szabályos közőkkel elválasztott palindromikus ismétlődések”.
12	Elizabeth Yuko: <i>The First Artificial Insemination Was an Ethical Nightmare</i> . theatlantic.com/health/archive/2016/01/first-artificial-insemination/423198/
13	„2002. évi VI. törvény az Európa Tanácsnak az emberi lény emberi jogainak és méltóságának a biológia és az orvostudomány alkalmazására tekintettel történő védelméről szóló, Ovidóban, 1997. április 4-én kelt Egyezménye; Az emberi jogokról és a biomedicináról szóló Egyezmény, valamint az Egyezménynek az emberi lény klónozásának tilalmáról szóló, Párizsban, 1998. január 12-én kelt Kiegészítő Jegyzőkönyve kihirdetéséről”.
14	Sándor Judit: <i>Dajkaterhességtől a méhátültetésig: az anyósággá váló küzdelem etikája</i> . qubit.hu/2019/08/13/dajkaterhessegtol-a-mehatultetesig-az-anyasagert-valo-kuzdelem-etikaja
15	bbc.com/news/av/world-51709597

^[1] Az immortalizált (halhatatlan) sejtvonalak olyan mutációkon mentek keresztül, amelyek lehetővé teszik, hogy egy sejtjutt in vitro körülmények között is osztódjon, ezáltal számos kutatás hasznos forrását adva.
^[2] Moore v. Regents of the University of California (1990) 793 P.2d 479 (Cal. 1990).
^[3] International Human Genome Sequencing Consortium: Initial sequencing and analysis of the human genome. In: Nature. 409. évf., 2001. február 15., 860–921. o. nature.com/articles/35057062
^[4] wired.com/2002/08/rip-alba-the-glowing-bunny
^[5] A Gattaca egy 1997-ben bemutatott, disztópikus jövőt lefestő sci-fi film, amely az eugenikán alapuló társadalomról szól.

számos etikai és tudományos kérdés is adódik, például, hogy mennyiben fordítható a művészi fantázia, a vágy tudományos kutatási tervvé, és mennyiben kell inkább a társadalmi hasznosságnak alárendelni azt. Bár ezek messzire vezető etikai kérdések, annyit megállapíthatunk, hogy a művészi inspiráció nem iktatható ki a legrigorózusabb tudományos kutatási tervből sem, elvégre az ember ma már egyre inkább részese kíván lenni saját biológiai és társadalmi identitása formálásának. Ennek a törekvésnek ma már mind a művészet, mind a tudomány egyre több építőkockát biztosít.

JUDIT SÁNDOR

BIOTECHNOLOGICAL JIGSAW PUZZLE AS SCIENTIFIC CREATION AND ARTWORK

How should we regard tissues or organs that have been surgically removed from the human body? For a long time, we thought of these excised anatomical entities and components as a 'necessary evil', an unavoidable part of medical treatments; after the surgical procedure, it was better to immediately forget about them. Artistic imagination, however, has always been fascinated by the question of whether it was after all possible to create something from these embodiments of our pain and bodily suffering. Ágnes Eperjesi used gallstones removed through surgery to create a work of art. While there are numerous symbolic meanings and verbal expressions associated with the gall bladder,¹ the legal and ethical conditions for the removal of gallstones are those set for minor surgery: the procedure should be medically indicated and adequately performed, patients should receive all relevant information, and give their consent, prior to the operation. In the twenty-first century, patients have increasing control over their bodies. Medical interventions of any kind can only be performed without consent in exceptional cases. Patients even have a legal say in what happens to the organs and tissues that have been harvested during surgery. Patients can decide about transplantation, about the use of their tissues in medical research or their placement in biobanks, and about what happens to their reproductive cells (also referred to as gametes) or embryos. Clearly, particular attention is required when gametes capable of reproduction – or tissues and samples that carry genetic information – are removed from the body.

This brief essay discusses the increasingly complex questions surrounding inventions and works of art that can be created using discarded human organs, tissues, and cells. Examples will range from older cases to the latest biological jigsaw puzzles, which make it possible for biotechnology to not only create cell lines and organs, but – through artificial human reproduction and genetic engineering – also influence a significant portion of a newborn baby's traits and characteristics. Many things had to happen before we could get to this point. In large historical steps, the first milestone was the development and advancement of surgical methodologies that allowed for the safe opening of the human body. Another important requirement was, of course, anaesthesia, which made it possible to operate on living patients. Before the existence of anaesthesia, analgesics and disinfectants, physicians performed no surgeries. The Hippocratic Oath reads: 'I will not cut for stone, even for the patients in whom the disease is manifest; I will leave this operation to be performed by

practitioners.'² Even today, the ethical approval of any medical intervention will hinge on its objective, the patient's consent, and a careful weighing of risks and benefits. Maiming the body or removing human tissues and organs, was for a long time considered as an act of punishment, both for the living and for the dead. In Rembrandt's famous painting *The Anatomy Lesson of Dr. Nicolaes Tulp*, Amsterdam's anatomist is seen as he is dissecting a cadaver. The body was most likely that of Aris Kindt (alias of Adriaan Adrianszoon), a criminal who was sentenced to death by hanging for armed robbery. While the painting is from 1632, it is still striking today – even if the depiction of the dissected anatomical structure is erroneous. Such dissections and surgical experimentations involving cadavers provided great impetus to the advancement of medicine, eventually resulting in a situation where the removal of an organ did not necessarily equal punishment, but could be regarded as a part of a successful course of medical treatment. In medicine, tissues and organs harvested during surgery can be used for many different purposes, including transplantation, research and biotechnological inventions. These activities all involve different types of creative work, which sometimes end up in competition with one another. Thanks to modern imaging technologies, we regard the inner components of our bodies with less fear than before. X-rays have rendered our bones visible, and an ultrasound examination can show us the beating heart of a foetus. Today, we can get to know ourselves even at the cellular or genetic level. As a result, a multitude of bio-artists have turned to the human body for inspiration, sometimes even competing with science, or drawing attention to our abilities, as well as our fragility. Not uncommonly, researchers may be interested in their subject area not only from a scientific standpoint, but from an aesthetic perspective as well. Alexander Fleming, who received the Nobel Prize for discovering penicillin, also made drawings of bacteria, for which he used real specimens.³ For a long time, control over what happened to our surgically removed tissues and organs was seen as the privilege of medical professionals, ethical and legal norms for alternative uses of these anatomical components were slow to develop – and are still undergoing constant transformation, primarily as a result of data protection considerations, as well as the ever broadening possibilities afforded by genetic research. The fate of surgically harvested tissues first came into focus primarily when medical professionals no longer destroyed them, but conserved and stored them in sample collec-

1 E.g. to swallow back the bile, to have the gall, to be green with envy, etc.
2 The Practo Blog for Doctors, 'The Hippocratic Oath: The Original and Revised Version', <https://doctors.practo.com/the-hippocratic-oath-the-original-and-revised-version/> (accessed 11 March 2021). In Hungarian: https://fogalomtar.aeek.hu/index.php/Hippokr%C3%A1teszi_esk%C3%BC (accessed 3 February 2021).
3 'Microbial Art, Featured gallery: Sir Alexander Fleming's Germ Paintings', <http://www.microbialart.com/galleries/fleming/> (accessed 3 March 2021).

tions, or used them to conduct research. One of the most instructive examples for the ‘afterlife’ of surgically removed tissues is the story of the HeLa cell line, which has been written about in numerous instances⁴ and also adapted to film. The development of the HeLa cell line not only brought a scientific breakthrough, but also provided an highly informative precedent for future medical research in the same area. Henrietta Lack was diagnosed with cervical cancer in 1951, at the age of 31, shortly after giving birth to her fifth child. She sought treatment from Johns Hopkins Hospital, as it was closest suitable medical facility. The hospital offered her the best care available at the time, but her life could not be saved. The tissues that had been removed during Henrietta Lacks’s gynaecological surgery, however, could then be used to develop the first immortalised human cell line,⁵ which, since then, has led to curing numerous diseases and medical conditions. Back in those days, no consent was asked before patients’ discarded tissues were used for research. It was quite some time after Henrietta Lacks’s death that her family was informed and became involved in the matter on account of the genetic identification of the HeLa cells – which, by then, had been used by numerous laboratories around the globe – and also in homage to Henrietta’s memory. In *Moore v. Regents of the University of California* (1990),⁶ a case from much later, the patient was aware that samples of his cells were taken during the treatment process. The reason this became one of the most quoted cases in the United States pertaining to surgically removed human organs and tissues is that the question of whether the patient could share in the profits of the resulting biotechnological invention was brought before the Supreme Court of California. Another point of contention was whether the patient should have been informed that his tissues were used for research and the cell line developed from them had been patented. John Moore was a worker of the Alaska pipeline when he became ill. On the recommendation of his physicians, he travelled to UCLA, where Dr. Golde and his colleagues successfully treated his leukaemia. In addition to removing John Moore’s spleen, the examinations also involved taking several samples of blood, bone marrow and other bodily fluids, as well as the removal of skin and other tissues. Following surgical removal of the spleen, Dr. Golde conducted further tests on the organ, which later resulted in a crucial scientific breakthrough involving the creation of a T-cell line. Moore, however, had no knowledge that, in connection to his treatment, additional research was also taking place and, in fact, a biotechnological invention was being developed. The Supreme Court ruled that the patient had no property rights to his harvested cells and therefore no right to the profits derived from their commercial development. Cells removed during medical interventions and procedures were to be regarded as raw materials for the advancement of medical science;

just like stones are raw materials for the work of a sculptor. The Court, however, found that the medical team broke doctor-patient trust when they took Moore’s tissues and, without his consent, used it for commercial purposes. As a result of genetic research, samples taken from the human body have also become important data carriers. Genetic tests not only help solve criminal cases and identify victims, but also facilitate archaeogenetic research. And, of course, the crucial role of the genome sequencing of the COVID-19 virus in combating the current pandemic should also be mentioned here, along with efforts to develop a gene-based vaccine for the disease. Genetic identification and others’ access to our genetic data can also arouse a sense of fear, as samples can all too easily be collected and then used to derive information about us, with potentially serious effects on our lives. Developments in the field of genetics at the end of the twentieth century made people realise that a single drop of blood can help identify, or search for, an individual even post-mortem. The existence of such biological sample collections and banks (for instance, containing dried blood spots of newborn babies) was a little known fact until the end of the twentieth century. Often it was only during the identification process following fatal catastrophes that the existence of such depositories came to light. In May 2000 in Enschede (Netherlands), an explosion occurred at a fireworks depot, resulting in twenty deaths. The victims were so severely burnt that they could only be identified by comparing DNA samples collected at the scene with dried samples of blood taken after their birth. It was at this point the Dutch public realised that the Cuthrie cards used for newborn screening tests were not destroyed and the blood samples taken at birth were stored for future use without parental consent. This was what had made the identification of the deceased possible in the Enschede fireworks disaster, which subsequently led to a landslide of changes in the Netherlands. A national commission was formed to ensure the protection of medical data and it was declared that blood samples could not be stored longer than five years, during which they could only be used for specified diagnostic and quality control purposes. Following this five-year period, the blood samples were to be destroyed in the presence of the commission. This case draws attention to the fact that DNA bears unique symbolic significance: people attribute special meaning to their genetic origins and the conclusions drawn based on genetic samples. Today, no genetic tests can be conducted without the individual’s consent. Furthermore, once the test has taken place, samples cannot be stored for future use, unless the person has given consent to that effect, or has agreed to a series of subsequent tests and research, thereby necessitating the storage of the samples in a biobank. In the first year of the twenty-first century, drafts of the first human genome sequences were

published,⁷ followed years later by the ‘decoding’ of the complete human genome. In the next twenty years of the Human Genome Project, public preoccupation with the subject resulted in countless genetic examinations, tests and family tree searches. Today, it is not uncommon for family members to present one another with the gift of genetic ancestry testing for Christmas. Genetics have become a part of everyday life. Genetic mixing between different species has also been a subject of interest among artists. The case of Alba, the ‘glowing’ rabbit (due to the introduction of jellyfish genes to the rodent’s DNA), is perhaps the best known example. Eduardo Kac’s⁸ transgenic art has literally rendered visible the potential possibilities of biotechnology, while also blending with it, as it were. The debate surrounding the creation of the ‘perfect’ human being had already been unfolding long before scientific developments made such a thing possible – for instance in popular culture, through such films as *Gattaca*.⁹ It was only a matter of time before human genetic enhancement through biotechnology – which has long been a favourite subject of sci-fi fiction – also made its appearance. In 2018, Chinese biophysics researcher He Jiankui announced the birth of the first gene-edited babies, twins Lulu and Nana. The case caused worldwide ethical outrage,¹⁰ as this human gene editing experiment was conducted under unsupervised conditions and without prior permission. Thanks to CRISPR/Cas9¹¹ and other technologies, however, gene editing has opened new horizons towards the elimination of genetic flaws. Some have tried the CRISPR method on themselves, including biohacker and artist Josiah Zayner, who attempted to disable the Myostatin gene – and thereby increase muscle mass in his forearm – by self-administering a CRISPR injection at a biotech conference. The fact that most debates and legal cases centre on the issue of reproduction is no accident. Reproduction can be regarded as an act of genetic donation, whereby genetic information is passed onto one’s descendants. Reproductive cells now constitute a part of numerous biological, reproductive jigsaw puzzles. Although disputes and difficult questions are a daily occurrence when it comes to issues surrounding reproductive rights, in retrospect, it becomes clear: this area, too, has been subject to substantial legal and ethical development. For instance, swapping reproductive cells and exploiting donors are strictly forbidden, at least in Europe. It is hard to believe, but there were numerous instances of abuse at the dawn of reproductive interventions. The donation of gametes is also a more sensitive issue because, in effect, it constitutes the donation of new life, with the unique consequence of creating a genetic relationship without the intention of creating familial ties. In previous times, this could only be possible in the context of illicit

extramarital affairs. While ovum donation only became possible in the final decades of the twentieth century, sperm donation has a much longer history. In 1884, William Pancoast, professor at Philadelphia Jefferson Medical College, performed artificial insemination on the wife of a sterile Quaker merchant. This was perhaps the first successful reproductive procedure¹² in that it resulted in the birth of a child. After he anaesthetised his patient – knowing that the husband’s sperm was incapable of fertilisation – the professor had his medical students take a vote on who amongst them was best looking. The sperm of the ‘winner’ was then injected into the woman’s cervix. The patient was unaware of the circumstances of the procedure; she believed that her husband’s sperm was used for the insemination. As per the husband’s request, the woman was never told about what happened. And – as Quakers hold honesty to be one of the greatest virtues – it did not occur to her to have any doubts. This artificial insemination, performed with the involvement of a secret donor, was the first such procedure to result in the birth of a child. The case only came to light much later, in 1909, when a letter by Addison Davis Hard, one of the medical students present during the insemination, was published in the periodical *Medical World*, describing the details of what had taken place. Enthused by the success of the procedure, a few physicians began to perform artificial inseminations with donor sperm. Since it was not customary to keep records on the donors at the time, the biological fathers could not be identified in paternity proceedings. As the state of technology at that point only allowed for the use of fresh sperm, most of the ‘donations’ came from physicians and their male colleagues (although, occasionally, private donors were brought into the process as well). Today, the same practice would constitute a criminal offense. Since, for quite some time, donated sperm was considered reproductive raw material, there were no restrictions placed on the number of inseminations per donor. This resulted in cases where a single donor became the genetic father of hundreds of children. In 1990, *in vitro* donor eggs also made it possible to treat age-related infertility. Since then, women who are physically unable to conceive – even those above the age of 40 – are able to avail themselves of the procedure. As can be suspected based on the above discussion on developments in the field of bioethics, new ethical dilemmas arise almost every year. It can also happen that a tool that has been found to solve an earlier problem raises new issues and questions. This is so in spite of the fact that Europe has its own legally binding convention on bioethics, which is under contin-

4 Rebecca Skloot, *The Immortal Life of Henrietta Lacks* (New York: Crown Publishing Company, 2010).
5 Immortalised cell lines have gone through mutations which make it possible for a cell to continually keep dividing in vitro, thereby serving as an important tool for various types of biochemical and medical research.
6 *Moore v. Regents of University of California*, 793 P.2d 479 (Cal. 1990)

7 International Human Genome Sequencing Consortium, Whitehead Institute for Biomedical Research, Center for Genome Research, Eric Lander et al., ‘Initial sequencing and analysis of the human genome’, *Nature* 409 (2001): 860–921. <https://doi.org/10.1038/35057062> Initial sequencing and analysis of the human genome.
8 Kristen Philipkoski, ‘RIP: Alba, the Glowing Bunny’, *Wired* (2002), <https://www.wired.com/2002/08/rip-alba-the-glowing-bunny/>
9 *Gattaca*, released in 1997, is a sci-fi film that takes place in a dystopic, eugenics-based future society.
10 Judit Sándor, ‘Hószók és fegyverek, avagy a génszerkesztés etikája’ [Heroes and Daredevils – the Ethics of Gene Editing], *Qubit* (2018), <https://qubit.hu/2018/12/04/hosok-es-fegyverek-avagy-a-genszerkeszt-es-etikaja>
11 CRISPR stands for clustered regularly interspaced short palindromic repeats.
12 Elisabeth Yuko, ‘The First Artificial Insemination Was an Ethical Nightmare: The 19th-century procedure involved lies, a secrecy pledge, and sperm from a surprise donor’, *The Atlantic* (2016), <https://www.theatlantic.com/health/archive/2016/01/first-artificial-insemination/423198/>

uous development with Additional Protocols.¹³ The biotechnological jigsaw puzzle has even made uterine transplants possible,¹⁴ while there are also experiments underway for building the first artificial womb. Stem cell research may, in the future, enable us to create ova and sperm from skin cells. The boundaries separating artistic imagination and scientific ambition have dissolved practically within a matter of decades. What seemed like an audacious idea – a mere stroke of artistic inspiration – yesterday is a research project today.¹⁵ Novel methods of reproduction, genetic intervention, gene-editing, genetic modification, stem cell research and synthetic biology have opened new possibilities to researchers, whereby even an artist's wildest ideas could be realised in a laboratory setting – which, in turn, has prompted artists to cross ever newer boundaries. An increased involvement of the subject of such medical and biomedical procedures has facilitated the development of patient's rights, while also broadening the terrain for artists working with the human body and biotechnology. This is how Ágnes Eperjesi's rolling gallstones could make their appearance as a work of art. Life has become a jigsaw puzzle, which poses its own challenges in both science and art. This, naturally, leads to a host of ethical and scientific questions. For instance, we may ask to what extent can an artist's imagined idea or desire be translated into a research plan – or if and how it should be put in the service of social utility instead. While these are rather far-reaching ethical questions, what we can say for certain is that artistic inspiration can never be completely eliminated from even the most rigorous scientific research plan – as today's human beings strive to take an increasingly active part in forming their own biological and social identities. This ambition is provided with more and more building blocks to work with, by both art and science.

13 Parliamentary Act No. VI of 2002 on Promulgation of the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (Ovideo, 4.IV.1997), and the Additional Protocol to the Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with Regard to the Application of Biology and Medicine, on the Prohibition of Cloning Human Beings (Paris, 12.I.1998).

14 Judit Sándor, 'Dajkaterhességtől a méhatültetésig: az anyaságot való küzdelem etikája' [From Surrogate Pregnancy to Uterine Transplantation: The Ethics of the Struggle for Motherhood], Qubit (2019), <https://qubit.hu/2019/08/13/dajkaterhessegtol-a-mehatultetesig-az-anyakagert-valo-kuzdelem-etikaja>

15 BBC, 'The Woman Creating Art with Human Stem Cells' (2020), <https://www.bbc.com/news/av/world-51709597>

CSÁNYI GERGELY KERÉNYI SZABINA

BOSZORKÁNYSÁG VAGY NŐKÖZPONTÚSÁG: NŐI ÖNRENDELKEZÉS A SZÜLÉSZETBEN

A FEMINISTA MOZGALOM MOSTOHAGYEREKE

Vajúdhatok kádban? Kímegetek a mosdóba? Lejöhettek az ágyról? Megkaphatom a babát? A fenti mondatok különlegessége abban áll, hogy teljesen szokványosnak számítanak a szülőszobán még ma is a világ számos országában, de Magyarországon és a régióinkban mindenképpen. Ahogy Milli Hill is kiemeli a *Give Birth like a Feminist*¹ című könyvében, a kórházi szülőszoba az a hely, ahol teljesen természetesnek számít, hogy felnőtt, autonóm nők engedélyt kérnek olyan alapvető tevékenységekre, amelyek az ő saját testét, illetve saját újszülöttjét közvetlenül érintik. Más társadalmi jelenségekkel ellentétben ez ugyanúgy jellemző a tanulatlan, alacsony státuszú nőkre, mint a magasan iskolázott középosztálybeliekre: a testi integritás és az autonómia kérdése egyszerűen nem tartozik a szülőszobára. Szintén Hill jegyzi meg, hogy amíg az elmúlt évtizedek feminista mozgalmai tematizáltak és a felszínre hoztak olyan fontos kérdéseket, mint a jogegyenlőség, a szavazati jog, a választás szabadsága, a kisgyerekes nők munkajogai (persze érdemes elgondolkodni azon, hogy ezek közül melyik milyen mértékben valósult meg, és milyen ten-nivalók maradtak még ezeken a területeken), a szülés kérdésköre, egy kis képzavarral élve, még mindig a fősodorbéli feminista diskurzusok mostohagyermekének számít.

A feminizmus negyedik hullámának egyik legfontosabb témája a testi integritás, az erőszak elutasítása; ismét középpontba került az „én testem, az én döntésem” elve, amelyet a hetvenes évek nőjogi mozgalmak az abortusz kérdésével és a választáspártiság elvével összefüggésben használtak, és az erőszak és a konszenzus kérdése is nagyobb teret kapott, mint valaha. Lengyelországban még a koronavírus miatti lezárások idején is tüntetők tízezrei vonultak utcára heteken át tiltakozni a szigorított abortusztörvény-tervezet ellen.² A nők önrendelkezése, ha nem is mozgatótt meg tömegeket Magyarországon, mégis bekerült a közbeszédbe, nagyrészt a nemzetközi metoo-mozgalomnak köszönhetően. Az önrendelkezés, a test autonómiája, a választás lehetősége, az egyén méltósága és az összes olyan téma, amelyet a feminista mozgalmak hoztak a köztudatba, látványosan hiányoznak a várandóssággal, a szüléssel és a kisgyermekgondozással kapcsolatban. Mindezek az ügyek ugyanis fokozott jelentőséget kapnak a szülőszobán, ahol a rossz bánásmód és a rutinszerű beavatkozások a felkészült, iskolázott és tájékozott nőket is fenyegetik, s ahol a

szülő nők számára többnyire megismerhetetlen a kórházi protokoll. Ebben a közegben szembetűnő kivételt jelent a Másállapotot a szülészetben! mozgalom, amely mellett, hogy kiemeli a nők önrendelkezésének fontosságát a teljes perinatális időszakban, behozta a köztudatba a szülészeti erőszak fogalmát. Közösségimédia-oldalukon teret kapnak a nők saját, szubjektív szülésélményeinek beszámolói, amelyeknek köszönhetően nyilvánvalóvá vált, hogy a szülészeti erőszak megtapasztalása sokkal inkább rendszerhiba, mint szerencsétlen, elszigetelt esetek sorozata. Noha szép és meghatározó történetek is jelentős számban szerepelnek az oldalon, ugyanakkor meglehetősen nagy arányban lehet találkozni felkavaró és traumatikus beszámolókkal is. Ezek az esetek paradox módon éppen arra világítanak rá, hogy bár egyáltalán nem számítanak kivételesnek, mégis létezett egy társadalmi konszenzus arról, hogy mindez együtt jár a szüléssel, ezeken a rossz, sokszor megalázó élményeken egy szülő nőnek törvényszerűen át kell esnie, s ezt a tudást adták át egymásnak a nők generációkon át. A kézzel tágítás, rutinszerű burokrepedezés, beleegyezés, sőt bármilyen tájékoztatás nélküli szülésindítás, a (sokszor rutinszerű) gátmetszés után az úgynevezett „férjcsomó” vagy „vőlegény varrat” (nem ritkán explicit módon kikacsintva a férjre és jelezve, hogy a varrásnál az ő szempontjainak kedveznek) mind gyakran ismétlődő elemek ezeknek a történeteknek, amelyekről mindaddig azt kellett gondolni, hogy nem pusztán szükséges, de egyben megkérdőjelezhetetlen elemei a szülésnek.

A BÁBASÁG TÖRTÉNETE A BOSZORKÁNYPEREK ÁRNYÉKÁBAN

„Senki sem árt többet a katolikus egyháznak, mint a bábák” – írta a 15. század közepén két angol boszorkányvadász, Kramer és Sprenger, akik a *The Malleus Maleficarum* (*Boszorkánypörlő*, 1484) című boszorkány-kínvallató kézikönyv szerzői voltak. Ebből is látható, hogy azoknak a harcoknak a története, amelyek a feminista mozgalom követeléseit körül vagy az utóbbi években például Magyarországon az otthoni szülés vagy Lengyelországban az abortusz körül zajlottak, többszáz éves – majd' egy évezredes – múlta tekintenek vissza.³ A boszorkányüldözések több, mint négy évszázadot öleltek fel és számos strukturális és kulturális okra vezethetők vissza, mint például a feudalizmus válsága és a kapitalizmus születése, a reformáció és az ellenreformáció. Ugyanakkor a boszorkányüldözés magába foglalta

1 Milli Hill: *Give Birth Like a Feminist*. Harper Collins Publishers, 2019

2 2020 októberében a lengyel kormányparti PiS az addig is szigorúnak számító abortusztörvény további szigorítását jelentette be, amelynek értelmében a várandós nők akkor sem szakíthatják meg törvényes úton a terhességüket, ha magzatuk súlyosan sérült. A törvény végül minimális enyhítések mellett 2021 januárjában életbe lépett.

3 Barbara Ehrenreich – Deirdre English: *Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers*. The Feminist Press, 1973. Silvia Federici: *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation*. Autonomia, 1998

a női test és a társadalmi reprodukció feletti kontroll, az osztályellentétek és az új, születő orvostudomány monopolisztikus törekvései körüli harcokat. Mindezt jól mutatja, hogy ugyan boszorkánysággal számos férfit és nemes is megvádoltak az évszázadok alatt, de a boszorkányüldözések célpontja alapvetően sosem változott: a parasztasszonyokat és ezek közül is kiemelten a bábákat üldözték.⁴ A boszorkányokat érő vádak között fontos helyet foglalt el, hogy ártnak, és hogy különböző módokon gátolják a reprodukciót: férfiakat tesznek impotenssé, magzatokat vágnak ki az anyjuk hasából és gyerekeket rabolnak el, de érdekes módon azzal is vádolták őket, hogy képesek *gyógyítani*. És valóban, a bábák, a „boszorkánygyógyítók” gyakran nagy befolyást gyakoroltak a paraszti közösségekre. A szegények nyomorúságára az egyház azzal válaszolt, hogy a tapasztalatok ebben a világban mulandók és jelentéktelenek. Ugyanakkor az egyház nem volt ellene a felsőbb osztályok orvosi ellátásának. A királyoknak és a nemeseknek udvari orvosaik voltak, persze férfiak, néha papok. A bábák gyógynövényeket használtak a vajúdas fájdalmára, miközben az egyház úgy ítélte meg, hogy a vajúdasí fájdalom az Úr igazságos büntetése Éva eredendő bűnéért. A bábák gyógyítottak és abortuszt végeztek a parasztság körében, amikor azok senki máshoz nem fordulhattak. Ezért önmagukban veszélyt jelentettek az egyház befolyására, egyrészt mert sokkal kézzelfoghatóbb segítséget nyújtottak a parasztság számára, másrésztől lehetővé tették az abortuszhoz való hozzáférést a parasztasszonyok számára. A saját test és a reprodukció feletti kontrollhoz való hozzásegítés és a parasztságra gyakorolt hatás miatt fonódott össze örökre a baba és a boszorkány figurája az európai folklórban.⁵ Mindeközben a 13. századtól kezdve az orvostudomány mint világi szakma elterjed Európában. Egyetemeken tanították az orvoslást mint leginkább logikai spekulációkon, teológián és filozófián alapuló tudományt. Az egyetemek természetesn szigorúan zárva voltak a nők előtt, az orvosok sokáig nem gyakorolhatták a gyógyítást papi felügyelet nélkül, és az orvostudomány élesen megkülönböztette magát a műtétet (amputáció) a boncolás durva mesteriségétől.⁶ Viszont a modern orvostudomány kezdetei a 16. századtól összefonódtak a kapitalizmus születésével. A demográfiai átmenetek Nyugat-Európában, az adminisztratív államok létrejötte, a polgárság születése, a megnövekedett és kapitalizálódó munkaeerő-szükséglet felhívták a figyelmet a test kérdésére. Majd a 18. századtól előtérbe kerültek azok a kollektív technikák, melyek sokkal inkább a népeség, mintsem az egyén teste feletti kontrollra összpontosítottak. Létrejöttek a demográfia, népességpolitika, társadalomstatisztika, orvostudomány és orvosi statisztika diskurzusai, melyek értelmében prognosztizálhatóvá vált a népesség várható élettartama, egészségi állapota és termékenysége. Körülbelül egy időben történt, hogy a testről, a szexualitásról és a szülésről való beszéd medikalizálódott, és hogy az

eredetileg nem gyógyításra szolgáló kórházak működésmódja gyökeresen megváltozott. A kórházakban, amik eredetileg a munkaképtelenek elszállásolására szolgáltak, rendezetlenül halmozták fel az emberek mintegy „emberi selejtezőként”. Az újkortól kezdődően, amikor a kórházak funkciója egyre inkább a gyógyítás, tehát a munkaképesség visszaadása lett- azzal párhuzamosan, hogy a munkaeerő iránti kereslet és így az individuum, illetve a munkaképesség értéke folyamatosan nőtt –, egyre inkább átláthatóvá vált a kórházak elrendezése. Innentől kezdve formálódott az igény, hogy a betegszobák átláthatók és leírhatók legyenek. Kialakultak a különálló körtermek és ágyak, illetve az olyan adminisztrációs technikák, mint a kórlap. Ezzel együtt kezdett el specifikálódni az orvoslás, megjelentek a különálló szülészeti és nőgyógyászati osztályok. Az egyre formalizálódó orvosképzés egyik hatása volt a formális képzéssel nem rendelkező bábák képességeinek megkérdőjelezése.⁷ Magyarországon 1745-től kötelezték a bábákat vizsgára, és 1806-tól vezették be az egységes, formalizált bábaképzést. Budapesten 1812-ben alakult meg az első szülészeti tanszék, de a századfordulón a szüléseknek még mindig csak az 5%-a zajlott különböző orvosi intézményekben. A szülés medikalizálása és patologizálása lassan ment végbe. Tauffer Vilmos a 20. század elején dolgozta ki a Tauffer-statisztikaként is emlegetett Szülészeti Rendtartást, kötelezővé téve a szülések bejelentését. 1953-ban a szülések 42%-a már kórházban vagy szülőotthonban zajlott. Egy 1953-as rendelet szerint négy éven belül minden szülésnek intézményben kellett volna történnie, de ez csak az 1970-es évekre valósult meg.⁸ Mindezzel együtt járt a női szakemberek kizorítása a szülés intézményéből. A nők a 19. század végéig nem járhattak egyetemre, de az orvosi karon a női hallgatók aránya az 1910-es évek elején is csak 5–6% körül volt. Mindeközben az ápolói hivatás feminizált foglalkozásként jött létre az otthoni ápolási munka professzionizálódásával, mint az orvosoknak hierarchikusan alárendelt egészségügyi segítők foglalkozása. Magyarországon 1879-ben alakult meg a Magyar Országos Segélyező Nőegylet. Ez a szervezet alapította meg 1885-ben a Betegápolónői Intézetet mint oktató és módszertani központot. 1906-ban pedig megalakult a Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete. 1920-ban a Debreceni Egyetem Orvosi Kara mellett hozták létre az Ápoló- és Védőnőképző Intézetet, ahonnan kétéves képzés után elsősorban ápolókat bocsátottak ki. Emellett 1922-től a Magyar Vörskereszt elindította ápolónőképző programját, valamint zajlott képzés a Mártha Ápolónő Egyesület, a Diakonissza Ápolónőképző Intézet és a Pesti Izraelita Nőegylet szervezésében is. Az Országos Közegészségügyi Intézet 1927-ben dolgozta ki az egységes ápolóképzés irányelveit.⁹ Ennek mintájára az 1950-es évektől a korábban autonóm módon dolgozó bábák a kórházakban jellemzően férfi orvosoknak alárendelve, asszisztálva kezdtek dolgozni.¹⁰ Említhetnének

továbbá Hugonnai Vilmát is, aki férje engedélyével, viszont anyagi támogatása nélkül orvosi diplomát szerezhetett Svájcban, és hiába praktizált orvosként Zürichben, évekig kellett várnia, hogy később Magyarországon is dolgozhasson, mindaddig pedig szülészneként tevékenykedett és publikált a nők szerepéről az egészségügyben.

A MEDIKÁLIS SZEMLÉLET ÉS A BIZTONSÁG MÍTOSZA

A szüléset bábai oldalát ragadja meg Trapp Dominika és Kremmer Sarolta *Bábaire* című installációja a Semmelweis Orvostörténeti Múzeumban. A *Városzoba – női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján* című kiállítás a női testet, a női szerepeket és a medikalizáció kérdését tárgyalja az orvoslásban, az installáció pedig ezen belül is a szülésetben. A mű rávilágít arra a kontrasztra, amely a szülés „puhasága,” meghittsége, egy baba születése, illetve az évszázadokon át a szüléset során alkalmazott, sokszor félelmetes és ma már meg-hökkentő eszközök között húzódik. A kemény, fémes tárgyakat ellensúlyozza az az installáció, amely a bábaság természetes eszközeit, a hagyományosan használt gyógynövényeket és puha tárgyakat mutatja be, s a kiállítótermen köldökzsinórként fut végig a lágy, természetes anyagból horgolt fonál. A munka a bábaság megítéséhez kapcsolódó előítéletekkel megy szembe azáltal, hogy nem a „modern és biztonságos” szüléset sztereotípiáját állítja szembe a „veszélyes és elmaradott” bábasággal, hanem éppen ellenkezőleg, a bábai szemlélet személyközpontú, vagyis nőközpontú és egyben (és nem ellentmondásosan) biztonságos módját hangsúlyozza. A legfőbb törésvonal ugyanis nem a hagyományos vs. modern, beavatkozáspárti vs. természetes, de még csak nem is feltétlenül a kórházi vs. otthoni szülés között húzódik, hanem a nőközpontúság mentén, vagyis hogy az adott szülés során a közreműködők a szülés alányának vagy tárgyának tekintik-e a szülő nőt. A bábaság történetének fényében talán nem meglepő, hogy ma Magyarországon a nőgyógyászatban a női orvosok aránya még mindig alig éri el a 10–20%-ot. A fő probléma azonban, ettől nehezen elválasztható módon, az a szemlélet, amelyben a szülésnél éppen a szülő nő szempontjai hiányoznak. A medikális szemlélet és a modern szülészeti gyakorlat szószólóinak központi érve a biztonság, vagyis az a felfogás, amely szerint a szülés célja nem a jó élmény, hanem a születő baba épsége és biztonsága, amelyre hivatkozva gyakorlatilag bármilyen helyzetben felül lehet írni a vajúdo nők döntéseit és kéréseit, a nők kellő informálása nélkül.

A medikalizációval mint biztonságot feltételező megközelítéssel szemben két főbb probléma is felmerül: az első és legfontosabb, hogy ez az állítás eleve azt feltételezi, hogy az anya és a baba ellentétes oldalakon állnak, és az anya

részéről a szülés élménye ellentétben állhat a baba biztonságával. Az anyai beszámolók mind a Másállapotot! oldalán, mind pedig bábai beszámolók alapján¹¹ szinte kivétel nélkül arról tanúskodnak, hogy a szülés során nem valamiféle exkluzív élményre vágnak, hanem elsősorban biztonságra. A baba biztonságára való hivatkozás pedig sokszor fenyegetésszerűen jelenik meg a szülőszobákban a valós és szükséges informálás helyett. A másik, legalább ennyire aggasztó érv pedig az, hogy a medikális, beavatkozáspárti szemlélet valójában egyáltalán nem garantálja a biztonságot, hiszen a beavatkozások további beavatkozásokat eredményezhetnek, ami jellemzően növeli a kockázatot a szülés során, ráadásul a nő beleegyezése nélkül végrehajtott beavatkozások komoly etikai problémákat vetnek fel és a szülés minőségére is hatással vannak.¹²

A medikális szemlélet okai és gyökerei nagyon összetettek, egyszerre van meg benne a folyamat kontrollálhatóságának igénye az orvosi oldalról, szerepel benne a nők gyenge érdekérvényesítő képessége a rendszeren belül, nem mellékesen a fogadott orvos és a hálapénz (2020 végéig létező¹³) intézménye, amely mögött a nők biztonság iránti vágya áll, azonban paradox módon éppen a beavatkozásokat és a további komplikációkat növeli.¹⁴ Nem utolsósorban pedig, és részben az előző két tényezőből is következik az a szülészeti gyakorlat, amely annyira eltávolodik a természetesnek tekinthető, beavatkozásmentes szüléstől, hogy napjainkban alig van a rendszerben olyan orvos, aki egyáltalán látott például faros szülést vagy hüvelyi úton történő ikerszülést.

Mindehhez szervesen kapcsolódik az a piaci és versenyszemlélet, amely egyfelől nyomás alá helyezi a családokat, elsősorban a nőket, hogy születendő gyermekük érdekében a lehető legjobb döntéseket hozzák minden téren, és akár anyagi áldozatokat is hozzanak.¹⁵ Így jött létre többek között a szüléset területén is egy „fogyasztói termékcsomag”, amely a szülő nők számára a biztonság és a minőségi szülést hivatott garantálni. Ez a szemlélet azonban csak tovább mélyíti a nők másodlagos és passzív szerepét az ellátásban, hiszen az intézmények az ellátásért cserébe valamilyen szolgáltatást ígyekeznek nyújtani. Ezt támasztják alá a fent említett törvényi változásig szokványosnak tekintett fogadott orvos intézményén túl a magánkórházak statisztikái is, ahol jellemzően kiemelkedően magas arányban, akár 80%-ban is előfordulnak császármetszések és egyéb szülészeti beavatkozások. Mindezt azt eredményezi, hogy a nők a pénzükért nem biztonságot, hanem a beavatkozások és ennek megfelelően komplikációk sorát vásárolják meg, a medikalizáció fogalma pedig egyre jobban összeolvad a kiváltságos, vagyis a „minőségi” és „biztonságos” szülés illúziójával.

Míg a rendszerváltás óta folyamatosan csökken az ország népessége, és az egymást követő

^[1] Ina May Gaskin: Útmutató a szüléshez. Jaffa Kiadó, 2015

^[2] Szebik Imre – Susánszky Éva – Nicolas Rubashkin: Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey. In: European Journal of Mental Health, 13. évf., 2018/1., 51–69. o. 2021. január 1-jén lépett érvénybe az egészségügyi szolgálatról szóló új törvény, amelynek értelmében mind a hálapénz felajánlása, mind az elfogadása büntetendőnek számít. A hálapénzben különösen érintett a szülésetben; mindez egyben azt is jelenti, hogy megszűnik a fogadott orvos intézménye a kórházon belül és a területi alapú ellátás érvényesül.

^[3] Bajji Petra – Nicholas Rubashkin – Szebik Imre – Kathrin Stoll – Saraswathi Vedam: Informal cash payments for birth in Hungary: Are women paying to secure a known provider, respect, or quality of care? In: Social Science & Medicine, 189. évf., 2017. szeptember, 86–95. o.

^[4] Vö. Koval Cecília – Szőke Alexandra: A gyermeknevelés, mint befektetés? A szülői felelősségek átalakulása. portfolio.hu/krtk/20210127/a-gyermeknevelés-mint-befektetés-a-szülői-felelossegek-atalakulasa-466834

kormányok egyik kiemelt szempontja a demográfiai növekedés, ezen felül pedig a 2010 utáni konzervatív és deklaráltan családbarát kormány prioritásként kezeli a családpolitikát és a gyerekvállalási szándék növelését, szembetűnő, hogy a szülésnek csupán a mennyiségi dimenziója kerül előtérbe, és kevés szó esik a szülészeti ellátás minőségi oldaláról. A hálapénz betöltése egy komplex problémának csupán egy szeletére kínál megoldást, míg a szülészeti ellátásban és a szülés kérdésében elsődleges, hogy a nőket a társadalom és az egészségügyi, valamint a szociális intézmények a népszaporulat kívánatos eszközeinek vagy a folyamat alanyainak tekintik, akik képesek rendelkezni a testük fölött.

GERGELY CSÁNYI SZABINA KERÉNYI

WITCHCRAFT OR WOMEN-CENTRED CARE? WOMEN’S SELF-DETERMINATION IN OBSTETRIC PRACTICE

THE BASTARD CHILD OF FEMINISM

Can I labour in a bathtub? May I go to the bathroom? Can I get off the bed? May I hold my baby?

Sentences like these are still commonly heard in many delivery rooms all over the world and are definitely more the rule than the exception in Hungary and the region of East-Central Europe. As Milli Hill also points out in her book *Give Birth like a Feminist*, the hospital delivery room is a place where it seems completely natural for adult, autonomous women to ask for permission for activities that directly concern their own body or their newborn.¹ As opposed to most other social phenomena, this affects highly educated, middle-class women as much as uneducated women from poorer backgrounds: no matter who the mother is, the issues of autonomy and integrity are often simply disregarded in the delivery room. Hill also remarks that feminist movements of the last decades have brought to the surface important issues like equality before the law, freedom of choice, the right to vote, or the labour rights of women with small children (even though many of these projects are arguably only partially realised and there is still a lot to be done in these areas), yet the issue of birth, to use a bit of a mixed metaphor, still counts as the bastard child of feminist discourses.

The fourth wave of feminism has highlighted the issue of bodily integrity and the rejection of violence; bringing the principle of “my body, my choice” (developed by Women’s Rights Movements of the 1970s in relation to abortion and pro-choice ethics) back to the centre of the discourse and giving more space to the question of consent than ever before. Even in the midst of COVID-related restrictive measures, tens of thousands of protesters took to the streets in Poland to demonstrate against a draft legislation that was to significantly curtail abortion rights.² The issue of the self-determination of women might not have moved such crowds in Hungary, but it did enter the mainstream discourse through the *#metoo* movement. Self-determination, the autonomy of the body, freedom of choice, the dignity of the individual, along with all the other issues that feminism has brought to public awareness, are glaringly absent from the discourses around pregnancy, birth, and the caring for small children. This is especially problematic considering that these very issues play such a central role in the delivery room, where mistreatment and routine-like

interventions threaten even highly educated, well-prepared women, as hospital protocol is often simply impenetrable to birthing mothers. The Hungarian *Movement for Obstetric Reform* (Másállapotot a szülészetben!) is a breath of fresh air amidst such circumstances: besides highlighting the importance of women’s self-determination during the whole perinatal phase, they have also brought the concept of obstetric violence to public awareness. Their social media page offers women a platform to share their subjective birth stories, which have made it evident that obstetric violence in Hungary is not a matter of a few, unlucky, isolated cases, but rather an underlying systemic issue. Although the page does feature many beautiful and touching birth stories as well, the proportion of disturbing and traumatic accounts is shockingly high. Paradoxically, these cases highlight the fact that while these stories are in no way exceptional, there exists a social consensus around the idea that all this suffering is simply inherent to birth and that these traumatic experiences are a rite of passage for birthing women, engendering a body of knowledge to be passed on to the next generation. Manual dilation of the cervix, routine-like rupturing of the membranes, non-consensual induction, ‘the husband’s stitch’ (sometimes accompanied by an explicit wink at the father, signalling that the stitch is performed for his benefit) following an (often routine-like) episiotomy are all recurrent features of these stories, believed to be not only necessary, but also unquestionable elements of the process of giving birth.

THE HISTORY OF MIDWIFERY IN THE SHADOW WITCH TRIALS

According to Kramer and Sprenger’s 15th-century manual on the torture of witches, entitled *The Malleus Maleficarum (the Hammer of Witches)*, “no one does more harm to the Catholic Faith than midwives.”³ This quote proves that the struggles around the demands formulated by feminism, or, in recent years, around home birth in Hungary and abortion in Poland, look back on an almost thousand-year-old history.⁴ Witch hunts were common for more than four centuries and can be attributed to numerous structural and cultural causes, including the crisis of feudalism, the birth of capitalism, Reformation and Counter Reformation. Witch hunts also provided a platform for determining who had control over reproduction and the female body, as well as for the struggles resulting from

1 Hill, Milli, *Give Birth Like a Feminist* (London: Harper Collins Publishers, 2019)
2 In October 2020, the Polish governing party PiS announced the plan to further tighten an already very restrictive abortion law, according to which pregnant women would not be legally allowed to terminate the pregnancy even if the foetus was severely ill. With some minor modifications, the law eventually came into force in January 2021.
3 Heinrich Kramer and James Sprenger, *Malleus Maleficarum* (Windhaven Network, [1484] 2001). <http://malleusmaleficarum.org>
4 See Barbara Ehrenreich and Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers* (New York: The Feminist Press, 1973) and Silvia Federici, *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation* (New York: Autonomedia, 1998).

class conflict and the monopolistic ambitions of the recently established medical science. This is underpinned by the fact that although some men and aristocrats were also indicted throughout the centuries, the real target of witch hunts were always women from the peasantry, especially midwives.⁵ The charges against witches included causing harm and inhibiting reproduction in various ways, such as making men impotent, cutting foetuses out of the womb, or simply kidnapping children. Interestingly, they were also charged with being able to *heal*. Midwives or “witch healers” were often very influential in peasant communities. The church responded to the misery of the poor by claiming that all experiences in this world were impermanent and insignificant. Yet the church was not against the medical treatment of the upper classes. Kings and members of the nobility had court physicians, obviously all men, sometimes also clergymen. Midwives used herbs to alleviate the pain of labour, while the church looked upon labour pain as God’s just punishment for Eve’s original sin. Midwives healed and performed abortions for members of the peasantry when they had no one else to turn to. This in itself turned them into a source of threat for the church’s authority: on the one hand, they offered a very tangible form of help for the poor, while on the other, they provided peasant women with an access to abortion. Because they had such an influence on the peasantry and encouraged women to gain control over their own bodies and reproduction, the figure of the midwife had become forever conflated with that of the witch in European folklore.⁶ In the meantime, medicine had become a secular profession in its own right: it was taught at universities as a science primarily based on logical speculation, theology, and philosophy. Women were banned from attending universities and for a long time, licensed doctors were not allowed to practice their trade without being supervised by a priest. The new medical science drew a strict line between operation (amputation) and the vulgar trade of dissection.⁷ From the 16th century onwards, the beginnings of modern medicine were tightly intertwined with the birth of capitalism. The demographic changes in Western Europe, the foundation of administrative states, the birth of the bourgeoisie, as well as the increased and capitalised demand for labour all called attention to the issue of the body. From the 18th century onwards, the floor was increasingly taken by collective techniques that focused on control over the body of the population rather than that of the individual. This brought about the foundation of discourses like demographics, population policy, social statistics, medicine, and medical statistics, which in turn made it possible to predict the life expectancy, health, and reproductive status of

the population. It was around this time that the general discourse on the body, sexuality, and birth became heavily medicalised, while the *modus operandi* of clinics, originally set up for non-healing purposes, became radically reorganised. As institutions previously used for the housing of those unfit to work, clinics were like human wastelands, full of uncategorised masses of social rejects. From the dawn of Modernity onwards, following a huge surge in labour demand and the resultant increase in the value of the individual (or rather his/her capacity to work), clinics were mandated with the task of healing, or more precisely, the task of returning patients to the labour market. This shift in function brought about a need to organise the clinic in a more transparent way that lends itself to logical description. This process was aided by the introduction of designated wards and beds as well as new administrative technologies like medical records. Simultaneously, medicine itself became increasingly specialised, bringing about the appearance of separate wards for obstetrics and gynaecology, for example. Concurrently, in light of a more formalised medical training, the skills of midwives, who received no such training, became increasingly questioned.⁸ In Hungary, from 1745 onwards, midwives were required to take an exam before they were allowed to practice. In 1806, an integrated, formalised midwife training was introduced. The first Obstetric Department opened in Budapest in 1812, but around this time, only 5% of births took place in medical institutions. The medicalisation and pathologisation of birth was a slow process. It was in the early-20th century that Vilmos Taufer developed the Hungarian Obstetric Regulation (Szülészeti Rendtartás), also known as Taufer’s Statistics, which made it compulsory to report every single birth. By 1953, 42% of births in Hungary took place in a hospital. A regulation from the same year projected that all births should be institutionalised within the upcoming four years, but this eventually only came to be realised by the 1970s.⁹ This process was simultaneous with a gradual exclusion of women from the institutions built up around birth. Women were not allowed to attend universities until the end of the 19th century and the percentage of female students at the Medical Faculty in the early 1910s was still only 5-6%. Concurrently, with the professionalization of home care, nursing was created as a female occupation, the work of healthcare assistants subordinated to doctors. The Hungarian National Women’s Aid Association (Magyar Országos Segélyező Nőegylet) was founded in 1879. It was this organisation that established the Female Nurses’ Institute (Betegápolónői Intézet)¹⁰ in 1885, as an educational and methodological centre. In 1906, the Hungarian Nurses’ National Association (Magyarországi Betegápolók Országos Egyesülete) was established. In 1920,

5 Barbara Ehrenreich and Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses. A History of Women Healers* (New York: The Feminist Press, 1973), 5; Silvia Federici, *Caliban and the Witch: Women, the Body and Primitive Accumulation* (New York: Autonomedia, 1998), 163–218.

6 Ehrenreich & English, *Witches, Midwives, and Nurses*, 8–13; Federici, *Caliban and the Witch*, 179–186.

7 Ehrenreich & English, *Witches, Midwives and Nurses*, 13–15; Federici, *Caliban and the Witch*, 27–31. and 85–91.

8 See Michel Foucault, “The Incorporation of the Hospital into Modern Technology,” in *Space, Knowledge, and Power: Foucault and Geography*, ed. Stuart Elden and Jeremy W. Crampton (Oxford: Routledge, 2007).

9 Sarolta Kremmer, *Biopolitika és a magyarországi szülészeti ellátórendszer* (Biopolitics and Maternity Care in Hungary) (Hungarian manuscript, ELTE Faculty of Social Sciences), 20–25.

10 In Hungarian, the word “nurse”, much like that of other professions, has a male (“ápoló”) and female (“ápolónő” – female nurse) form. Although in English, this gendered character disappears, I think it is important to emphasise the gendered Hungarian root, since most of the names of these early-20th century institutions feature the female form, highlighting the ways in which nursing was actively created as a feminised profession (Translator’s note).

the Institute for the Training of (Female) Nurses and Health Visitors (Ápoló- és Védőnőképző Intézet) was inaugurated beside the Medical Faculty in Debrecen, offering a two-year nursing course. In addition, in 1922, the Hungarian Red Cross, the Mártha (Female) Nurses’ Association (Mártha Ápolónő Egyesület), the Diakonissza (Female) Nurse Training Institute (Diakonissza Ápolónőképző Intézet) and the (Female) Nurses’ Home run by the Israelite Women’s Association of Pest (Pesti Izraelita Nőegylet Ápolónő Otthona) also launched programmes for the training of nurses. The National Public Health Institute (Országos Közegészségügyi Intézet) developed the directive for a standardised training of nurses by 1927.¹¹ In line with this, from the 1950s onwards, previously autonomous midwives became subordinated to (typically male) doctors, working as their assistants in the hospital context.¹² An example is Vilma Hugonnai who, albeit with her husband’s permission, but without his financial support, earned a medical degree in Switzerland and worked as a doctor in Zürich, yet she had to wait years to practice her profession when she returned to Hungary, working as a midwife and publishing on the role of women in healthcare in the meantime.

THE MEDICAL APPROACH
AND THE MYTH OF SAFETY

The installation by Dominika Trapp and Sarolta Kremmer, exhibited at the Semmelweis Museum of Medical History, tells the story of birth through the midwives’ lens. As part of the exhibition *Waiting Room – Women Healers and Patients at the Periphery of Medicine*, which looks at female roles and bodies and the issue of medicalisation within the sphere of healing, Trapp and Kremmer’s installation focuses on maternity care. The work highlights the contrast between the arrival of a baby (a soft, cosy event) and the instruments, often peculiar and terrifying from a modern perspective, that were used in maternity care for several centuries. These hard, metallic objects are counterbalanced by the natural tools of midwifery, including herbs and soft objects, linked by a crocheted, natural thread that wraps around the exhibition space like a giant umbilical cord. In an attempt to counter the clichés attached to midwifery, instead of contrasting the stereotype of a “safe and modern” obstetric medicine with that of a “dangerous and backward” midwife-led practice, the installation emphasises the ways in which midwives offer a person- (and thus also woman-) centred form of care that is also (and not conversely) safe. This is because the main fault line is not between a traditional and a modern,

or an interventionist and a natural view of birth, and not even necessarily between hospital and home births. The decisive question is whether the applied form of care is woman-centred, or in other words, whether the caregivers treat the mother as an object or a subject of the birth process. In light of the history of midwifery, it is no longer surprising that in Hungary, the percentage of female doctors in the fields of gynaecology and obstetrics is still only around 10 to 20%. The most glaring (and closely related) issue, however, is the dominant approach that simply disregards the perspective of the birthing woman. The proponents of modern obstetrics and the medical approach use *safety* as their central argument, namely the idea that instead of ensuring a good experience, the main goal around birth is to cater for the health and safety of the baby, which can in turn be used as a reason to overrule the requests and decisions of the labouring woman, often without her informed consent. Two main issues arise from equating medicalisation with safety. First and foremost, this approach presumes that mother and baby are on opposing sides, where prioritising the mother’s birth experience might compromise the baby’s safety. However, birth stories shared on the *Obstetric Reform in Hungary* page, as well as midwives’ accounts¹³ testify that most birthing mothers do not long for some special experience, but simply for a feeling of safety. Nonetheless, instead of straightforwardly passing on relevant information, referencing the baby’s safety is often used as a form of threat in the delivery room. The other, equally problematic issue is that the medical, interventionist approach is actually nothing like a guarantee for safety. Interventions usually lead to further interventions, which typically increase the risk during birth. In addition, interventions performed without the mother’s consent pose a significant ethical issue and have an impact on the quality of the birth.¹⁴ The reasons behind this widespread medical approach are complex and entangled, including doctors’ need to control the process, women’s systematically limited ability for self-advocacy, as well as the institution of “hired doctors”¹⁵ and informal payments (most likely terminated in late 2020).¹⁶ Such practices may be rooted in women’s desire for safety, yet they paradoxically contribute to a higher likelihood of further interventions and complications.¹⁷ Last but not least – and partly as a result of the two issues mentioned above – the last decades have witnessed the appearance of a new obstetric practice so disconnected from birth as a natural, undisturbed process that in

11 László Papp, “Ápolás hivatástudatból – Az ápolás és az orvoslás történetének összefüggésében (Nursing as a Vocation, in the Context of the Histories of Nursing and Medicine),” *Acta Sana* no. 1 (2006): 23.

12 Sarolta Kremmer, *Biopolitika és a magyarországi szülészeti ellátórendszer* (Biopolitics and Maternity Care in Hungary) (Hungarian manuscript, ELTE Faculty of Social Sciences), 23.

13 Ina May Gaskin, *Guide to Childbirth* (London: Vermilion, 2008).

14 Imre Szebik, Éva Susánszky and Nicolas Rubashkin, “Ethical Implications of Obstetric Care in Hungary: Results from the Mother-Centred Pregnancy Care Survey,” *European Journal of Mental Health* no. 13 (2018): 51–96.

15 Rough translation of the Hungarian term “fogadott orvos”. This refers to the practice of giving one’s chosen gynaecologist/obstetrician a large sum of money (gratuity or informal payment, “hálapénz”) to ensure that [s]he will be present at the birth of their baby (Translator’s note).

16 A new law on medical providers came into force on 1 January 2021, proclaiming both the offer and acceptance of informal or gratuity payments (hálapénz) as punishable offences. In obstetric practice, one of the areas most affected by the system of informal payments, this also means that it is no longer possible for pregnant women to “hire” doctors and secure their presence at their birth. Instead, they will have to rely on their local hospitals and the medical staff on duty.

17 Petra Baji, Nicolas Rubashkin, Imre Szebik, Kathrin Stroll, and Saraswathi Vedam, “Informal Cash Payments for Birth in Hungary: Are Women Paying to Secure a Known Provider, Respect, or Quality of Care?,” *Social Science & Medicine* no. 189 (2017): 86–95.

Hungary today, there are virtually no doctors who have ever witnessed the vaginal birth of twins or a breech baby.

All of the above are closely connected to a competitive market approach that places pressure on families, especially women, to make the best possible decisions – often entailing significant financial sacrifices – in the interest of their unborn child.¹⁶ This is why the field of maternity care also started offering various “consumer packages” that guarantee a safe and high quality birth to expecting mothers. This approach, however, further entrenches women’s subordinate and passive position in the maternity care system, since the institutions strive to offer them services in return for their investment. Besides the system of “hired doctors” an accepted practice until the recently inaugurated law, the statistical data from private hospitals also supports this claim: here, the percentage of Caesarean sections (and other interventions) is even higher (80%) than in public hospitals. This means that what women actually get for their money is not safety, but rather a series of interventions and resulting complications, while the concept of medicalisation is increasingly intertwined with the illusion of a privileged, or “good quality” and “safe” birth. Since the change of the political regime in 1989, Hungary has experienced a population decline. Each successive government has thus made a point of trying to reverse this tendency, with the post-2010 conservative government, a self-appointed supporter of families, announcing family policy and an increase in childbirths as their main priority. Nonetheless, all these declarations focus solely on the *quantity* of births and only very little – if anything – is said about improving the *quality* of maternity care. Banning gratuity payments might solve one small aspect of the larger problem, yet the primary issue in birth and maternity care remains the following: do the society and its (social and medical) institutions regard women as mere tools for achieving population growth, or as agents in the process, in possession of full bodily self-determination.

SZÓKE ALEXANDRA

SZEMÉLYES SZAKMAISÁG A VÉDŐNŐI MUNKA KIHÍVÁSAI ÉS LEHETŐSÉGEI A 21. SZÁZADBAN

A védőnői munka egy nagyon komplex, sokféle feladatot magában foglaló és személyes kapcsolaton alapuló egészségügyi szakma, melynek a védőnői hálózat kialakulásának kezdetétől az anya- és gyermekvédelem, valamint a családgondozás a fő célja. A védőnői szolgálat 1915-ben kezdett el intézményes keretek között működni az Országos Stefánia Szövetség részeként. A magas anya- és csecsemőhalálozás, az I. világháború után egyre rosszabbodó egészségügyi viszonyok, valamint az egészségkultúra és higiénia hiánya egyre sürgetőbbé tették egy szervezett, magas fokú képzésen alapuló anya- és gyermekvédelmi szakma létrehozását. A Stefánia Szövetségnél dolgozó védőnők eleinte főként városokban dolgoztak, és a terhes, gyermekágyas anyák gondozását, valamint a csecsemők és kisgyermekesek ellátását végezték. De fontos része volt a munkájuknak a családok szociális segítése is. A két világháború közötti időszakban egyre nagyobb figyelem irányult a falvakban jellemző súlyos közegészségügyi helyzet javítására, melyet a magas csecsemőhalálozás, tudatlanság, babonák, járványok, az egészségügyi szakszemélyzet hiánya tett szükségessé. Az 1925-ben létrehozott Zöldkeresztes Egészségvédelmi Szolgálat ezekre a problémákra kívánt választ nyújtani, melynek keretében a védőnői munka rendszere is átalakult. Így nagy hangsúly került a falvakban végzett egészségvédelmi, felvilágosító és szociális munkára. Továbbá a védőnői képzés feltételei tovább szigorodtak és a védőnői munka egy magas presztízsű, a tanítókéval hasonló státuszú szakmává vált. Bár a védőnői szakma bizonyos elemei és hangsúlyai korszakonként változtak, a védőnők munkájának a kezdetektől a *segítő munka* és a *szakmai professzionalizmus* voltak a legfőbb alappillérei.

A védőnők felsőfokú egészségügyi képzéssel rendelkező szakemberek, munkájuk *sok felöllességgel és szerteágazó feladatokkal* jár, melynek fő céljai a betegségek megelőzése, az elváltozások korai felismerése és a családok egészségének megőrzése. Így a védőnőknek kiemelten fontos szerepe van a nők, anyák, csecsemők, gyermekek, az ifjúság és a család egészségének védelmében, valamint a közegészségügyi, a járványügyi, egészségfejlesztési, egészségnevelési feladatok végzésében. A célcsoport, illetve a munkavégzés helyszíne és a konkrét feladatok aszerint is változnak, hogy az egészségügyi alapellátásban dolgozó területi vagy iskolai védőnőről vagy kórházi, illetve az ÁNTSZ-ben (Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat) dolgozó vezető védőnőről van-e szó. A *területi védőnőknek* különösen nagy szerepe van a várandós és gyermekágyas anyák gondozásában és segítésében, a 0–6 éves korú gyermekek megfelelő fejlődésének követésében, a kötelező oltások szervezésében, óvodában végzett védőnői feladatok ellátásában, valamint nővédelem, családgondozás és egészségvédelemmel kapcsolatos felvilágosítás terén is. Ez olyan sokrétű feladatköröket foglal magában,

mint az egyénre szabott egészségügyi, szociális és mentálhigiénés segítségnyújtás, szűrővizsgálatok szervezése, védőoltások előkészítése, valamint egészségnevelő és más egészségvédő közösségi programok biztosítása. A feladatok sokrétűségén kívül a védőnői szakmának két nagyon fontos sajátossága van más, gyermekekkel foglalkozó szakemberek munkájához képest. Az egyik a *szoros személyes kapcsolat* a gondozott családokkal, mely elengedhetetlen része az egyéni szükségletekhez alakított gondozásnak, az egyéni problémákban való segítségnyújtásnak. A védőnői ellátás jelentős része a gondozott családok otthonában történik, melynek révén a védőnők betekintést nyernek a családok legintimebb személyes környezetébe, szokásaiba, életvezetésébe. A védőnők munkája így kiemelten fontos a gyermekjólét és gyermekvédelem, a családok szociális körülményeinek megismerése és segítése, illetve a gyermekneveléssel, családi élettel és egészséges életmóddal kapcsolatos szokások kialakításának szempontjából. Hiszen ők az egyedüli szakemberek, akik ilyen szoros és rendszeres kapcsolatban állnak a gondozott családokkal. Ez egyrészt nagyon nagy felelősséget jelent mind a gyermekjóléttel kapcsolatos problémák észlelése és jelzése, mind a gyermekek megfelelő fejlődésének biztosítása terén. Másrészt a családokkal kialakított bizalom és jó viszony, mely elengedhetetlenül alapja az egyénre szabott gondozás megtervezésének és megvalósításának, nagyon sok időt, energiát és személyes elköteleződést igényel a védőnők részéről. Ehhez köthető a védőnői szakma másik fontos különlegessége, a *személyes szakmaiság*, azaz a szakmai és személyes tapasztalatok, tudás, kompetenciák közötti határ elmosódása. Ez egy olyan sajátosan (főleg) női foglalkozás, melyben kiemelt szerepet kap a gondoskodás, empátia, szolidaritás, valamint a szoros személyes kapcsolat. Azonban mindez a főiskolai egészségügyi szakképzésben szervezett magas szintű tudással párosul. Másrészt a védőnői szakmában különösen nagy szerepet kap a személyes tapasztalatoknak a foglalkozási gyakorlatba való beépítése, így a magánélet és a közfeladat többféle szempontból is elválaszthatatlan ebben a szakmában.

A VÉDŐNŐI MUNKA KIHÍVÁSAI

Az elmúlt évek során végzett kutatásom azt mutatja, hogy nagy eltérések vannak az ország egyes részein dolgozó védőnők munkavégzési feltételei és társadalmi szerepe terén. A hazánkban jellemző nagy *térbeli-társadalmi egyenlőtlenségek*, hasonlóan más szakmákhoz, a védőnői szakmában is nagyon meghatározók. Magyarországon az egyenlőtlenségeknek több dimenziója is érzékelhető. Egyrészt nagy különbségek vannak az elzárt kis falvak és a nagyobb városok, központi települések között mind a szakemberek hiányának mértéke (mely mára

18 Cf. Cecília Kovai and Alexandra Szóke, “A gyermeknevelés mint befektetés? A szülői felelősségek átalakulása (Raising Children as a Form of Investment: The Transformation of Parental Responsibilities)”, *Portfolio*, 27 January 2021. <https://www.portfolio.hu/krtk/20210127/a-gyermeknevelés-mint-befektetés-a-szülői-felelősségek-átalakulása-466834>

már az egész országban jellemző), mind pedig az alapvető és a szakellátásokhoz való hozzáférés terén. Másrészt ehhez adódnak az ország egyes térségei közötti különbségek: az Észak- és Kelet-Magyarország vagy a déli országrészben található aprófalvas térségek jóval hátrányosabb helyzetben vannak, mint a nyugati országrészben vagy a főváros agglomerációjában található települések. Ezek a térbeli egyenlőtlenségek hazánkban erősen összefonódnak a társadalmi egyenlőtlenségekkel. Sok esetben ezeken a hátrányos, illetve elzárt településeken a lakosság sokféle társadalmi problémával küzd, úgymint nagyarányú és évtizedeken átnyúló munkanélküliség, mélyszegénység, alacsony iskolázottság. Ezek a térbeli és társadalmi különbségek több szempontból is meghatározók a védőnők mindennapi munkáját és munkafeltételeit tekintve. Azon önkormányzatokra, ahol a fenti hátrányok halmozottan érvényesülnek, jóval nagyobb szociális kiadások hárulnak, míg a bevételük helyi vállalkozások, ipar és turizmus hiányában sokszor elenyészők. Ez azért is fontos, mert az esetek többségében továbbra is az önkormányzatok a helyi védőnői szolgáltatok fenntartói, azaz ők biztosítják a munkavégzés helyszínét, eszközeit. Így sokszor a hátrányos helyzetű településeken a védőnők jóval rosszabb fizikai körülmények között kénytelenek dolgozni, ha a fenntartónak nincsenek meg a megfelelő forrásai. Míg a szerencsésebb településeken korszerű, felújított, gyermekeknek külön játszószarokkal felszerelt várótermekben várakozhatnak a szülők, és tágas, jól felszerelt eszközökkel rendelkező rendelőben dolgoznak a védőnők, számos olyan település van, ahol a szűköss, málladozó várókban csak néhány őrsdi szék van, a védőnőknek nincs számítógépük, nyomtatójuk, internet-hozzáférésük és sokszor elavult eszközökkel tudnak csak dolgozni. Így a védőnők gyakran saját forrásaikból kénytelenek pótolni a hiányzó eszközöket, hogy munkájukat megfelelően tudják végezni.

A hátrányos helyzetű településeken sokszor jóval több feladat hárul a védőnőkre: magas a sokféle problémával küzdő családok száma, akik így jóval nagyobb odafigyelést, sokrétű segítséget igényelnek. Ilyenek jellemzően a fiatalok terheesség, a védelemben, illetve gondozásba vett gyermekek folyamatos követése, a koraszülöttek magasabb aránya, a higiéniai és szociális problémák. Így a családlátogatások száma ezeken a településeken jóval magasabb. A hátrányos térségekben továbbá sokkal inkább jellemző a szakemberhiány, ezért egy-egy védőnő sokszor évekig helyettesít más körzetekben is, mely szintén sok többletmunkával jár. A szakellátásokhoz való nehéz hozzáférés következtében a védőnőkre sokszor további felelősség és munka hárul, mert sok esetben ők az egyedüli szakemberek, akik helyben elérhetők és gyakori kapcsolatban állnak a családokkal. Ezáltal ezeken a településeken sokszor nagyobb szerepet vállalnak a terhesgondozás megszervezésében, szűrések végzésében és kisgyermekkori fejlesztésekhez való hozzáférésben.

A kistelepüléseken ugyanakkor a védőnők *társadalmi pozíciója*, jelentősége is sokszor felértékelődik. Az elzártabb településeken, ahol nincs gyermekorvos vagy hetente csak 1-2 napot rendel, és a helyi lakosság csak nehezen tud eljutni a távolabbi településeken lévő szakszolgáltatásokhoz, a védőnők szerepe megsokszorozódik a gyermekneveléssel, gyermekgondozással és

egészségápolással kapcsolatban. A településen szinte folyamatosan jelen lévő, családokkal szoros kapcsolatban álló védőnők sokszor a legfőbb információs források. Társadalmi elfogadottságuk is más, tudásukat és véleményüket nagyon tisztelik és elfogadják a helyi családok. Ezzel szemben kutatásom azt mutatja, hogy a nagyobb városokban, ahol sokféle tudás, információ van egyszerre jelen és sokféle szakmai erőforrás elérhető, a magasabb végzettségű szülők sok esetben csak akkor fordulnak a védőnőkhöz, ha nagyon elbizonytalanodnak vagy sürgősen szükségük van információra, segítség-re. A védőnők tanácsait sok esetben összevetik az interneten vagy szakkönyvekben elérhető információkkal, valamint (a falvakhoz képest itt jóval könnyebben elérhető) más gyermekekkel foglalkozó szakemberek véleményével. Ugyanakkor a személyes jelenlét és sokszor a mélyebb helyi beágyazottság révén a kisebb falvakban a védőnők könnyebben érik el a családokat, könnyebben szereznek információkat az egyes családok életkörülményeiről, igényeiről, szükségeiről, mint a nagyvárosokban.

A térbeli különbségek mellett a védőnői szakma egyes elemei időben is sokat változtak az évtizedek során. Ezek szorosan kötődnek a *gyermeknevelési kultúra* és a gyermekekről alkotott társadalmi kép változásához, csakúgy, mint a szakmai nézőpontok alakulásához. A 80-as évektől jelentős változások mentek végbe a gyermeknevelés terén. Ez a globális folyamat hazánkban az elmúlt tíz évben vált jellemzővé, melynek főbb aspektusai: a gyermekközpontúság, a szülői felelősség elmélyülése, a gyerekekbe fektetett energia/pénz/idő/egyéb erőforrások jelentős megnövekedése és a szülői gyakorlatokra irányuló egyre nagyobb közfigyelem. Ez a változás olyan társadalmi és gazdasági folyamatokkal függ össze, melyek révén a gyermekekről alkotott társadalmi nézet megváltozott és felértékelődött a gyermeknevelésnek tulajdonított társadalmi szerep, illetve végső soron a szülők szerepe. A neoliberális szemlélet elterjedésével a gyermeknevelés egyfajta befektetéssé vált (legalábbis a társadalom és a közpolitika számára), melynek garantálnia kell a gyermekek gazdaságilag produktív és mentálisan egészséges felnőtté válását, azaz akik felnőttként majd minél kevésbé terhelik a társadalmat, állami kiadásokat. Emellett az állam egyre erőteljesebb kivonulása a jóléti ellátások finanszírozásából, a közszolgáltatások leépülése és a beléjük vetett bizalom megrendülése is a szülői felelősség növekedéséhez vezet. Így egyre jobban a szülőkre hárul a gyermekek jóllétének és jövőbeni lehetőségeinek, boldogságának felelőssége.

Egyre inkább elterjedt az a szemlélet, hogy minden szülői cselekvésnek, még a látszólag legkisebb döntéseknek is (mint pl. etetés, altatás, játék), visszafordíthatatlan hatása lesz a gyerek jövőjére, fejlődésére nézve. Ebben nagy hatása volt a pszichológiai szemlélet széles körű elterjedésének. Emellett a kockázat az élet szinte minden területén már nem pusztán lehetőségként jelenik meg, hanem egy potenciális veszélyként, aminek elejét kell venni, amit ki kell kerülni. Ez a szemlélet a gyermeknevelésben is jelen van. A fenti változások következtében elsősorban a szülő felelőssége lett, hogy ezeket a veszélyforrásokat felmérje és a megfelelő információ birtokában elhárítsa. Különösen a *fejlesztépszichológia* gyakorolt nagy hatást az elmúlt

évtizedekben a gyermeknevelési irányzatokra. Ennek eredményeként egyre nagyobb hangsúly tevődik a fejlődési szakaszok figyelemmel kísérésére mind a szülők, mind a szakemberek által. Ma már az interneten széles körben elérhetővé váltak az információk az egyes fejlődési szakaszokról és az azokban elérendő fejlődési mérföldkövekről. Egyre több fejlesztő foglalkozás és program épül a gyermekek megfelelő fejlődésének elősegítésére, a problémák korai felismerésére és elkerülésére, melyeken már csecsemőkortól részt vehetnek a szülők gyermekeikkel. Ilyenek például a nagyobb városokban népszerű Ringató, a babamasszázs és a baba-mama jogás foglalkozások. A fejlődési szakaszok figyelemmel követése révén felértékelődött azok fontossága, amik megváltoztatták a *szülő-gyermek viszonyt* is. A gyerekekkel való játék, a velük való foglalkozás egyre inkább egy tudatos cselekvéssé válik, melynek fő célja a gyerekek legoptimálisabb fejlődésének elérése, a jövőbeni fejlődési problémák elkerülése és az adott fejlődési szakaszok kibontakoztatása. Kutatásom azonban arra figyelmeztet, hogy ez az újfajta, intenzív gyermeknevelési trend felerősítheti a meglévő térbeli és társadalmi különbségeket. Ugyanis nem mindenhol elérhetők az ehhez kapcsolódó szolgáltatások, szakemberek. Másrészt sok családban hiányoznak vagy csak nagyon nagy áldozatok árán teremthetők meg azok az erőforrások, melyek ehhez a fókuszáltabb gyerekneveléshez szükségesek. Ez a védőnői szakmára is nagy hatással van, hiszen a hátrányosabb helyzetű, elzártabb településeken nagyobb felelősséget helyez a védőnőkre. Egyrészt a prevenció a védőnői szakmában is hangsúlyos tényezővé vált. A gyermekek fejlődési szakaszainak követése, azok fontosságának megismertetése a családokkal kiemelkedő szerepet kapott az elmúlt évtized során a védőnők feladatai között is. Másrészt miután ez egy, a hátrányokat tovább mélyítő körülménnyé vált a hátrányos helyzetű családok számára, még fontosabb lett a védőnők szerepe: ők végzik el a szűréseket és közvetítik a családokat a megfelelő szakemberekhez. Ezzel egyidőben a gyermekneveléssel kapcsolatos tudások, különféle trendek bárki számára elérhetővé váltak az interneten keresztül. A sok, egymás mellett létező gyermeknevelési trend egyfajta szabadságot is jelent a szülők számára. Ugyanakkor, pontosan a szülőkre nehezedő megnövekedett felelősség révén, ez sokszor elbizonytalanodáshoz is vezet: melyik a jobb, melyiket válassza, melyiknek milyen hatása lesz a gyermek fejlődésére nézve? Ilyen szempontból is fontos szerepet kapnak a védőnők: az elbizonytalanodott szülők sokszor fordulnak segítségért, tanácsért hozzájuk. Mindezek azt mutatják, hogy bár a védőnői szakma az elmúlt évszázad során sok változáson ment át, a társadalmi környezet és feltételek is sokat változtak, továbbra is fontos szerepet tölthet be pontosan a családokhoz fűződő szoros, személyes viszony révén, mely egyedivé teszi a gyermekekre fókuszáló szakmák között:

ALEXANDRA SZÓKE

PERSONAL PROFESSIONALISM CHALLENGES AND OPPORTUNITIES IN THE MATERNAL AND CHILD HEALTH NURSING PROFESSION IN THE 21ST CENTURY

Maternal and child health (MCH) nursing is a highly complex, multifaceted, interpersonal relationship-based health profession, whose main purpose, since the establishment of the MCH network, has been to provide mother and child protection, as well as family care. The Hungarian MCH nursing service began to operate on an institutional basis in 1915 as part of National Stefánia Association. High maternal and infant mortality rates, the deterioration of health conditions after World War I, along with a lack of health culture and hygiene, increasingly necessitated the establishment of an organised, highly trained profession aimed at mother and child protection. Initially, the MCH nurses employed by the Stefánia Association worked mainly in towns and cities, caring for pregnant women and postpartum mothers, as well as infants and young children. Providing social support for families also comprised an important part of their work. During the interwar period, attention increasingly shifted towards improving the poor public health conditions that prevailed in the villages of the Hungarian countryside, as necessitated by high infant mortality rates, ignorance, superstition, epidemics and a lack of qualified health workers. The Green Cross Health Service, set up in 1925, sought to respond to these problems, as a result of which the operations of the MCH nursing network also underwent some changes. Great emphasis was subsequently placed on health protection, education and social work in villages. Furthermore, the conditions for training MCH nurses became even stricter, making it a highly prestigious profession with a social status on par with that of a teacher. Although certain elements and emphases of the profession changed with each subsequent era, *lending care and support*, and *exhibiting professionalism* have remained the most pivotal elements of the work performed by MCH nurses.

Maternal and child health nurses are professionals with a degree in higher education; their work involves *many responsibilities* and a *wide range of tasks*, with a central focus on disease prevention, early detection of abnormalities and maintaining family health. They play a key role in protecting the health of women, mothers, infants, children, young people and families. They also perform tasks related to public health and epidemiology, as well as health promotion and education. The target group, the work setting and the specific tasks also vary depending on whether the person in question is a district or school MCH nurse working in primary health-care, or if we are talking about a head MCH nurse working in a hospital or in the National Public Health and Medical Officer Service. In particular, *district MCH nurses* have an especially prominent role in caring for, and offering support to, pregnant women and postpartum mothers, as well as children between the ages

of 0 to 6 years, monitoring their development and keeping track of compulsory immunization. They also perform tasks in preschools, as well as in areas related to women's protection, family care, and health education. This includes a wide range of tasks such as providing individualised health, social and mental hygiene assistance, organising screening tests, preparing vaccinations, and organising community programmes focused on health education and protection.

In addition to these versatile tasks, the maternal and child health nursing profession has two key specificities compared to other occupations involving work with children. Firstly, it requires a *close personal relationship* with the families, which inevitably forms the basis for individually tailored care and the capacity to offer help with unique problems. MCH nurses provide a significant part of their service in the homes of the families in their care, which gives them insight into the most intimate personal environment, habits and lifestyles of those families. Their work is therefore of paramount importance for child welfare and protection, for understanding and helping families' social circumstances, and for developing habits with reference to family life, parenting and healthy living. They are the only professionals who are in such close and regular contact with the families that are in their care. This entails a high level of responsibility, both in terms of detecting and reporting problems in connection to child welfare and ensuring that children develop properly. Furthermore, the trust and good relationship cultivated with families – which are essential for planning and implementing personalised care – require a great deal of time, energy and personal commitment on the part of MCH nurses.

This is linked to the second important peculiarity of MCH nursing, that of *personal professionalism*, i.e. the blurring of boundaries between professional and personal experience, knowledge and competence. For the most part, it is a uniquely a female profession, where care, empathy, solidarity and close personal contact are of particular importance. However, all this is combined with advanced knowledge, competence and skills acquired through higher education training. On the other hand, in MCH nursing, the integration of personal experience into professional practice is particularly important, rendering private life and public duty in many ways inseparable.

THE CHALLENGES OF MCH NURSING

As my research over these past years has shown, there are significant disparities in different parts of the country with respect to the working conditions of maternal and child health nurses, as well as the social role they fulfil. As is the case with other professions, the *local/regional and*

social imbalances prevalent in this country also impact, and are reflected in, the MCH nursing profession. These imbalances and inequalities manifest in Hungary along several dimensions. Firstly, there are great differences between isolated small villages and larger towns or more central settlements, both in the availability/shortage of professionals – by now a nationwide phenomenon – and in terms of access to basic and specialised care. Secondly, there are regional disparities as well: Northern and Eastern Hungary, or rural regions incorporating small villages in the southern part of the country, are in a much more disadvantaged situation than those in the western portion of the country, or in the agglomeration of Budapest. These local/regional disparities are deeply intertwined with social inequalities in Hungary. In many cases, the populations of these disadvantaged or isolated settlements face a wide range of social problems, such as high levels of unemployment that span decades, as well as extreme poverty and low levels of education.

These spatial and social divergences in many ways determine the day-to-day work and working conditions of maternal and child health nurses. Municipalities with compounded disadvantages have much higher social expenditure, while their income is often negligible in the absence of local businesses, industry, and tourism. This is also important because, in most cases, municipalities are still the maintainer of local MCH nursing services – that is to say, they provide the facilities for the work. This means that, in more disadvantaged settlements, where the provider does not have adequate resources at its disposal, the physical conditions in which the MCH nurses work are often considerably less favourable. In more fortunate villages or towns, parents can wait in modern, renovated waiting rooms with a separate play area for children, and the nurses work in spacious, well-equipped consulting rooms. Numerous places, however, have cramped, rundown waiting rooms with only a few old, worn chairs, and the MCH nurses work without computers, printers or even internet, often using outdated equipment. In many cases, they have no choice but to purchase the missing equipment from their own resources, so that they can perform their job properly.

In vulnerable localities, maternal and child health nurses often have a lot more on their plate: there are a high number of families struggling with multiple problems, requiring much more attention and multifaceted support. These include assistance with underage pregnancies, the continuous monitoring of children in the nurses' care, dealing with higher rates of premature births, as well as addressing hygienic and social problems. Consequently, in such settlements, the number of family visits is much higher. Furthermore, a shortage of professionals is much more characteristic of disadvantaged areas, which means that a given MCH nurse may be required to substitute in other districts as well, sometimes for several years, which entails a considerable amount of extra work. The difficulty of accessing specialist care often places additional responsibility and work on MCH nurses; they are often the only qualified professionals who are available locally and are in frequent contact with families. As a

result, in these localities, MCH nurses tend to take on a greater role in organising prenatal care, screening and access to developmental therapies in early childhood.

At the same time, the *social position* and importance of MCH nurses is often enhanced in small, isolated settlements, where there are often no paediatricians available (or they can only receive patients one or two days a week), and the local population has difficulty accessing specialist services in remote towns or villages. In such settings, the role of MCH nurses in connection to parenting and child care, as well as paediatric healthcare, is multiplied. As qualified health professionals who are in essence constantly present in these settlements, and who foster close connections to the families within the local community, MCH nurses are often turned to as the authoritative source of information. Their social acceptance is also different; their knowledge and opinions are greatly respected and accepted by local families.

In contrast, as my research reveals, in larger cities, where a wider range of information and professional resources are available and accessible, parents with a higher education in many cases only turn to MCH nurses for help when they feel unsure, or are in urgent need of information and assistance. There is a tendency to compare the nurse's advice with information available on the internet or in books, as well as with the opinions of other early childhood professionals (much more readily accessible here than in smaller settlements). At the same time, the personal presence and deeper local embeddedness of MCH nurses in smaller villages make it easier for them to reach families and obtain information on their living conditions and needs, than would be the case in large towns or cities.

In addition to local differences, certain aspects of the profession have also changed over the decades. These are closely linked to changes in the *parenting culture* and the socially constructed image of children, as well as to evolving professional perspectives. Since the 1980s, parenting practices have undergone significant shifts. The main aspects of this global process – which has manifested in Hungary mostly in the past decade – include: a child-centred approach, a deepening sense of parental responsibility, a significant increase in energy/money/time/other resources invested in children, and a growing public focus on parenting practices.

These changes are related to social and economic processes that have changed the way society views children and have increased appreciation for the social role of parenting. With the spread of neoliberal thinking, raising children has become an investment (at least for society and public policy), which should guarantee that children grow up to be economically productive and mentally healthy adults, who, in turn, will be less of a burden on society and public expenditure as adults. Moreover, the gradual withdrawal of the state from the financing of welfare, also resulting in the decline – and erosion of trust – in public services, further increases parents' responsibility for their children's wellbeing, future opportunities, and happiness.

There is a growing perception that every parental action – even the seemingly smallest decisions (such as feeding, playing or putting the child to sleep) – will have an irreversible impact on the little one's future and development. The widespread adoption of the psychological perspective has had a major influence in this. In addition, risk in general is no longer seen (in almost any area of life) as mere possibility, but as a potential danger to be avoided and prevented. This approach is, of course, also present in parenting. As a result of these changes, it has primarily become the parents' responsibility to assess these potential risks and – in possession of adequate information – avert them. *Developmental psychology* in particular has had a major impact on parenting trends in recent decades. As a result, there is increasing emphasis placed on monitoring developmental stages, by both parents and professionals. Today, information on the different stages of child development, and the milestones to be achieved at each of these stages, is widely available on the internet. An ever growing number of developmental activities and programs focus on promoting children's appropriate development and identifying and preventing problems early on – which parents can participate in with their children from infancy. Examples include *Ringató* (where parents are encouraged to hold and rock their babies or toddlers on their lap while singing as a group), baby massage and mum and baby yoga sessions, popular in larger cities. Monitoring developmental stages has raised appreciation for their importance and changed the *parent-child relationship*. Playing and working with children is increasingly becoming a conscious action, the main aim of which is to ensure optimal development, to prevent future developmental problems and to facilitate the full unfolding of each developmental stage.

My research warns, however, that this new trend towards intensive childcare may exacerbate existing local and social differences, as the associated services and professionals are not available everywhere. Furthermore, many families lack – or can only acquire at great cost – the resources needed for this more intensive type of parenting. This also has a major impact on the MCH nursing profession, and places greater responsibility on those working in more disadvantaged and isolated communities. On the one hand, prevention has also become an emphatic factor in MCH nursing. Tracing children's developmental stages and informing families of their importance have also come to comprise a prominent aspect of MCH work over the last decade. On the other hand, since this has become an exacerbating factor in the case of disadvantaged families, the role of MCH nurses has become even more crucial: they carry out the screenings and refer families to the appropriate professionals.

Information related to parenting and a wide

range of trends is now accessible to anyone via the internet. The coexistence of many different child-raising trends also provides parents with a certain freedom. At the same time, precisely because of the increased responsibility on parents, this sense of freedom often leads to uncertainty: it is difficult to know which perspective is better, which approach should be chosen for optimal facilitation of the child's development. In this respect, too, the MCH nurse plays a key role: parents who are unsure often turn to them for help and advice. All this shows that, although the profession has been greatly transformed over the past century, and the social environment and conditions have also undergone significant changes, maternal and child health nurses can still play an important role precisely on account of their close, personal relationship with the families in their care, which makes MCH nursing unique among children-focused professions.

SEMMELWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

HORÁNYI ILDIKÓ

A Magyar Nemzeti Múzeum – Semmelweis Orvostörténeti Múzeum időszak kiállításainak koncepciójában hangsúlyos szerepet kap, hogy kortárs képzőművészek is bemutatkozhatnak intézetünk falai között, illetve hogy lehetőségük legyen alkotásaikkal reflektálni gyűjteményünk darabjaira. Ez utóbbi egyrészt élővé teszi állandó kiállításunkat, másrészt műtárgyaink újabb és újabb rétegekkel gazdagodhatnak a különféle kontextusoknak köszönhetően. Ebbe az évek óta futó sorozatba jól illeszkedik a *Városzoba* projekt, így a felkérés – hogy kettős funkcióban: inspiráló partnerként és kiállító helyként vegyünk részt a megvalósításban – Múzeumunk részéről nyitott fülekre talált.

1 Bibliography: Emőke Dr. Kiss-Tóth. "A védőnői hivatás történetének értékalakulási tendenciái" [Trends in the Evolution of Values in the History of Maternal and Child Health Nursing]. *Egészségtudományi Közlemények* [Journal for Health Sciences] 5, no. 1 (2015): 11–23. Mária Neményi. *Egy határszerep anatómiája – Védőnők a nem, szakmai és etnikai identitás metszéspontjában* [Anatomy of a Borderline Role – District nurses at the intersection of gender, ethnic and professional identity]. Budapest: Új Mandátum Kiadó, 2001.

There is a growing perception that every parental action – even the seemingly smallest decisions (such as feeding, playing or putting the child to sleep) – will have an irreversible impact on the little one's future and development. The widespread adoption of the psychological perspective has had a major influence in this. In addition, risk in general is no longer seen (in almost any area of life) as mere possibility, but as a potential danger to be avoided and prevented. This approach is, of course, also present in parenting. As a result of these changes, it has primarily become the parents' responsibility to assess these potential risks and – in possession of adequate information – avert them. *Developmental psychology* in particular has had a major impact on parenting trends in recent decades. As a result, there is increasing emphasis placed on monitoring developmental stages by parents and professionals. Today, information on the different stages of child development and the milestones to be achieved at these stages, is widely available online. An ever growing number of daycares, activities and programs focus on supporting children's appropriate development by identifying and preventing problems early on so that parents can participate in their child's development from infancy. Examples include *Rábeszések* (Parents are encouraged to hold their babies or toddlers on their lap while sitting on the floor), baby massage and mum & baby sessions, popular in larger cities. Monitoring developmental stages has raised awareness of their importance and changed the relationship between parents and children. Playing and working together is increasingly becoming a goal, the main aim of which is to encourage development, to prevent future developmental problems and to facilitate the child's progress through each developmental stage.

My research warns, however, of a trend towards intensive childcare that could erode existing local and social support and the associated services and programs not available everywhere. Further, many families lack – or can only acquire with difficulty – the resources needed for this intensive type of parenting. This also has an impact on the MCH nursing profession, which places greater responsibility on the parents in more disadvantaged and isolated communities. On the one hand, prevention has become an emphatic factor in MCH nursing. Tracing children's development and supporting informing families of their importance come to comprise a prominent part of the work over the last decade. On the other hand, since this has become an exacting task in the case of disadvantaged families, the role of MCH nurses has become even more important as they carry out the screenings and consultations with the appropriate professionals.

Information related to parenting

1 Bibliography: Emőke Dr. Kiss-Tóth [Trends in the Evolution of Value Education] *Egészségtudományi Közlemények* [Mária Neményi, Egy határszélről] [Anatomy of a Borderline Role] Budapest: Új Mandátum Kiadó

range of trends is now accessible to anyone via the internet. The coexistence of many different child-raising trends also provides parents with a certain freedom. At the same time, precisely because of the increased responsibility on parents, this sense of freedom often leads to uncertainty: it is difficult to know which perspective is better, which approach should be chosen for optimal facilitation of the child's development. In this respect, too, the MCH nurse plays a key role: parents who are unsure often turn to them for help and advice. All this shows that, although the profession has been greatly transformed over the past century, and the social environment and conditions have also undergone significant changes, maternal and child health nurses can still play an important role precisely on account of their close, personal relationship with the families in their care, which makes MCH nursing

SEMMEIWEIS
MEDICAL HISTORY
MUSEUM

ILDIKÓ HORÁNYI

The temporary exhibitions at the Semeiweis Medical History Museum have always aimed to provide a platform for contemporary artists to show their work within the museum and simultaneously reflect on our collection. This gesture brings new life into our permanent display and, as they are placed into new contexts, its objects are enriched with new layers of meaning. As the *Waiting Room* project fits neatly into this tradition, we were keen to offer our space as an exhibition venue and our collection as a source of inspiration for participating artists.

Az epekövek gyűjtése természetesen a saját kő-
vessel kezdődött. A műtét előtt metaforikus ér-
telmezést kapcsoltam az ismeretlen, láthatatlan
kis kőhöz, ami abban segített, hogy betegként
kiszolgáltatott helyzetemben valamennyit vissza-
nyerjek a saját testem feletti kontrollból. Az ér-
telmezésem csak az enyém, annak alakításában
teljes a szabadságom. A betegnek szüksége lehet
arra, hogy jelentéssel ruházza fel a folyamatokat
a gyógyulása érdekében, akár magát a testé-
ben tárgyasult epekövet is. Váratlan fejlemény
volt, hogy a kórházban a kezembe is nyomták,
így megnézhettem, tanulmányozhattam. Azért
őriztem meg – és gondolom, hogy mások is így
vannak vele –, mert voltaképpen a kővön keresz-
tül az ember a saját, gyógyuláshoz hozzásegítő
értelmezéséhez, a saját metaforájához, a saját
gondolatához kötődik érzelmiileg. Egy darabig.
Idővel aztán ez a kötődés elkopik, elmúlik.
Nálam viszont tárgyasult. Elkezdtem gyűjteni
mások epeköveit. Készen kapott természeti for-
mának, kvázi ready made-eknek tartottam őket.
Ezen a ponton a művészethez is kapcsolódott a
dolog, amennyiben szokták azt mondani, hogy
egy művészeti alkotásnak nincs sem célja, sem
funkciója – van viszont formája és szerepe ab-
ban a kultúrának nevezett munkafolyamatban,
amelyet a megismerés, a megértés érdekében
végzünk.

A hozzám került kövek különböző formájúak,
méretűek, színűek. Keménységük és így mintha
az anyaguk is kissé más lenne, miközben mégis
nagyon egyformák. Egy darabig ezekkel akartam
valamit kezdeni, pontosabban azt gondoltam,
hogy a sokaság hasonlósága és egyedisége által
hordozott metaforából sikerül valami általánost
megfogalmaznom. Ezért készítettem például
olyan fotogramot, amelyen az összes kő egyszerre
látszik, sorban egymás mellett, nagyságrendben.
Maradt azonban bennem hiányérzet. Elveszett
például a kövek anyagszerűsége, ami ebben az
esetben nagyon is fontos – hiszen a testünkben
látens módon növekedő tárgyról van szó, amit
ritkán láthatunk csak, és az anyaguk, a felületük
sok esetben láthatóan más, mint egy egyszerű
kavicsé. A fotogramon jól kivehető viszont az
a néhány rendhagyó, a többitől eltérő formájú
darab, amely a gyűjtés során hozzájuk került. A
véletlen formaképzés esetlegességének felisme-
rése inkább arra készítetett, hogy ellenálljak a
formai különlegességek csábító erejének. Inkább
azon kezdtem gondolkodni, hogy miért válnak
meg olyan könnyen az emberek a köveiktől, ha
már egyszer eltették, megőrizték őket. A kéré-
sem talán azt az esélyt kínálta számukra, hogy
a kő, amely nekik már nem jelent semmit, az
én kezeim között valamiképpen újra jelentéssel
telítődhessen.

Az epekő az egyetlen olyan betegséghez köt-
hető és az egészség érdekében kioperálható
részünk, ami nem gyorsan lebomló sejthalmaz,
hanem megőrzi a formáját, konzerválás nélkül
is eltehető a fiókba. Az epekő általában veszély-
telen, nem végzetes problémát okoz, hanem
átmeneti kellemetlenséget, és minimális koc-

kázattal operálható ki a testből. Nincs benne
semmilyen drámai potenciál, semmi olyasmi,
ami miatt méltó lenne kitartó érdeklődésünkre.
Érzelmileg nem lehet hozzá úgy kötődni, mint
mondjuk egy tejfoghoz (hogy a másik meg-
csontosodott szervtárgyat említsük, amit a test
eleve úgy hoz létre, hogy aztán kivesse magából).
Az öröm az epekőben épp az eltűnése, testből
való kikerülése, elporladása a gyógyulás során.
Bár az epekő orvosi értelemben szervmaradvány
– azaz megsemmisítendő –, tárgyasult volta
és szervetlen anyaga miatt mégis odaadható a
betegnek. Az egészségügyi hulladékokra vonat-
kozó szabályozás vonatkozik rá a leginkább, de
érint néhány, a kegyeleti joghoz tartozó kulcs-
fogalmat is, így a kettő közötti szürkezónába
esik. A kegyeleti jog alá például az amputált
testrészeket lehet sorolni (melyek esetében a
felismerhetőség a kulcsszó), vagy egy abortált
magzatot (akihez érzelmiileg kötődik az ember).
A dolog ennél pontosabban nem szabályozható,
és jelentéktelensége, veszélytelensége miatt
nincs is jelentősége a szabályozásnak.

Tulajdonjogi értelemben is érdektelen. Többfelé
is tartozhat: lehet a betegé, akinek a teste kiter-
melte, létrehozta; lehet az orvosé, aki a testből
kioperálta, láthatóvá tette; és végül lehet bárkié,
aki igényt tart rá. A gyakorlat az, hogy az orvos
megkérdezi a beteget, kéri-e. Ha nem, akkor
szervmaradványként elvben megsemmisítésre
kerül. Viszont nem fertőző, nem bomlik le, ezért
nem kötelező a megsemmisítése.

Mindebből az következik, hogy olyan tárggyal van
dolgunk, ami maga a megtestesült szürkezóna:
sem ez, sem az – az egyikhez túlságosan is a
másik, és mégsem. A maga nemében egye-
dülálló, de a maga neme, mint olyan, nem túl
érdekes. A test működésének mellékterméke,
de még salakanyagként sem elég karakteres,
hiszen semmilyen funkciója nincs.
Az epekő valami, ami nincs. A testet öltött, testhez
kötött semmi. Testből lesz porrá, a gyógyulás
folyamatának emlékezetében.

Az összegyűjtött köveket egy lezárt, fémtenge-
lyén forgatható üvegedénybe tettem, melyet a
látogatók forgathatnak. Az üvegedény megidézi
az orvosi eszközök, gyógyszerészeti tárolóedé-
nyek világát, homokórára is emlékeztem. A kövek
a forgás következtében egymást koptatják, és
lassan felörlí őket a súrlódás, az állandó ütközés és az
idő. Eleinte ez a folyamat hangképződéssel jár.
A hangokat rögzítjük, és a kiállítás folyamán az
elporladt köveket tartalmazó tárolóedény mellé
helyezzük, hallgathatóvá tesszük. A forgatást
megelőzően az eredeti köveket tartalmazó
edényről „előtte”-típusú tárgyfotó készül.

Üveg: Ábel Tamás
Fémállvány: Imrei Boglárka és Szilos András

Unsurprisingly, my collection of gallstones
started with my own one. Before the opera-
tion, I attached a metaphorical interpretation to
this unknown, invisible little stone; an act that
helped me, the vulnerable patient, regain some
control over my own body. My interpretation
was only mine and I had total freedom over
how I wanted to shape it. In aid of their own
healing, it makes sense that a patient would
have the need to attribute meaning to these
bodily processes – including the gallstone that
has materialised within them. I was surprised
when the doctor handed me the stone, giving
me the opportunity to properly examine it. I
decided to keep it – and I imagine others feel
the same way – because the object allowed for
an emotional attachment to my own metaphor
and personal interpretation that fostered the
journey of healing. For a while, at least. With
time, this attachment usually fades and then
slowly disappears.

For me, however, it materialised itself in this
very concrete object. I decided to collect other
people's gallstones as well. I considered them
to be something like ready-mades, produced
by nature. In this sense, my quest was connect-
ed to art, as it is often said that artworks have
no purpose or function, only a form and a role
within the process we call culture – a type of
labour performed for the sake of cognition and
understanding.

The stones I ended up with are of various forms,
sizes, and colours. They vary in degrees of hard-
ness and therefore it feels like they are made of
different materials, while also being very similar.
In the beginning, I wanted to work with these
ideas, hoping to formulate something general
from the metaphor carried by the simultaneous
presence of uniqueness and similarity within a
multitude. I made a photogram, for example,
where all stones are presented in an order of
magnitude.

Yet I still felt like something was missing. The
materiality of the stones was lost – something
that is quite crucial for an object growing lat-
tently in the human body; an object we can only
rarely catch a glimpse of, with a materiality and
surface texture so obviously different from that
of a simple pebble. The photogram, however,
did a good job at highlighting the few irregu-
larly formed gallstones that I acquired during
the collection process. Once I understood the
randomness of the force that created these
forms, I was able to resist the temptation to
dwell on formal peculiarities. I decided instead
to focus on the reasons why people were ready
to part with the stones they had held on to for
so long. I wondered whether they felt that
my proposal was a chance for their gallstones,
already meaningless to them, to once again be
saturated with meaning.

Gallstones are the only illness-related formations
in the human body that, once removed in order
to restore health, do not rapidly decompose but
keep their original form and can thus be easily
stored in an ordinary drawer. Gallstones usually are
a minor, non-terminal form of disease, a temporary
inconvenience, and their operation only poses a
minimal risk. They have no dramatic potential,
nothing that would warrant our sustained interest.

They do not invoke emotional attachment
the way a milk tooth does (the other ossified
organ-object produced by the body destined for
rejection).

Although in a medical sense, the gallstone is
the residue of an organ and should therefore
be destroyed, its fossilised form and inorganic
material make it a safe keepsake for the patient
to take home. The regulation on medical waste
is probably the most applicable to gallstones,
yet as they also touch upon certain key issues of
funerary law, they fall into a grey zone between
the two. Funerary law applies to entities like
amputated limbs (where recognisability is the
key concept) and aborted fetuses (because of
the emotional attachment). Gallstones seem to
fall outside of every legal category, but since they
are quite trivial and pose no great risk, there is
also no need for their more precise regulation.
They also seem uninteresting in terms of prop-
rietary rights. They can belong to a variety
of people, including the patient, whose body
produced them, the doctor, who removed them
from the body and made them visible, and
also to basically anyone who happens to claim
them. The general practice is that the doctor
asks the patient whether they want the stone.
If not, then it usually gets destroyed as medi-
cal waste – this, however, is not a compulsory
procedure as the stone is non-infectious and
does not decompose.

The gallstone is therefore the very incarnation
of a grey zone: it is neither this nor that; to
be seen as one thing it is too much like the
other, yet not quite enough. The stone is thus
unique in its own right, but 'its own right' is
not very interesting. It is a by-product of the
body's normal functioning; even as excrement,
it is without much of a character, as it bears no
function whatsoever.

The gallstone is something that is not. It is in-
carnated, embodied nothingness. From the
body, it shall return to dust, to commemorate
the process of healing.

I put the collection of stones in a glass vessel
that the visitor can turn along its metal axis. The
vessel evokes the world of medical instruments
and pharmaceutical containers, but also recalls
the shape of an hourglass. Due to the constant
rotation, the stones rub up against each other
and are thus slowly but surely completely erod-
ed through the forces of time and friction. In
the beginning, this process produces sounds
that we record and place by the vessel with the
pulverised gallstones, making them audible
for the visitor. Prior to the rotation process, a
'before' type photo is taken of the vessel with
the original stones.

Glasswork: Tamás Ábel
Metal stand: Boglárka Imrei and András Szilos



SEMMELWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

1.
A MÚZEUM

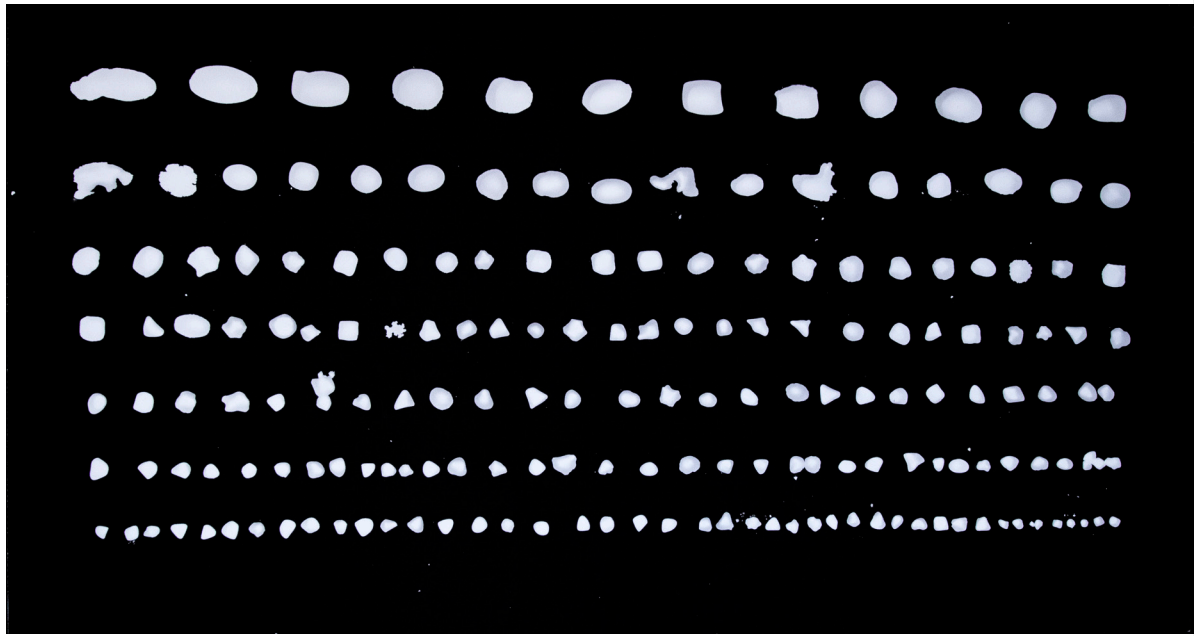
A Semmelweis Orvostörténeti Múzeum 1965-ben nyílt meg. Ezt megelőzően több évnyi előkészítő munka segítette alapításakor megfogalmazott céljait, gyűjtőkörének megrajzolását. A magyar vonatkozású orvos- és gyógyszerésztörténeti emléktárgyak összegyűjtésén és tudományos feldolgozásán túl egyik fontos célja Semmelweis Ignác (1818–1865) munkásságának és családi hagyatékának őrzése, gyűjtése, feldolgozása, kultuszának ápolása lett. Hiszen a múzeum helyszínének kiválasztása már évekkel előbb megtörtént, a nemzetközileg legelismertebb magyar orvostudor szülőházát szemelve ki erre a célra. A Tabán rehabilitációjakor megkímélt, ám a II. világháborúban súlyosan sérült polgár- és kereskedőház műemléki újjáépítése már egy kialakítandó múzeum szempontjait vette figyelembe. A gyűjtemény alapját a Budapesti Királyi Orvosegyesület Könyvtárának jogutódjaként tekinthető Orvostörténeti Könyvtár anyaga adta, mely könyveken és dokumentumokon kívül az orvosi és gyógyszerészeti mesterség tárgyi kultúráját tükröző korábbi gyűjtemények megmaradt anyagát is őrizte. Később a két intézményt összevonták, majd levéltárral bővítették. Ma a Magyar Nemzeti Múzeum keretein belül működik.

SEMMEIWEIS
MEDICAL HISTORY
MUSEUM

1.
MUSEUM

The museum's 1965 opening was preceded by years of preliminary work to outline its foundational goals and the focus of its collection. Besides collecting and researching the material traces of Hungarian medical and pharmaceutical history, another main aim is to preserve, collect, and process the work and family heritage of Ignác Semmelweis (1818–1865), cultivating his status in public memory. The museum's location had long been appointed as the former home of the most internationally well-known Hungarian doctor. The house, inhabited by tradesmen and members of the middle classes, was spared during the rehabilitation of the surrounding area (the "Tabán"), but was severely damaged in World War II. Its subsequent reconstruction was already carried out with the needs of a future museum in mind. The collection's core was formed by the material heritage of the Medical History Library (the legal successor of the Royal Budapest Medical Association's Library), which preserved not only books and documents, but also the material culture of medical and pharmaceutical practice as inherited from earlier collections. The two institutions were later merged and expanded with an archive, currently operating within the framework of the Hungarian National Museum.





60



Fotográfusként a figyelmem az egészségügyben dolgozó nők képi reprezentációja felé fordult. Több publikus és online elérhető fotógyűjteményt megvizsgáltam, majd az MTVA fotóarchívumában végeztem kutatást, ahol sok női orvosról készült képet találtam, az orvosnő (35 találat), a doktornő (40 találat) és az orvos (4198 találat) szavakra keresve. Ezeknek egy jó része az ötvenes-hatvanas években készült, és illeszkedett a korabeli sajtófotó jellegzetes képi világába: a képeken látszik a tudatos rendezés és a jobbára mesterséges fényhasználat.

A fotókat nézegetve feltűnő volt, hogy a női orvosokat a leggyakrabban gyerekek ellátása közben ábrázolják. Ez abból is következett, hogy Magyarországon a gyermekorvosok között mindig jelentős volt a nők aránya, a jelenleg praktizáló gyermekorvosok háromnegyede szintén nő. Mivel a hagyományos női szerepmodellben a nők feladata a gyermekek gondozása, a nők felülreprezentáltsága a gyermekorvosi szakmában tulajdonképpen ennek a szerepelvárásnak a családon kívüli kiterjesztése. Ennek a szerepnek az ábrázolása látható a sajtófotókon is, amikor a női orvosokat ábrázoló fényképek a magasan iskolázott nő imázsa vagy az általa végzett munka szellemi erőfeszítéseinek bemutatása helyett inkább a betegellátás anyai, gondoskodó, érzelmi részére helyezték a hangsúlyt. Különös képi jelenség jött így létre, hiszen a fotók a barokkos fényhasználat és a kimerevített jelenetek miatt szignifikáns hasonlóságot mutatnak a Máriát és a Kisjézust ábrázoló festményekkel. Tekintve, hogy a kommunista államhatalom komoly lépéseket tett a kereszténység és az egyházak felszámolására, a keresztény ikonográfia ilyen markáns megjelenését kifejezetten érdekes képi leletnek tartom.

A szentképek kis méretű, imakönyvben őrizhető képek, melyek a szent családot, bibliai jelenségeket vagy szenteket ábrázolnak, és a katolikus vallás gyakorlói az otthoni magánáhitat során használják őket. Ezeket szokás volt gyűjteni, és gyűjtőik gyakran nagy műgonddal rendezték őket albumokba. Ehhez a gyűjteményező szokáshoz visszanyúlva elkészítettem speciális álszentkép albumomat. Az albumban egymás mellett szerepelnek eredeti szentképek, művészettörténetből ismert festmények általam szentképformátumra alakított variációi, valamint a női orvosok fotói. A különböző forrású képek összesimulnak, a kompozíciós hasonlóságok láthatóvá válnak. A gyűjtemény egyrészt szakralizálja az orvosábrázolásokat, másrészt a piros műbőr album idézőjelei között felvillantja a gyermekkori bélyeg- és képeslapgyűjteményeket övező áhitatot is.

Ezt a szentképábrázolási típust követi a Szommer Mária védőnőről készült portrém is. Mária gondozta a terhességemet 2019-ben, és ő volt az, aki egy rutinlátogatás alkalmával felismerve a terhességi toxémiát, és haladéktalanul kórházba küldött. Az ő szakmai felkészültségén múlt, hogy a gyermekem és én időben

kerültünk szakorvosi kezekbe, így a kisfiam a korai születés ellenére semmilyen maradandó károsodást nem szenvedett. A védőnői hálózat megléte, ezen belül is különösképpen Mária szakértelme a családom egész jövőjére hatással volt, így személyesen tapasztalhattam meg a védőnők munkájának fontosságát. Mivel a védőnők képi reprezentációja még a többi női egészségügyi dolgozóénál is hiányosabb, ezzel a portréval szeretném megnyitni a sort, és képi jelenlétet adni Szommer Máriának, valamint a magyarországi védőnőknek a Semmelweis Orvostörténeti Múzeum falai között.

SEMMELWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

2.
BÁBÁK

Az elmúlt századokban a szülő nő és a magzat élete a baba szaktudásától függött. Amennyiben hozzá nem értő baba segédkezett, a szülés gyakran végződött a szülő nő és a gyermek halálával. Az anya- és csecsemőhalandóság magas számának csökkentését szerették volna elérni a bábák megfelelő képzésével a 18–19. században. Az erre vonatkozó legkorábbi javaslat Torkos Justus János (1699–1770) tollából származik, aki az 1745-ben megjelent *Taxa Pharmaceutica Posoniensis* című munkájában szabályozta a bábák működésének feltételeit. Ez volt az alapja az 1770-ben kiadott *Generale Normativum in Re Sanitatis* rendeletnek, amely tartalmazta az egészségügy megszervezéséhez szükséges jogszabályokat, így a bábák működésének kereteit is. Munkájukat engedélyhez kötötték, amelyet kizárólag a hatósági orvos előtti vizsga után kaphattak meg. A törvény alapján a vármegyék és a városok kötelesek voltak az orvos mellett fizetett bábát is alkalmazni. Bevezették kötelező oktatásukat, megszervezték annak iskolai feltételeit. Ennek ellenére a 20. század elejéig a képzésben részesült bábák száma országos viszonylatban rendkívül alacsony volt, ezért főképp a kisebb településeken működtek olyanok, akik oktatás nélkül, gyakorlatban szerzett ismereteikre támaszkodtak.

ossible for my son and me to get ment on time, ensuring that my no permanent damage. The exis-alth visitor network, but especially tence has had a lasting impact on ny whole family and provided me al perspective on the importance . As the visual representation of .I is even more lacking than that le health workers, I dedicate this the first in line, granting a visual Mária Szommer and Hungarian in general within the walls of the Medical History Museum.

ally "a woman who protects". Translator's note.

Fotográfusként a figyelmem az egészségügyben dolgozó nők képi reprezentációjára fordult. Több publikus és online elérhető fotógyűjteményt megvizsgáltam, majd az MTVA fotóarchívumában végeztem kutatást, ahol sok női orvosról készült képet találtam, az orvosnő (35 találat), a doktornő (40 találat) és az orvos (4198 találat) szavakra keresve. Ezeknek egy jó része az ötvenes-hatvanas évekből készült, és

Illeszkedett a korabeli sajtófotóje világába: a képeken látszik a tud és a jobbára mesterséges fényh: A fotókat nézegetve feltűnő vo orvosokat a leggyakrabban gye közben ábrázolják. Ez abból is köv Magyarországon a gyermekorvos dig jelentős volt a nők aránya, a tizáló gyermekorvosok háromne nő. Mivel a hagyományos női szer a nők feladata a gyermekek gon felülrprezentáltsága a gyermeke ban tulajdonképpen ennek a szere családon kívüli kiterjesztése. Enne az ábrázolása látható a sajtófotó a női orvosokat ábrázoló fénykép iskolázott nő imázsa vagy az általa ka szellemi erőfeszítéseinek bemu inkább a betegellátás anyai, gonc mi részére helyezték a hangsúlyt jelenség jött így létre, hiszen a fot fényhasználat és a kimerevített je szignifikáns hasonlóságot muta és a Kiséjzust ábrázoló festmény ve, hogy a kommunista államha lépéseket tett a kereszténység é felszámolására, a keresztény iko markáns megjelenését kifejeze képi leletnek tartom.

A szentképek kis méretű, imakönyvek, melyek a szent családot, teket vagy szenteket ábrázolnak, vallás gyakorlóit az otthoni magáhasználatjuk öket. Ezeket szokás végzőitők gyakran nagy műgondtők öket albumokba. Ehhez a szokáshoz visszanyúlva elkészítélszentkép albumomat. Az album mellett szerepelnek eredeti szévészettörténetből ismert festmésszentképformátumra alakítottv mint a női orvosok fotói. A külöképek összesímulnak, a kompozágok láthatóvá válnak. A gyűjterszakralizálja az orvosábrázolásokpiros műbőr album idézőjelei köz a gyermekkori bélyeg- és képesnyeket övező áhíthatot is.

Ezt a szentképábrázolási típust követve Mária védőnőről készült portréja gondozta a terhességemet 2019-ben, az, aki egy rutinlátogatás alkalmán megvizsgálta a terhességi toxémiát, és háziorvosi kórházba küldött. Az ő szakmai hozzájárulása miatt, hogy a gyermekem egészségesen született.

SEMMELWEIS
MEDICAL HISTORY
MUSEUM

2. MIDWIVES

In the past centuries, the life of newborn babies and their mothers depended on the knowledge of midwives. If the attending midwife lacked the necessary expertise, the birth could end with the death of both baby and mother. In the 18th and 19th centuries, several attempts were made to organise the education of midwives in order to decrease the high numbers of maternal and infant mortality. The earliest such motion was made by János Justus Torkos (1699–1770), who, in his 1745 work *Taxa Pharmaceutica Posoniensis*, proposed the regulation of the operating conditions of midwives. This formed the basis of the 1770 regulation entitled *Generale Nominativum in Re Sanitatis*, which included the necessary legalities for organising healthcare and outlined the framework for the legal operation of midwives. This entailed an operating permit issued once the midwife passed an exam overseen by the local medical authority. According to the law, counties and towns were obligated to employ a paid midwife alongside doctors. Their compulsory education was introduced, its conditions were outlined. However, up until the beginning of the 20th century, the number of midwives actually receiving formal education remained very low; the majority of midwives in smaller towns and villages continued to rely on practical knowledge.

VIOLA FÁTYOL

65

My interest as a photographer has recently turned towards the visual representation of women in healthcare. I have researched several public and virtual photo collections, as well as the MT-VA's (Media Services and Support Trust Fund) photography archive, where I found numerous images of women doctors when searching for the keywords "female physician" (35 matches), "female doctor" (40 matches) and "doctor" (4198 matches). A large portion of these were taken in the 1950s and 1960s, with the typical visual aesthetic of the era's press photography: they are heavily staged and rely on artificial lighting. Skimming through the images, it became quite evident that female doctors were most typically depicted while caring for children. This is partly because women have always been overrepresented amongst Hungarian paediatricians: about three quarters of currently active paediatricians are still female. As the traditional female role model is organised around childcare, the high percentage of women in the paediatric profession can be seen as an extension of the same role model beyond the family. Press photographs also reiterate this model, when instead of the image of the highly educated woman or her intellectual efforts, they highlighted the motherly, caring, emotional aspect of female physicians' work. This results in a peculiar visual phenomenon: the baroque-like use of light and the staged scenes show significant similarities with paintings of the Holy Mary and Baby Jesus. Keeping in mind that the communist state authority did everything in its power to eliminate Christianity and the Church, I consider this obvious reiteration of Christian iconography a very interesting visual discovery. Religious icons depicting the Holy Family, Biblical scenes, or saints are often small enough to fit into prayer books, making them an important part of private liturgies for Catholics. It was customary to collect these images and arrange them with great care into dedicated albums. Reaching back to this tradition, I prepared my own special fake icon album. Here, I present original religious imagery alongside some well-known paintings that I rephrased as religious icons, as well as the photographs of female doctors. As a result of the juxtaposition, the different images come together; their compositional similarities become evident. On the one hand, the collection sacralises the images of doctors, while also playfully calling to mind, through the red imitation leather album, the reverence surrounding the stamp and postcard collections of our childhood.

This religious iconography resurfaces in my portrait of health visitor Mária Szommer. I was in Mária's care during my pregnancy in 2019, and it was she who diagnosed my pregnancy toxemia during a routine visit and immediately sent me to hospital. Her professional competen-

ce made it possible for my son and me to get medical treatment on time, ensuring that my baby suffered no permanent damage. The existence of the health visitor network, but especially Mária's competence has had a lasting impact on the future of my whole family and provided me with a personal perspective on the importance of their work. As the visual representation of health visitors¹ is even more lacking than that of other female health workers, I dedicate this portrait to be the first in line, granting a visual presence to Mária Szommer and Hungarian health visitors in general within the walls of the Semmelweis Medical History Museum.





SEMMEIWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

3.
HUGONNAI VILMA

Hugonnai Vilma nevét valószínűleg sokan ismerik, életét regények, filmek dolgozták fel. Az első magyarországi női orvos 1847-ben született grófi család leszármazottjaként. Élete jól példázza, hogy a nők jelenlétéről a magyar orvostudományban csak a 19. végétől kezdődően beszélhetünk, általánosan elfogadottá és elismertté azonban ennél is később, a huszadik század elején vált a női orvosi tevékenység. Az okos, tanulni vágyó fiatal lány azonban nem végezhetett itthon felsőbb iskolákat, ugyanis ezeket akkor nők még nem látogathatták. Svájcban képezhette tovább magát, ahol női hallgatók előtt is nyitottak voltak az egyetemek. 1872-ben iratkozott be a Zürichi Egyetem orvosi fakultására, majd a kórházi gyakorlatot követően 1880-ban tért haza. Azonban küzdelmes út várt rá, csupán 1897-re sikerült kiharcolnia, hogy diplomáját Magyarországon is elfogadják. Erre azt követően kerülhetett sor, hogy 1895-től hazánkban engedélyezték, hogy nők is részt vehessenek a felsőoktatásban. Hugonnai Vilma a női emancipációs mozgalom egyik élharcosa lett. A *nőmozgalom Magyarországon* című művében fejti ki gondolatait arról, hogy milyen szerepet játszhatnak a nők a szellemi életben, illetve kijelöli a helyüket az egészségügy területén belül is. Elsősorban a szegények, elesettek és a nők orvosaként praktizált, de jelentős munkát végzett az egészségügyi felvilágosítás terén is. A Múzeum állandó kiállítása is megemlékezik Hugonnai Vilmáról, adattára pedig őrzi az orvosnő hagyatékát, amelyben többek közt kiadatlan kéziratái, betegnaplói, orvosi tevékenységgel kapcsolatos iratai találhatók.





SEMMEWEIS MEDICAL HISTORY MUSEUM

3. VILMA HUGONNAI MUSEUM

Vilma Hugonnai's name is quite well-known, as her life was an inspiration for several novels and films. The first Hungarian female doctor was born in 1847 as the descendant of a lineage of Hungarian counts. Her career demonstrates that the presence of women in Hungarian medical science can only be dated back to the late 19th century, while their general acceptance and recognition came even later, in the first half of the 20th century. Hugonnai, a bright woman eager to study, did not have the chance to enter higher education in Hungary, as women were banned from these institutions at the time. Therefore she studied in Switzerland, where universities were open to women. She enrolled at the Medical Faculty of the Zürich University in 1872, and then returned to Hungary in 1880 after her hospital placement. Her struggles, however, did not come to an end, as it took another 17 years to get her degree acknowledged by the Hungarian authorities. This was only possible after an 1895 act that allowed women to participate in higher education.

Hugonnai became one of the leading figures of the Hungarian women's liberation movement. Her work *Women's Movement in Hungary* summarises her thoughts on the contributions women could make to intellectual life as well as their potential role in healthcare. She dedicated her career to women and those living in poverty and at the peripheries of society, while also doing relevant work in the field of health education. The Semmelweis Museum's permanent exhibition commemorates Hugonnai's work and the institution's archive preserves her material heritage, including her unpublished manuscripts, patient diaries, and other documents related to her medical practice.



A legenda szerint Wilgefortis *(a latin eredetű „virgo fortis” szóösszetételből ered, ami „bátor szűzet” jelent)* örök szüzességet fogadott Istennek, azonban édesapja, a pogány portugál király ennek ellenére férjhez akarta adni Szicília királyához. Wilgefortis kemény böjtbe fogott, önmegtartóztató gyakorlatokkal sanyargatta magát, koplalt és külön imádkozott azért, hogy a nők megszabaduljanak az életükben megtapasztalt szenvedéstől: a nem kívánt férjektől, a nőket érő fizikai erőszaktól és a gyakori fájdalommal járó menstruációtól. Azért is fohászkodott Istenhez, hogy vegye el szépségét, és így elriassza a kérőket. Egy nap szakállal ébredt, amivel valóban sikerült elkerülnie, hogy férjhez adják. Apja dühe elől azonban nem menekülhetett: a király keresztre feszíttette saját lányát. Wilgefortis az abúzust elszenvedett nők, a kegyetlenkedő férjeiktől szabadulni akaró asszonyok védőszentje, és emellett női betegségekből való gyógyulásért is szoktak hozzá fohászkodni. Úgy emlékeznek rá, mint a bátor nőre, aki meghalt azért, mert kiállt a férfi elnyomás ellen és reményt adott a nőknek, akik szintén ki voltak téve a férfi erőszaknak és hatalomnak. Wilgefortis legendája az 1000-es évekre datálható, ám csak az 1200-as évektől övezte nagy tisztelet a városokban és kolostorokban egyaránt. Európa-szerte Jézushoz hasonlóan, kereszten és hosszú (női) ruhában ábrázolták. Wilgefortis története az orvostudományhoz kapcsolódva is aktuális: jelenleg is nagyon sok nő szenved az arcszőrzet problémájától. Míg az arcszőrzet Wilgefortisnál a férfiak elleni védekezést szolgálta, „védelmet nyújtott”, ma már szégyenérzést kelt; szorongást, depressziót vált ki azokban a nőkben, akik fokozott szőrnövekedésben (hirsutizmusban) szenvednek. A legenda érvényessége visszaköszön a női jogokért vívott harcban, mind az abúzust elszenvedett nők helyzetét, mind hétköznapi életüket tekintve.

According to legend, Wilgefortis, whose name originates from the Latin compound ‘virgo fortis’ (‘brave virgin’), vowed eternal virginity to God, yet her father, the heathen king of Portugal, planned to marry her to the king of Sicily. Wilgefortis embarked on a strict fast and tortured herself with various other exercises in abstinence, while praying to God to rid women of the manifold sufferings they experience throughout their lives, such as unwanted husbands, physical violence, recurring pains, and menstruation. She also pleaded with God to take away her beauty as a way of deterring her suitors. One morning, she woke up with a beard and thus managed to avoid being married off. However, she couldn’t escape her father’s anger: the king condemned his own daughter to crucifixion. Wilgefortis is known as the patron saint of battered women and wives who hope to escape from their abusive husbands. She is also invoked to heal diseases of the female reproductive system. She is remembered as a brave woman who was ready to face death in her fight against patriarchal oppression, offering hope to other women who are exposed to male aggression and dominance. Wilgefortis’ legend can be dated back to the 1000s, but she only gained respect among both laywomen and nuns in the 1200s. She became known under various names throughout Europe and was usually portrayed in a Jesus-like manner, on the cross, wearing a long (female) dress. Wilgefortis’ story is also pertinent to the medical discourse: facial hair still poses an issue for many women. While in the past it “gave protection”, in the present it provokes shame and depression in women suffering from increased hair growth (hirsutism). Wilgefortis’ story also resonates with the fight for women’s rights, concerning women’s everyday lives as well as the situation of abused women.



74

SEMMELWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

4.
„LUJZA”

A firenzei Palazzo Pitti természettörténeti és fizikai stúdiójában 1775-től működött Felice Fontana (1730–1803) anatómus vezetésével az a viaszmodelláló műhely, ahol olyan európai hírnévű viaszszobrászok dolgoztak, mint például Clemente Susini (1754–1814) vagy Paolo Mascagni (1752–1815). A tudományos és művészi kivitelezés tekintetében egyaránt magas színvonalat képviselő anatómiai szemléltető eszközök legszebb darabjait készítő műhely évtizedeken keresztül látta el Európa egyetemeit az oktatáshoz nélkülözhetetlen anatómiai készítmények viaszból készült változataival. A különféle kisebb szervektől kezdve az egész alakos bonctani figurákig több ezernyi viaszpreparátum dícséri az anatómusok és művészek összehangolt munkáját. Innen került ki a II. József által 1789-ben a pesti orvosi fakultásnak ajándékozott, a női test nyirokrendszerét bemutató méretarányos figura is, amely szépségével méltán érdemelte ki a *Venus Anatomica* (hétköznapi nevén „Lujza”) elnevezést, és amely a Múzeum kiállításának egyik legmegbecsültebb darabjává vált.





SEMMELWEIS
MEDICAL HISTORY
MUSEUM

4.
"LUJZA"

Florence's famous wax modelling studio that employed internationally renowned artists like Clementine Susini (1754–1814) and Paolo Mascagni (1752–1815), operated in the city's natural history and physics studio under the auspices of anatomist Felice Fontana (1730–1803) from 1775. Working to a very high scientific and artistic standard for decades, the studio supplied European universities with beautiful, wax-based anatomical visual aids that were indispensable for medical education. From smaller organs to full-body anatomical models, thousands of wax figures testify the coordinated work of artists and scientists. The wax figure representing the female lymphatic system to scale, presented as a gift by Joseph II to the Medical Faculty of Budapest in 1789, was also produced in this studio. The figure's beauty earned it the name *Venus Anatomica* (more commonly known as "Lujza"). It is one of our collection's most treasured pieces.





78

79



A védőnők kilencvenkilenc éve nyújtanak segítséget a legfontosabb életszakaszokban: a gyermekvárás alatt, az újszülött fogadásakor, a családi élet kialakításánál; támogatják a családokat a gyerekek óvodába, iskolába menetelénél. Jelen vannak mind az alap-, mind a szakellátásban. A területi védőnők a várandósok és gyereket nevelők körében, az iskolavédőnők az oktatási intézményekben végzik munkájukat. A kórházi védőnők jellemzően a szülészeten, újszülött osztályokon dolgoznak, és a várandós, gyermekágyas anyák ellátásában, a szoptatás segítésében, az anya és újszülöttje hazabocsátásának előkészítésében, az egészségnevelésben vesznek részt.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szervezetében működő Család-
védelmi Szolgálat munkatársai védőnői képe-
sítéssel rendelkező szakemberek. Feladatuk
többek között az oktatási intézményen kívüli
családtervezési ismeretek terjesztése, a nehéz
helyzetben lévő várandós anyák segítése, támo-
gatása, illetve a terhességmegszakítás előtti és
utáni tanácsadás.

Munkájuk nagyon fontos, de nem látványos,
nincsenek megbecsülve sem szakmailag, sem
anyagilag, pedig a társadalom minden szeg-
letében jelen vannak. Sokszor az ő személyük
és az irántuk érzett bizalom segít abban, hogy
perifériára szorult embereket elérjenek, nőgyó-
gyászati, pszichológiai, nevelési és egyéb segit-
séget adva nekik.

A gyűjteményben való kutatásom során szá-
mos védőnőkről készült csoportképet, portrét
találtam. Ezeket tanulmányozva arra gondol-
tam, hogy személyes portrékat készítek a mai
Magyarországon dolgozó védőnőkről.

A kiállításon két „portré” kerül bemutatásra:
A slideshow Bánhidi Ildikó 17. kerületi védőnő
egy napját mutatja be. Ildikó hosszú évek óta
dolgozik területi védőnőként. Baba-mama klu-
bot vezet, dolgozik anyaothonban, újabban
mediátor képzésre jár. Ildikó nagyon elkötelezett
a munkája iránt, szinte nincs is olyan része, amit
ne szeretne.

A hanganyagban Mészáros Ágnes mesél a mun-
kájáról. Ági szociális munkás, számos egyéb
feladata mellett védőnői feladatokat is ellát.
Az Élessarokhoz jár ki hajléktalan családokat
látogatni, az ő ügyes-bajos dolgaikat intézi,
tanácsokat ad, abortuszt szervez, terhesség-
megelőzésről beszél. Ő maga is volt hajléktalan
anya, gyermekével kilenc évet töltött utcán és
egy autóban. Ismeri a telep összes tagját, prob-
lémáikat. Érti és beszél a nyelvüket.

In the last 99 years, Hungarian health visitors have been offering their help in the most important stages of life, including pregnancy, the arrival of a newborn, and the beginnings of family life; supporting families through the

SEMMELWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

5.
ORIENTALE PHARMACIA

Az Orvostörténeti Múzeum állandó kiállítása alapjai-
ban a nyugati orvoslás történetére fókuszál, ezen belül
leginkább az európai színtérre helyezi a hangsúlyt.
Földrajzi és kulturális helyzetét tekintve ez így ter-
mészetes, hiszen a magyar orvostudomány is ebbe a
régióba ágyazódott be. Épp ezért a jelenleg kronoló-
giai vezérfonalat követő tárlat párhuzamosan szem-
lélteti a szakma tágabb és hazai összetevőit, fejlődési
ívét. Az intézet gyűjtőkörét is ekképp határozták meg
alapításakor. Azonban a tárlat igyekszik, ha csupán
jelzés értékűen is, kitekintést nyújtani a történeti korok
más kultúrkörében megjelenő egészségfelfogására, a
gyógyítás eltérő szemléletű vonulataira. A közel-keleti
iszlám és a keresztény kultúrkör egymással szorosabb
kontaktusai révén gyümölcsözően osztotta meg az
egészségvédelemmel, higiéniével, terápiával kapcso-
latos tapasztalatait, azonban Ázsia távolibb régióinak
tudását évszázadokon keresztül csupán a kereskedők
révén ismerhettük meg. A több évezredes múltra
visszatekintő, azonban más filozófiai alapokon nyug-
vó, a gyógyításhoz másképp viszonyuló távol-keleti
orvoslásnak a kiállítás egy vitrint szentel. Ez természe-
tesen igencsak behatárolja a lehetőségeket, épp csak
éreztetni lehet, hogy ennek a kultúrkörnek az orvos-
tudománya sem konstans, egységes. A régión belüli
különbségeket hivatott kifejezni a koreai szülészorvos
alakjának felvillantása, az ópium körüli bonyodalmak
megidézése, illetve a japán és kínai gyógyítás történe-
téhez kapcsolódó tárgykultúra bemutatása.

A védőnők kilencvenkilenc éve nyújtják a legfontosabb életszakaszok mekvárás alatt, az újszülött fogadásától a felnőtt élet kialakításánál; támogatják a gyerekek óvodába, iskolába menését, vannak mind az alap-, mind a szakképzésben. A területi védőnők a várandósok nevelők körében, az iskolavédőnők az intézményekben végzik munkájukat. A kórházi védőnők jellemzően a szülészeti és újszülött osztályokon dolgoznak, gyermekágyas anyák ellátásában, a szülés utáni gondozásban, az anya és újszülöttjének ellátásában, az egészségügyi szűrésben vesznek részt.

Az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat (ÁNTSZ) szervezetében működő területi Szolgálat munkatársai a védőnői szolgálatot ellátó szakemberek között az oktatási intézményekben, családtervezési ismeretek terjesztésében, a várandós anyák szűrésében, illetve a terhességmegszakítás utáni tanácsadás.

Munkájuk nagyon fontos, de nem mindig kapnak megbecsülést sem a társadalom, sem a családban. Sokszor az orvosok és az irántuk érzett bizalom segít a perifériára szorult embereket elérni. Gyógyászati, pszichológiai, nevelési és jogi segítséget adva nekik.

A gyűjteményben való kutatásom során védőnőkről készült csoportportrékat találtam. Ezeket tanulmányozva láttam, hogy személyes portrékat is készítenek Magyarországon dolgozó védőnők. A kiállításon két „portré” kerül be. A slideshow Bánhidi Ildikó 17. életévi napját mutatja be. Ildikó hétévesen kezdte el dolgozni területi védőnőként. Balról vezet, dolgozik anyaotthonban, a mediátor képzésre jár. Ildikó nagyon szereti a munkáját, szinte nincs is olyan nap, amikor ne szeretne.

A hanganyagban Mészáros Ágnes beszél a munkájáról. Ági szociális munkás, szociális feladata mellett védőnői feladatokat is ellát. Az Élessarokhoz jár ki hajléktalanokat látogatni, az ő ügyes-bajos dolgaikat tanácsokat ad, abortuszt szervez, a megelőzésről beszél. Ő maga is volt anya, gyermekével kilenc évet töltött egy autóban. Ismeri a település történelmait. Érti és beszéli a nyelvű

SEMMEIWEIS
MEDICAL HISTORY
MUSEUM

5.
ORIENTALE PHARMACIA

The museum’s permanent exhibition is organised around the history of Western medicine with a special focus on Europe. This is an obvious choice, since its geographical and cultural roots have embedded Hungarian medical science within this region. Therefore the currently chronologically organised exhibition juxtaposes Hungarian and European developments in medicine. Upon its foundation, the collection’s focus was also defined along these lines. Yet we have also attempted to give glimpses into other cultures’ medical history and different concepts of health and healing. Due to their physical proximity and regular contact, there was a continuous exchange of ideas about healthcare, hygiene, and therapy between Christian Europe and Middle Eastern Islamic cultures. Yet for many centuries, the knowledge of further Asian regions was only transmitted to Hungary by travelling tradesmen. Our exhibition dedicates one display case to the millennia-old medical practices of the Far East, which rest on very different philosophical traditions with a different attitude towards healing. This is obviously a rather limited perspective, but it allows us to demonstrate that this medical culture is also really varied and constantly changing. We aimed to give a glimpse of regional differences through evoking the figure of the Korean obstetrician, the issues around opium, as well as some artefacts from Chinese and Japanese medical history.

In the last 99 years, Hungarian health visitors have been offering their help in the most important stages of life, including pregnancy, the arrival of a newborn, and the beginnings of family life; supporting families through the inauguration of children into kindergartens and schools. They are present in both basic and specialised healthcare. Some health visitors are employed by districts to care for pregnant women and those raising young children, while others work with schools and other educational institutions.

In hospitals, health visitors usually work at obstetric or neonatal units, looking after pregnant and postpartum women, assisting with breastfeeding, preparing mothers and newborns for their release from hospital, and participating in health education.

Employees of the ÁNTSZ's (National Public Health and Medical Officer Service) family care centres are all qualified health visitors. Their tasks include extra-institutional education about family planning, caring for and supporting pregnant women in difficult social circumstances, and pre- and post-abortion counselling.

The work of health visitors is very important, yet almost invisible: even though they are present in almost every corner of society, they are underpaid and do not receive the respect they deserve. It is often their personal presence and the trust they invoke in people that helps them bridge the gap and offer gynaecological, psychological, educational, etc. help to those on the periphery of society.

During my research in the collection, I came across numerous individual and group portraits of health visitors. Studying these, I decided to create my own portraits of health visitors currently active in Hungary.

This exhibition features two of these 'portraits': The slideshow presents a day in the life of Ildikó Bánhidi, who has been working as a health visitor in Budapest's 18th district for a long time. She runs a mum & baby club, works in a mothers' home, and has recently begun a training in mediation. She is very dedicated to her work and loves almost every aspect of it.

In the sound recording, we hear Ágnes Mészáros talk about her work. Ági is a social worker who also works as a health visitor amongst her numerous other jobs. She does regular visits to homeless families at Budapest's Éles sarok, helping them with their daily troubles, counselling, organising abortions, informing people about how to prevent unwanted pregnancies. Having been a homeless mother herself, having lived on the streets and in a car with her child for 9 years, she is familiar with everyone at the housing estate, knows their problems intimately and speaks and understands their language.



84



85



„A szülés kérdéseit övező tabu megjelenése a centrum országokban ahhoz a múlt századi változáshoz köthető, amely során a szülő nők mellett a bábákat felváltották az orvosok, az otthont pedig az egészségügyi intézmények, a szülés családi eseményből orvosi eseménnyé vált. Ez az átalakulás a nemek közötti egyenlőtlenségek fennmaradását biztosító mechanizmusok térnyerését jelentette egy olyan területen, amely korábban kizárólag a nők fennhatósága alá tartozott. Az intézménybe vonulás eltávolította a szülő nőt a közösségekől, megszakítva a nők közötti informális tudásátadás kontinuitását. Emiatt az anyák haláltól való félelmét fokozatosan felváltotta az ismeretlentől való félelem.”

Trapp Dominika művészeti kutatása során a bábaság magyarországi történetét vizsgálta, és elsősorban a szülés körüli tudásnak mint hagyományosan női tudásnak az útját kísérte nyomon napjainkig. Egészen a 20. század közepéig ismeretesekek példák arra, hogy nők gyermekeiket egyedül vagy családi segítséggel szülték, azonban a szülésnél segédkező személyek hagyományosan nők voltak, és tudásukat elsősorban a helyi szokásokból merítették. Feltehetően a más gyógyító tevékenységekkel is foglalkozó, bátrabb asszonyok közül kerültek ki az első bábák, akik az írásos emlékek bizonyossága alapján korán önálló szerepre tettek szert az általuk szolgált közösségekben. A bába különleges helyzetű személynek számított: kezében megfért a születés és a halál, a szentség és a tisztátalanság is, hiszen alkalmmilag fogamzásgátló eszközöket készített, magzatelhajtást végzett, kényszerkeresztelt vagy épp fogyatékos újszülöttek sorsáról döntött – szembefordulva a helyi vagy akár az állami jogszokásokkal is. Marginális társadalmi helyzeténél fogva többféle világgal érintkezett, egyfajta híd szerepet töltött be, azonban mindez elmagányosodással is járt, hiszen ambivalens státusza, kiterjedt tudása és jogköre gyanakvást kelthetett a közösség tagjaiban. Hivatalosan körvonalazott bábamesterségről az általános közegészségügyi reformok követően a 18. századtól beszélhetünk, azonban ennek feltételei száz évvel később is csak hiányosan voltak adottak. Akkortól válhatott Magyarországon a bábaság az első egzisztenciális önállóságot biztosító, államilag oktatott és társadalmilag elismert női foglalkozással, amivel – ha szükséges volt – a nő legálisan kiléphetett a saját családi közösségből. Emellett a bábaság olyan nőknek is lehetőséget biztosított társadalmilag elismert státusz megszerzésére, akik valamilyen okból kifolyólag mellőzötteknek vagy megvetettnek (vénleányok, fiatal özvegyek, megesett lányok) számítottak a saját közösségükben. A bábák körében többféle „kaszt” is létezett, a spektrum két végpontján a városokban képzett okleveles szülésznők és a falusi parasztbábák álltak, a közöttük dúló rivalizálás pedig a 20. század első évtizedében férfi orvosok kezdeményezésére megalakuló Magyar Bábaegyesület érdekérvényesítése okán, illetve az egyesülethez köthető kiadványok (*Szülésznők Lapja*, *Bábakalauz*) megjelenésével még inkább kiéleződött. A szülés 20. századi intézményesülésének fo-

lyamata során a korábban otthoni születeket kísérő bábákat szülőotthonokba, majd kórházakba terelték, amely nagymértékben korlátozta önállóságukat, másodrendű egészségügyi alkalmazottakká minősítette le őket. Mindez a helyi szokásvilágok által szabályozott foglalkozásuk fokozatos felszámolásához, valamint a szülésélmény homogenizálásához, a rítusok megszakadásához vezetett. A bábák szakmai háttérbe szorulásával és a szülésorvosok autoritásának növekedésével a női anatómiáról és reprodukciós funkciókról szóló ismeret a férfiak monopóliumává vált; azonban kutatások bizonyítják, hogy ez a folyamat dinamikusan ment végbe, hiszen az átképzett bábák közt többekben élt még a ragaszkodás az orvostársadalom által “kuruzslásnak” minősített módszerekhez. Tetten érhetőek voltak még a megérzések, a női közösség szerepének fontossága, valamint a gyermekágyi időszakra is kiterjedő figyelem, de már jelen volt a természetes folyamatokba való beavatkozások pozitív hatásába vetett hit és a technokrata szemléletmód racionalitása is. Az utóbbi a modern szüléskultúra attribútuma: az orvosi intézményrendszer ellenőrzése, a medikalizáció, a tekintélyelvűség, valamint a test lélektől való radikális elválasztásán alapuló szemléletmód. Az 1950-es évek közepére a születek közel fele történt kórházakban, ám a visszaemlékezések tanúsága szerint a szülő nők többsége az állami tiltás ellenére is idegenkedett az otthontól távol, intézményben való születéstől. A szülészeti technokrata szemléletű átalakítása az 1980-as évekre teljesedett ki. Magyarországon 1980-ban a születek csupán 1%-a zajlott otthon, és az otthonszülés állami támogatottsága teljesen megszűnt. Ez a medikalizációs magával hozta a rutinszerű bábai ellátás teljes visszaszorulását, illetve a nem minden esetben indokolt invazív beavatkozások (burokrepesztés, gátmetszés, császármetszés) megsaporodását, amely a WHO adatai szerint Magyarországon máig extrém magas számban fordul elő a világ más fejlett országaihoz képest. Mindezekkel a folyamatokkal párhuzamosan, 1977-ben egy fiatal orvostanhallgató, Geréb Ágnes elkezdte beengedni az apákat egy budapesti kórház szülőszobájába. Eleinte megrovásban részesült a hivatalos protokollal szembeszegülő tettéért, azonban idővel engedékenyebbé váltak az intézmények, és a 2000-es évekre rutinná vált hozzátartozók jelenléte a születeknél. Hosszabb és fájdalmasabb harcot vívtak az orvostársadalommal és a hatóságokkal Geréb és követői a nők otthonszüléshez való jogának és a független bábaság hivatalos státuszának visszaállításáért, amely harc jelenleg sem zárult le, és amely megvilágító erejű példája hatalmi érdekek és emberi jogok összeférhetetlenségének. Részeredménye azonban, hogy 2011-ben bizonyos korlátok között, de újra legalizálták Magyarországon az otthonszülést, 2014 júliusától pedig szülésznők dokumentáltan végezhetnek várandósgondozást szakorvos által megállapított alacsony rizikójú terhességek esetében. Az a fajta posztmodern, tudományos alapokon nyugvó bábai modell és intézményen kívüli szüléskísérés, amelyet Geréb Ágnes is képvisel, alapjaiban kérdőjelezi meg a Magyarországon uralkodó gyakorlatot, hiszen a kontrollt az orvos

kezeiből az anyának adja át. Az egyébként a WHO által is támogatott és javasolt holisztikus, azaz bábai szemléletmód teljes mértékben elismeri az orvosi segítség szükségességét ott, ahol az indokolt, azonban elsődlegesnek tartja az anyák információhoz való jutásának és döntési szabadságának biztosítását. A vele szemben álló, itthoni, medikalizált struktúra nem ismeri el a bábai tevékenység nélkülözhetetlenségét még a rizikó nélkülinek mondott folyamatok esetében sem, és a *laikusok* informálását nem tartja indokoltnak és célszerűnek. Az installáció arra a speciálisan női tudásra szeretne reflektálni, amely a szülés, egy vitathatatlanul női képesség körül alakult ki, és amely a bábák és szülésznők évezredek tevékenységében vált egy mesterség alapjává. A bábaság magyarországi történetét végigkísérve szembeütnövé válik, hogy a bábai szemlélet a

megragadni ezt a hálózatos, időnként rejté-kutakra száműzött tudást. Anyaga mohair és selyem, kötés és horgolás technikájával készült, mintái azokból a gyógynövényekből inspirálódtak, amelyek népi elnevezése a „bába” szót tartalmazza – mint a bábakalács és bábaguzsaly. Voigt Vilmos néprajzkutató jegyzi meg, hogy a 16–18. századból fennmaradt orvosi könyvek-ből mintha kimaradtak volna a bábamesterség adatai, és a „bába” csupán mint előtag, szinte kizárólag gyógynövények neveként szerepelt. A kézimunkák két alkotótárs, Kremmer Sarolta és Palkó Bori bevonásával készültek.

SEMMEIWEIS
ORVOSTÖRTÉNETI
MÚZEUM

6.
NŐK A GYÓGYÍTÁSBAN

A gyógyítás és a gyógyulás évszázadokon keresztül a közösség ügye és érdeke volt. A betegek ápolása, a gyermekek gondozása azonban mindig inkább a nők hatáskörébe tartozott. Az ókorban bevett gyakorlat volt a nők közreműködése a gyógyításban, ami nem csupán a szülés körüli teendőkre korlátozódott. Számos tanult és oktatást is végző nő nevét őrzik az ókori források. 1220 körül azonban jogi precedenst teremtetett a párizsi egyetem rendelete, mely megtiltotta az egyetemi végzettség nélküli orvosi gyakorlatot, illetve a sebészeti beavatkozásokat és a szülés körüli teendők alacsonyabb rangú gyakorlatlatta minősítette. Az orvosi fakultásra vizsgolt nők nem, csak nőtlen férfiak jelentkezhetek. A nők kiszorultak a magasabb kvalifikációt nyújtó oktatásból. Egészen a 19. század végéig, 20. század elejéig a nők csupán alacsonyabb presztízsű ápolási és szülésznői feladatokat láthattak el. Az elismerés hiánya a mai napig is megfigyelhető, dacára annak, hogy az orvostársadalmon belül ma már magasabb a női orvosok aránya. A Múzeum állandó tárlata egyrészt ez okból is nevezhető férfiközpontúnak, hisz a történeti anyag sem bővelkedhet női tudósokhoz kötődő emlékekben, másrészt a jelenlegi kiállítás koncepcióját még az 1960–70-es években határozták meg. Abban az időszakban pedig a nők helyét inkább csak a páciens szerepkörben látták hangsúlyosnak, illetve a szülés körüli teendők okán csupán a bábákról emlékeztek meg. Hugonnai Vilma, akinek óriási jelentősége volt abban, hogy ma már természetes a női orvos jelenléte a szakmában, csupán egy fénykép erejéig kapott helyet a tárlatban. Az időben korlátozott (jobbára csak az I. világháborúig kitekintő) kronológiai ív sem nagyon tette lehetővé a nők gyógyításban elismert szerepének megjelenítését, hangsúlyozását.



„A szülés kérdéseit övező tabu megjelenése a centrum országokban ahhoz a múlt századi változáshoz köthető, amely során a szülő nők mellett a bábákat felváltották az orvosok, az otthont pedig az egészségügyi intézmények, a szülés családi eseményből orvosi eseménnyé vált. Ez az átalakulás a nemek közötti egyenlőtlenségek fennmaradását biztosító mechanizmusok térnyerését jelentette egy olyan területen, amely korábban kizárólag a nők fennhatósága alá tartozott. Az intézménybe vonulás eltávolította a szülő nőt a közösségből, megszakítva a nők közötti informális tudásátadás kontinuitását. Emiatt az anyák haláltól való félelmét fokozatosan felváltotta az ismeretlentől való félelem.”

Trapp Dominika művészeti kutató, bábáság magyarországi történetét és elsősorban a szülés körüli tudást és hagyományosan női tudásnak a nyomon napjainkig. Egészen a 20. század közepéig példák arra, hogy nők gyermek vagy családi segítséggel születtek szülésnél segédkező személyek, és nők voltak, és tudásukat első szokásokból merítették. Feltehetően gyógyító tevékenységekkel is foglalkoztak, asszonyok közül kerültek ki az első írásos emlékek bizonyossága az önálló szerepre tettek szert az általános közösségekben. A bábák különleges személynek számított: kezében a halál és a szentség és a gyógyítás is, hiszen alkalmilag fogamzást megelőzően készítettek, magzatelhajtást végeztek, részt vettek a fogantatás új szünetében – szembefordulva a helyi jogszabásokkal is. Marginális helyzeténél fogva többféle világ között egyfajta híd szerepet töltött be, az elmagányosodással is járt, hiszen státusza, kiterjedt tudása és jogköve nem volt a közösség tagjaiban. Hivatalosan körvonalazott bábák általános közegészségügyi reform a 18. századtól beszélhetünk, az első feltételei száz évvel később is csak a bábáság az első egzisztenciális biztosító, államilag oktatott és támogatott női foglalkozás, amivel a bábák volt – a nő legálisan kiléphetett a közösségből. Emellett a bábáság is lehetőséget biztosított társadalmi státusz megszerzésére, akik valószínűleg kifolyólag mellőzöttek vagy nem (vénelányok, fiatal özvegyek, megözvegyültek) számítottak a saját közösségük körében többféle „kaszt” is létezett két végpontján a városokban képzett szülésznők és a falusi paraszti szülésznők közöttük dúló rivalizálás pedig a 20. század elején férfi orvosok kezdte megalakuló Magyar Bábaegyesület nyitása okán, illetve az egyesület kiadványok (*Szülésznők Lapja*), megjelenésével még inkább kiemelt a szülés 20. századi intézménye

lyamata során a korábban otthoni születeket kísérő bábákat szülőotthonokba, majd kórházakba terelték, amely nagymértékben korlátozta önállóságukat, másodrendű egészségügyi alkalmazottakká minősítette le őket. Mindez a helyi szokásvilágok által szabályozott foglalkozásuk fokozatos felszámolásához, valamint a szülésélmény homogenizálásához, a rítusok megszakadásához vezetett. A bábák szakmai háttérbe szorulásával és a szülésorvosok autoritásának növekedésével a női anatómiáról és reprodukciós funkciókról szóló ismeret a férfiak monopóliumává vált; azonban kutatások bizonyítják, hogy ez a folyamat dinamikusan ment végbe, hiszen az átképzett bábák közt többek között a szülésznők is voltak, akik a szülés

SEMMEIWEIS
MEDICAL HISTORY
MUSEUM

6.
FEMALE PRESENCE IN HEALING

Healing and healthcare have been communal matters and interests for the whole of history. Yet the majority of care work around children and the sick have been delegated to women. In antiquity, it was customary for women to take part in healing, even beyond the sphere of childbirth. Ancient texts recorded the names of many educated women who also had their own teaching practice. Around 1220 AD, however, the decree issued by the University of Paris created a legal precedent that banned those without university education from medical practice and deemed surgical and obstetric duties as inferior to other medical interventions. Women were banned from applying to the medical faculty, which became the exclusive domain of unmarried men. As a result, women were excluded from higher education: until the late 19th and early 20th centuries, they were only allowed to perform the low-prestige jobs of nurses and midwives. This lack of recognition is still present today, even though the percentage of women within the medical profession has significantly increased. Therefore one of the reasons for the male-dominated narrative of the museum's permanent exhibition is the fact that the historical material simply lacks objects related to female scientists. In addition, the exhibition's main narrative was outlined in the 1960s and 70s, when women were seen more as passive patients in healthcare, with the exception of midwives, who are mentioned as active agents in the duties around childbirth. Vilma Hugonnai, who played a major role in naturalising the figure of the female doctor, is only represented in the exhibition by a single photograph. The exhibition's temporally limited chronology (it ends with WWI) also works against providing a more accurate perspective on women's role in healthcare.

kezeiből az anyának adja át. Az egyébként a WHO által is támogatott és javasolt holisztikus, azaz bábái szemléletmód teljes mértékben elismeri az orvosi segítség szükségességét ott, ahol az indokolt, azonban elsődlegesnek tartja az anyák információhoz való jutásának és döntési szabadságának biztosítását. A vele szemben álló, itthoni, medikalizált struktúra nem ismeri el a bábái tevékenység nélkülözhetetlenségét még a rizikó nélkülinek mondott folyamatok esetében sem, és a *laikusok* informálását nem tartja indokoltnak és célszerűnek. Az installáció arra a speciálisan női tudásra szeretne reflektálni, amely a szülés, egy vitathatatlanul női képesség körül alakult ki, és amely a bábák és szülésznők évezredek tevékenységében vált egy mesterség alapjává. A bábáság magyarországi történetét végigkísérve szembetűnővé válik, hogy a bábái szemlélet a sorozatos támadások ellenére is fenn tudott maradni, napjainkban is dolgoznak képviselői, akik áldozatos munkával próbálnak a szakmának érvényt szerezni a szülészeti gyakorlatban. Az installáció egy szubtilis, ám beszédes intervenció, amely anyagválasztásával, technikájával és motívumkészletével többféle síkon próbálja

megragadni ezt a hálózatos, időnként rejtett kutatásra számított tudást. Anyaga mohair és selyem, kötés és horgolás technikájával készült, mintái azokból a gyógynövényekből inspirálódtak, amelyek népi elnevezése a „bába” szót tartalmazza – mint a bábakalács és bábaguzsaly. Voigt Vilmos néprajzkutató jegyzi meg, hogy a 16–18. századból fennmaradt orvosi könyvek-ből mintha kimaradtak volna a bábamesterség adatai, és a „bába” csupán mint előtag, szinte kizárólag gyógynövények neveként szerepelt. A kézimunkák két alkotótárs, Kremer Sarolta és Palkó Bori bevonásával készültek.



"In the Global North, the taboo surrounding birth is closely connected to a 19th-century paradigm shift that replaced birthing women and midwives with doctors and the home with the healthcare system, converting birth from a family affair into a heavily medicalized event. This transformation also meant that the mechanisms creating gender imbalances increasingly gained ground in a domain that used to be ruled exclusively by women. Institutionalization removed the birthing woman from her community, interrupting the continuity of informal knowledge transfer between women. Thereby the mother's fear of death was replaced by a fear of the unknown."
(Sarolta Kremmer: How Did Women Become Invisible in Perinatal Care? Új Egyenlőség, 17. 04. 2019)

In her artistic research, Dominika Trapp has examined the history of Hungarian midwifery, with a special focus on perinatal knowledge as a traditionally female form of knowledge. Up until the mid-20th century, it was common for women to birth their children on their own or with the help of family members, who were traditionally female and mobilized knowledge rooted in local customs. The first midwives were most probably courageous women who also performed other forms of healing and, according to written sources, developed their own role within the community quite early on. The midwife occupied a special place in society: she dealt with both life and death, sanctity and impurity, performed abortions and forced conversions, fabricated birth control devices, or decided over the fate of disabled newborns, often going against local or state-sanctioned legal practices. Her marginal position allowed her to be in touch with different social worlds, acting as a bridge between them. This, however, also condemned her to a form of solitude, as her ambivalent status and extensive knowledge and power could induce suspicion in members of the community. After the general healthcare reforms of the 18th century, midwifery gained a somewhat more solid professional status, yet some of its basic facilities were still lacking 100 years later. In the 18th-century Austro-Hungarian Empire, midwifery offered a regulated education, a source of income, and a respected status to women who could, if necessary, use it as a socially endorsed way of leaving their families or communities behind. Midwifery was also a way of gaining a respectable social position for women who were previously shunned or condemned, such as spinsters, young widows, or "fallen" women. The society of midwives had several different "castes", the spectrum ranging from urban, well-educated midwives to those who worked in small villages with women of lower socioeconomic status. The urban-rural rivalry between these two groups was escalated by the advocacy work of the Hungarian Midwives' Association (initiated in the early 20th century by male doctors) and related publications, such as the Midwives' Journal (Szülésznök Lapja) or the Midwives' Guide (Bábakalauz). As a result of the 20th-century institutionalization of birth, midwives, who previously worked in the home, were ushered first into birthing homes

and later on into hospitals; a move that greatly curtailed their independence, downgrading them to second-rate health workers. Besides the gradual elimination of their original profession, regulated by the world of local customs, this shift also led to the homogenization of the birth experience and the interruption of birth-related rites. With the marginalization of midwifery and the increased authority of medicalized obstetrics, the knowledge surrounding female anatomy and reproductive functions was on its way to becoming a male monopoly. Yet, according to research, this was a gradual process, as retrained midwives continued to show some attachment to the values medical professionals considered to be quackery. The importance of intuition and female community, as well as the careful attention to postpartum care was still palpable, yet the faith in the positive effect of interfering with natural processes, as well as the rationality of a technocratic view on birth was already present. The latter is an attribute of modern birth culture, also characterized by a controlling institutional system, medicalization, an authoritarian attitude, and the radical separation of soul from body. By the mid-1950s, almost half of the births in Hungary took place in the hospital, but as recollections testify, most mothers still felt averse to giving birth in an institutional setting, far from their home. The technocratic transformation of birth in Hungary was completed by the 1980s. By 1980, only 1% of births took place at home, and the state withdrew all support from home births. This medicalization brought about a complete withdrawal of midwifery alongside an increase in (not always justified) invasive interventions (including amniotomy, episiotomy, and C-section), which, according to WHO data, still have extremely high rate in Hungary compared to other developed countries. Concurrent with the processes described above, in 1977, a young medical student, Ágnes Geréb, started allowing fathers to attend births at the delivery room of a Budapest hospital. At first, she was condemned for her actions that defied the official protocol, but as institutions became increasingly sensitized by the 2000s, the presence of relatives at births became more normalized. Geréb and her followers have fought a much longer and much more agonizing fight with the authorities and the medical community over the attempt to reinstate women's right to home birth as well as to restore the official status of independent midwifery. This on-going struggle is an enlightening example of the irreconcilability of human rights and the interest of those in power. Two positive outcomes, however, are the 2011 re-legalization of home birth in Hungary (with certain restrictions) and the 2014 law that allows midwives to perform prenatal care if the pregnancy was previously deemed low-risk by an obstetric specialist. The kind of postmodern, evidence-based model of midwifery and extra-institutional maternity care, represented by Ágnes Geréb and others, challenges the dominant Hungarian practice by transferring the right to exercise control from the doctor to the mother. While this midwife-led, holistic form of care, also supported by the WHO, fully acknowledges the need for medical intervention whenever that is actually warranted, it

also prioritizes the importance of mothers' access to information and their freedom of choice. In turn, however, the medicalized model does not recognize the indispensability of midwives' work even in the case of low-risk pregnancies and sees no merit in providing information to the mother and other non-professionals around the birth. The installation reflects on the specifically female knowledge around birth (an indisputably female capacity) that has become a profession over the centuries through midwives' dedicated work. An enquiry into the Hungarian history of midwifery makes it clear that despite continuous attacks, midwife-led care has managed to survive and still has committed representatives who strive to raise the status of their profession within the larger domain of maternity care. The installation is a subtle yet poignant intervention that employs its chosen technique, materials, and motifs to try and grasp the web-like, often outcast form of knowledge that midwifery is. Crocheted and knitted from mohair and silk, its patterns were inspired by the herbs whose Hungarian name contains the word 'bába' (midwife): bábaguzsaly (horse-tail) and bábakalács (carline thistle). Ethnographer Vilmos Voigt notes that medical

books from the 16th to 18th centuries seem to have completely omitted any reference to the midwife; the word 'bába' appears only as a prefix in the name of herbs. The work was co-created by Sarolta Kremmer and Bori Palkó.





92

SEMMEIWEIS ORVOSTÖRTÉNETI MÚZEUM

7. ORVOSI GYŰJTEMÉNYEK ÉS MŰVÉSZET

A képző- és iparművészeti alkotások nem csupán művészettörténeti szempontból hordoznak információt, a tudománytörténet sokrétű forrásként használhatja ki ikonológiai jelentésüket. Az orvoslás és a gyógyszerészet múltjának tárgyi emlékei – a bizalomra épülő szakma reprezentációs igényének, törekvéseinek következtében – nem egyszerűen használati tárgyak csupán, nagy részük (főképp a patikaberendezések) az egyetemes iparművészet történetének illusztris darabjai, melyek művészi értékeiken túl fontos információforrásként szolgálnak a kutatók számára. Természetesen az iparművészeti jelentőségű tárgyak anyag esetében a megformálás, a díszítmény, a mesterek, műhelyek kvalitása is jelentős, azonban másképp értékeljük őket, mint a képzőművészet körébe tartozó szakmatörténeti forrásanyagot. A festészet, a grafika, a sokszorosított grafika és – kevésbé szorosan – a szobrászat körébe tartozó konkrét képi anyag szakmatörténeti gyűjtési szempontjai nagyobb hangsúlyt fektetnek a figurális ábrázolások témájára, mintsem a tárgyak konkrét művészi kvalitásaira, bár szerencsés, ha a két tényező egybecseng. Az orvostörténeti szakirodalom már évtizedek óta felfigyelt a képi forrásokban rejlő lehetőségekre, s mára már számos olyan szakmunka áll rendelkezésünkre, mely a képeket nem csupán a történeti ismereteket színesítő illusztrációknak tekinti, hanem azokat különféle tematikus egységek szerint rendezve forrásként mutatja be vagy épp magát az ábrázolástörténetet tekinti elsődleges céljának.





SEMMELWEIS MEDICAL HISTORY MUSEUM

7. MEDICAL COLLECTIONS AND ART MUSEUM

Works of fine and applied art carry not only art historical information: their iconology is also a rich resource for the history of science. Due to the representational needs and ambitions of a profession based on trust, medical and especially pharmaceutical artefacts are not merely utilitarian objects, but are often also outstanding examples of the universal history of applied art that, beyond their artistic merits, also act as important sources of information for researchers. In the case of artistically relevant medical artefacts, their design, decoration, as well as the knowledge of their creators and the standards of the workshop they were made in, are all important factors, yet we do not evaluate them the same way as we evaluate objects that belong exclusively to the domain of art history. When collecting paintings, graphics, prints, and, less strictly, sculptural works through a history of science lens, their topic becomes more relevant than their aesthetic qualities (although it is rather fortunate when the two are aligned). In the last decades, literature on medical history has been more aware of the potential inherent in visual sources. Numerous analyses see images as not just mere illustrations of historical accounts, but present them in thematic units as relevant sources, while other works have a more specific focus on the history of representation itself.



Szereplők: Wrochna Fanni, Korom Sára, Erkel Bálint
Külön köszönet: Pálhegyi Flóra, Horváth Gideon, Erkel Bálint, Ausztrics Andrea, Cserna Endre
Támogató: aqb

A hisztéria diagnosztizálására tett kísérletek több ezer éves történetre tekintenek vissza. A szó a görög *hystera* szótóból ered, ami méhet (*uterus*) jelent. Az antik görög hagyományoknak megfelelően többek között Hipokratész is úgy gondolta, hogy a méh a szexuális aktivitástól megvonott nők testében a kiszáradást elkerülendő „elkalandozik” a testben, így okozva különböző szervi elváltozásokat, fájdalmat, szélsőséges esetben halált. Ebből a diagnózisból következően elsősorban a férjezetlen, a gyermektelen nők és az özvegyek betegségének tartották. A középkorban a démonok által megszállt lélek betegségét azonosították a hisztériával. Az 1603-ban megjelent, sokatmondó című *A Briefe Discourse of a Disease called the Suffocation of the Mother* könyvben Edward Jorden boszorkánypraktikák árulkodó jelének vélte a belső szerv efféle mozgását. Később az orvostudomány fejlődésével ez a nézet elavulttá vált ugyan, ám a betegséget továbbra is a méhben lezajló folyamatok, de legalábbis fiziológiai probléma következményének tekintették. Ebben érdemi változást a 19. század végén Freud hipotézise hozott, aki úgy gondolta, hogy a tünetek pszichés eredetű problémára utalnak, melynek okai a gyermekkorban keresendők. Mindez azonban nem változtatott azon a meggyőződésen, hogy a hisztéria, ha nem is kizárólag, de leginkább a nőket érinti, és egyszerre okozója és eredője az abnormális szexuális viselkedés. A 20. század folyamán ilyen vagy olyan módon a betegség végig a pszichiátriai korpusz része maradt, de a *DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)* első kiadásában (1952) – az eredeti elnevezés pejoratív konnotációit elkerülendő – a francia fizikus, pszichológus után Briquet-szindrómaként jegyzik, és olyan (szomatikus) tünetegyüttesként tartják számon, melyet szervi eltérés nem magyaráz. Varju Tóth Balázs kétcsatornás videójában a hisztéria tünetegyütteseként diagnosztizált és dokumentált mozdulatsorokhoz joggyakorlatokat társít, rávilágítva a mozdulatokban megjelenő párhuzamokra és arra, hogy egy-egy gesztust mennyire máshogy értelmeztek a 19. században és látunk ma. A hisztérikus roham és a testi-lelki harmóniát, a tökéletes nyugalmi állapotot elérni kívánó joggyakorlatok közvetlen egymás mellé állítása nem pusztán fizikai hasonlóságaikkal magyarázható. A kényszeresség a mára kultikussá vált jogázásban ugyanúgy jelen van, ahogy a menekülés, a valóságtól való elszakadás, a kilépés lehetőségét is magában hordozza, hasonlóan a hisztérikus állapot fokozott önkívületéhez.

Actors: Fanni Wrochna, Sára Korom, Bálint Erkel
Special thanks to: Flóra Pálhegyi, Gideon Horváth, Bálint Erkel, Andrea Ausztrics, Endre Cserna
With the support of aqb

Attempts at diagnosing hysteria have a history of over 2000 years. The word originates from the ancient Greek *hystera* (uterus). In the tradition exemplified by Hippocrates, the uterus was believed to “wonder” around the body of women deprived of sexual activity, causing various forms of physical illness, pains and, in the most extreme cases, even death. Consequently, hysteria was considered to be the disease of unmarried or childless women and widows. In the middle ages, hysteria was seen as the disease of a soul possessed by demons. In his book with the suggestive title *A Briefe Discourse of a Disease called the Suffocation of the Mother* (1603), Edward Jorden claimed that the movement of the uterus was a tell-tale sign of witchcraft. Although this view became out-dated with the development of medicine, hysteria continued to be associated with the uterus and explained in physiological terms. Substantial change to this concept was only brought about in the 19th century by Freud's hypothesis that hysterical symptoms pointed at a psychological problem rooted in the sufferer's childhood. This, however, did not alter the conviction that hysteria was (primarily) a female disease, concurrently caused by and resulting in abnormal sexual behaviour. During most of the 20th century, hysteria kept its place in the psychiatric canon, but in order to avoid the negative connotations of the original name, the first edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (1952) refers to it as “Briquet-syndrome” (after the French physicist and psychologist), described as a set of (somatic) symptoms that can't be traced back to any malfunctioning of the organs. In his two-channel video installation, Balázs Varju Tóth combines yoga poses with movements that used to be identified as hysteria's symptoms. The work highlights the resemblance of these gestures, as well as the differences in their 19th-century and contemporary interpretations. It isn't only their physical similarities that validate the juxtaposition of hysteric seizures and yoga exercises aimed at achieving perfect harmony. Yoga, which has by now become somewhat cultic in nature, also carries an element of compulsion, while also offering a possibility for escaping reality, similarly to the oblivion of the hysteric state.



100



101



KÖZREMŰKÖDŐK
KURÁTOROK ÉS SZERZŐK

CONTRIBUTORS
CURATORS AND ARTISTS

EPERJESI ÁGNES

Képzőművész, tanár. Az Iparművészeti Főiskola fotó és tipográfia szakán végzett 1991-ben. 2010-ben a Magyar Képzőművészeti Egyetemen szerzett doktori fokozatot. 2011 és 2021 között a MKE Intermédia tanszékének oktatója, jelenleg a Metropolitan Egyetem docense. Eperjesi meghatározó alkotói attitűdje az alkalmazott médium szerepének, jelentésének ismeretére épül, a tudatosság és racionális önkontroll gyakorlását ötvözi a véletlen, az intuício és a kísérletezés játékoságával, mely egyszerre hűvös és intim, tudományos és személyes munkákban ölt testet. Eperjesi következetes önálló képi és gondolati világot építő, vizuális nyelvet alkotó pályafutása során szervesen von vizsgálódásai körébe médiumelméleti kérdéseket és a médiumhasználat társadalmi következményeit. Budapesten él és dolgozik.

Artist and educator. She graduated from the photography-centered department of Visual Communication and Typography of the Academy of Applied Arts in 1991. She obtained her DLA from the Hungarian University of Fine Arts in 2010. Between 2011 and 2021, she was a lecturer at the Intermedia Department at the Hungarian University of Fine Arts, she is currently an associate professor at the Metropolitan University, Budapest. Eperjesi's creative approach is based on her knowledge of the role and meaning of the applied medium, combining the exercise of consciousness and rational self-control with the playfulness of chance, intuition and experimentation, which is at once cool and intimate, scientific and personal. Throughout her career, Eperjesi has built a consistent, autonomous visual and conceptual world, creating a visual language that organically incorporates questions of media theory and the social and political implications of media usage. She lives and works in Budapest.

FÁTYOL VIOLA

Tanulmányait az egri Eszterházy Károly Tanárképző Főiskolán, valamint a Moholy-Nagy Művészeti Egyetemen végezte, ahol jelenleg doktori képzésben vesz részt. 2015-től kezdődően a MOME fotográfia szak oktatója. Művészeti tevékenysége a konceptuális fotográfia területén mozog, munkái elsősorban projekt alapúak. Képkalkotói módszerei között egyaránt megjelenik a megrendezett és a dokumentarizmus felől közelítő fotó, emellett a fotográfia és más művészeti műfajok – mint a land art, a performance vagy részvételi művészet – határterületei is foglalkoztatják pályája kezdete óta. Munkáinak kiindulási pontja valamilyen személyes élmény, emlék, saját életesemény. A személyesség zárt köreit kinyitva a saját élményeiben megjelenő univerzális kérdésekre helyezi a hangsúlyt. Így jelenik meg munkáiban többek között a családi kapcsolatok elemzése, az öregedés tematikája, vagy a szülés és az anyaság feldolgozása. Budapesten él és dolgozik.

She met photography as an art medium during her university years in Eger at the Károly Eszterházy Teacher Training College. Later, she pursued her education at the Moholy-Nagy University of Art and Design Budapest between 2006 and 2011, obtained her degree in photography, and also started her doctoral studies here. She have been teaching since 2006, to different ages and in different types of schools. She then became a lecturer at MOME Visual Culture Teaching Department, and currently hold a teacher position at the Photography Department of MOME since 2015. Her artistic activity unfolds in the field of conceptual photography, and her works are primarily project based. In the way she elaborates her images, she uses a specific blend of set and documentary photography, but other genres such as land art, performance or participative art and their boundaries are also part of her focus since the beginning of her career. All her works depart from a personal experience, memory or an event in her life. However, she opens the doors of her personal circles by placing the focus on universal questions that appear in her personal experiences. This leads her to deal with the analysis of family relations, with the thematic of aging or processing the experience of giving birth or motherhood.

GADÓ FLÓRA

Gadó Flóra kurátor, kutató és kritikus, aki Budapesten él és dolgozik. 2018 óta a BTM - Budapest Galéria kurátora. 2021-ben szerezte meg doktori fokozatát az Eötvös Loránd Tudományegyetem Film, Média és Kultúraelmélet Doktori Iskolájában. Számos kiállítást kurált Magyarországon és a régióban, például a brno-i TIC Gallery-ben, a pozsonyi Julius Koller Society-ben vagy az OFF-Biennále Budapest keretében. Az elmúlt években több kuratori rezidenciaprogramon vett részt, mint amilyen a MeetFactory (Prága), a Brno House of Arts vagy az East Art Mags program műkritikusoknak Romániában és Lengyelországban. 2016 és 2019 között a Fiatl Képzőművészek Stúdiója Egyesület alelnöke volt. Jelenleg a Budapesti Metropolitan Egyetemen óraadó, a Café Babel folyóirat egyik szerkesztője és a University of Bergen Curatorial Practice programjának hallgatója.

Flóra Gadó is a curator, researcher and art critic based in Budapest. Since 2018 she works as a curator at the municipal contemporary art center Budapest Gallery and recently obtained her doctoral degree in Film, Media and Cultural Studies at Eötvös Loránd University. She curated several

exhibitions both in Hungary and the neighboring countries, including TIC Gallery (Brno), Julius Koller Society (Bratislava) and within the framework of OFF-Biennale Budapest. In the past years she took part in several curatorial residency programs, including MeetFactory in Prague, Brno House of Arts and the East Art Mags program for art critics in Romania and Poland. Between 2016 and 2019 she was the Vice President of the Studio of Young Artists' Association, Budapest. Currently, she is a lecturer at Budapest Metropolitan University, co-editor of the journal Café Babel and she currently takes part of the Curatorial Praticce program at University of Bergen.

ESZTER LÁZÁR

Budapesten élő független kurátor és a Magyar Képzőművészeti Egyetem Képzőművészet-elmélet Tanszékének adjunktusa. Doktori fokozatát a Pécsi Tudományegyetem Irodalomtudományi Iskolájának Kultúratudományi Programján szerezte. Az oktatás mellett kuratori és együttműködésen alapuló projektekből vesz részt (pl. 2015-ben és 2017-ben az OFF-Biennále Budapesten, 2018-ban a bécsi *curated* by projektben dolgozott együtt Nagy Edinával; 2017-ben a pozsonyi tranzitban a Residency Under Investigation egyik társkurátora volt; 2019-ben a Tehnica Schweiz művészpárossal a kék terem projektben működött közre. 2016 és 2019 között a nemzetközi RomArchive filmes szekciójának kutatója volt, 2019-ben csatlakozott az OFF-Biennále Budapest kuratori csapatához.

Curator and lecturer based in Budapest. She holds a PhD in cultural studies from the Doctoral School of Literary Studies, University of Pécs. In addition to teaching at the Department of Art Theory and Curatorial Studies in the Hungarian University of Fine Arts in Budapest, she curates exhibitions and collaborates in projects (e.g. OFF-Biennale Budapest 2015, 2017, and curated by, 2018 in Vienna with Edina Nagy, Residency Under Investigation at tranzit.sk, Bratislava 2017, The Blue Room with artist duo Tehnica Schweiz, 2019.). Between 2016-2019 she was a researcher of the Film Section in the international RomArchive project. She joined the curatorial team of the OFF-Biennale Budapest in 2019.

EDINA NAGY

Független kritikus, kurátor, Budapesten él és dolgozik. A budapesti Eötvös Loránd Tudományegyetem Filozófiatudományi Doktori Iskolájában szerzett doktori fokozatot 2016-ban. Jelenleg az ELTE Művészetelméleti és Médiakutatási Intézetének oktatója, az Esztétika Tanszék adjunktusa. Érdeklődési területe a kiállítási display története, az intézménykritika alternatív lehetőségei, a kritikus és szociálisan elkötelezett művészet aktuális megjelenési módjai. Folyamatosan publikál online és offline magyar művészeti folyóiratokban. Számos kiállítás szervezője, Lázár Eszterrel közös korábbi kiállítási projektjei: Amikor a művész(et) beszél (OFF Biennále Budapest, 2015), Repülő kajak (OFF Biennále Budapest, 2017), Zeitgeistlos (Curated by, Bécs, 2018).

Edina Nagy is a freelance art critic and independent curator based in Budapest. She currently works as a senior lecturer at the Department of Aesthetics at Eötvös Loránd University Budapest where she completed her PhD in 2016. Her areas of interest and research include the alternative ways of institutional critique, the history of exhibition displays, critical and socially engaged art practices today. She is a frequent contributor to online and offline Hungarian art publications and journals. She has curated various exhibitions, she collaborated with Eszter Lázár in two projects for the OFF Biennale 1-2 Budapest: When Artist Speaks (2015), The Flying Kajak (2017) and the exhibition Zeitgeistlos (Curated by Vienna 2018).

ŐZE ESZTER

Kurátor, kutató, a Magyar Képzőművészeti Egyetem Képzőművészet-elmélet tanszékének oktatója és a Közép-Európai Művészettörténeti Kutatóintézet tudományos munkatársa. Doktori tanulmányait az Eötvös Loránd Tudományegyetem Művészetelméleti és Médiakutatási Intézet Filozófiatudományi Doktori Iskolájában folytatta. Kutatási területe a 20. század eleji művészetelmélet, és muzeológia. Az elmúlt években elsődlegesen a két világháború közötti idoszakkal, főként az európai egészségügyi és társadalomtudományi múzeumok, például a magyar Társadalmi, majd Népegészségügyi Múzeum működésével foglalkozott. 2020-ig a Fiatl Művészek Stúdiója Egyesületének (FKSE) vezetőségi tagja volt, és a Center for Experimental Museology - V-A-C Foundation ösztöndíjasa. 2014-2017 között a Kassák Múzeum kurátora volt.

Eszter Őze is a freelance researcher and curator based in Budapest. In addition to teaching at the Department of Art Theory and Curatorial Studies in the Hungarian University of Fine Arts in Budapest, she is a research fellow at the Museum of Fine Arts - Central European Research Institute for Art History. She completed her PhD program in Philosophy: Film, Media and Cultural Theory of the Eötvös Loránd University. Her research field is museology between the interwar period: she looks to analyse The Public Health and Social Museums in Europe, particularly The Hungarian

102

103

Csányi Gergely szociológus, a Helyzet Műhely tagja, Eötvös Loránd Tudományegyetem, Társadalomtudományi Kar
Gergely Csányi sociologist, member of The Working Group for Public Sociology "Helyzet", Eötvös Loránd University, Faculty of Social Sciences

Darida Veronika filozófus, esztéta, Eötvös Loránd Tudományegyetem Művészetelméleti és Médiakutatási Intézet, Esztétika Tanszék
Veronika Darida, philosopher, aesthete, Eötvös Loránd University Institute for Theory of Arts and Media Studies, Aesthetics Department

Horányi Ildikó főmuzeológus, MNM Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Budapest
Ildikó Horányi head museologist, MNM Semmelweis Medical History Museum, Budapest

K. Horváth Zsolt társadalomtörténész, Eötvös Loránd Tudományegyetem Művészetelméleti és Médiakutatási Intézet, Kommunikáció Tanszék
Zsolt K. Horváth, social scientist, Eötvös Loránd University Institute for Theory of Arts and Media Studies, Communication Department

Kerényi Szabina szociológus, MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont
Szabina Kerényi, sociologist, MTA Centre for Social Sciences

Kremmer Sarolta szociológus, a Semmelweis Egyetem szülész nő szakos hallgatója
Sarolta Kremmer, sociologist, student at Midwifery B.Sc, Semmelweis University

Malomvölgyi Csilla, a Friedrich-Ebert-Stiftung tudományos munkatársa
Csilla Malomvölgyi, Policy Officer Friedrich-Ebert-Stiftung

Palkó Bori: Nagycsaládos anya, aki önkéntesként több, a szüléslézet körüli visszasságok felszámolását célzó projektben vett részt. The matriarch of a large family who, as a volunteer worker, took part in the curbing of malpractice on hospital maternity wards.

Sándor Judit bioetikus, jogász, a CEU tanára és a CELAB (a CEU Bioetikai és Jogi Központjának) igazgatója
Judit Sándor bioethicist, lawyer, teacher at CEU and director of CELAB (The Center for Ethics and Law in Biomedicine)

Szőke Alexandra szociológus, Közgazdaság- és Regionális Tudományi Kutatóközpont, Regionális Kutatások Intézete, Budapest
Alexandra Szőke, sociologist, Centre for Economic and Regional Studies, Regional Research Institute, Budapest

Social Museum. She is focusing on the connection of a museum's program and the state's mass production of hygiene. Until 2021 she was a lead member of The Studio of Young Artists' Association (SYAA), and a research fellow in the Center for Experimental Museology - V-A-C Foundation research program. She worked for the Kassák Museum as a curator (2014-2017).

SIMON ZSUSZANNA

A Magyar Képzőművészeti Egyetem intermédia szakán végzett 2015-ben. Kutatási területe a feminizmus, a testről alkotott kép és az aktivizmus. Jelenleg a szőr tematikájával foglalkozik. Fő médiuma a fotográfia, évek óta foglalkozik különböző független és intézményi kortárs művészeti projektek fényképezésével es videózásával. Budapesten él és dolgozik.

Zsuzsanna Simon studied intermédia at the Hungarian University of Fine Arts where she graduated in 2015. Her works focus on feminism, body representation and activism. Her recent research revolves around the body hair. Her mainly works in the medium of photography and she documents contemporary art projects and exhibitions. Lives and works in Budapest.

SZÁSZ LILLA

Tanulmányait az ELTE Bölcsészettudományi Karán végezte orosz-esztétika szakon. Szociálisan érzékeny, a dokumentarista fotóban gyökerező művészeti munkásságában a migráció, nemi identitás, perifériák kérdésével foglalkozik. Többek között vizsgálja, hogy az emberek miként élnek külső körülmények hatására létrejött zárt közösségekben (intézetekben, hajléktalanszállón, stb.) Magyarországon és külföldön egyaránt. Budapesten él és dolgozik.

Lilla Szász studied Russian and aesthetics at ELTE University. Known for her socially inspired works, Lilla Szasz focuses on stories of human vulnerability and is concerned with issues of immigration, identity and gender. Her practice is rooted in the process of documentary photography. In her long-term projects, Szasz engages with marginal groups of people living in closed, special communities like shelter houses, detention homes, etc. Lives and works in Budapest.

TRAPP DOMINIKA

2012-ben diplomázott festőművészként a Magyar Képzőművészeti Egyetemen, Budapesten. Jelenleg a budapesti Moholy-Nagy Művészeti Egyetem multimédiaművészeti doktori képzésén vesz részt. Művészeti praxisát kétirányú érdeklődés jellemzi: egyrészt egy érzékeny festői megközelítés, amely lehetővé teszi az intuíciót és az önvizsgálatot; másrészt egy kifelé irányuló érzékenység, amelynek célja a közösségek közötti párbeszédnek elősegítése a kollektív önismeret szolgálatában. Legutóbbi együttműködésen alapuló egyéni kiállításán a magyar népi kultúra által meghatározott határokat állította a középpontba. A kiállítás a népzene és a néptánc által közvetített eszmények, valamint a vidéki kultúra diszkurzív, szimbolikus és szomatikusan berögzült elemeit vizsgálva megkísérelte e közösségi normák jelenbeli perspektívából történő újraolvasását. Budapesten él és dolgozik.

Domnika Trapp graduated as a painter at The Hungarian University of Arts, Budapest in 2012. She is currently enrolled in the multimedia art doctoral program of MOME—University of Applied Arts Budapest. Her practice has been characterized by a two-way interest: on the one hand, a sensitive painterly approach that allows for intuition and introspection; and on the other hand, an outward-directed sensitivity aiming to facilitate dialogues between communities in the service of collective self-knowledge. In her latest collaborative solo show, she focused on the boundaries defined by Hungarian folk culture. Looking behind the ideals conveyed by folk music and folk dance, as well as behind the discursive, symbolic and somatically ingrained elements of rural culture, the exhibition attempted to reread these communal norms from a present perspective. Lives and works in Budapest.

VARJU TÓTH BALÁZS

Tanulmányait az ELTE filmelmélet és filmtörténet, majd a MOME média design szakjain végezte. Jelenleg az amszterdami Sandberg Institute Fine Arts tanszékének hallgatója. Munkáiban gyakran foglalkozik hatalmi dinamikákkal, hierarchikus viszonyokkal, valamint az egyén és a társadalom viszonyával. 2017 óta tagja a Fiatal Képzőművészek Stúdiója Egyesületnek. Budapesten és Amszterdamban él és dolgozik.

Balázs Varju Tóth studied Film History and Theory at ELTE University and Media Design at MOME Budapest. He is currently a student at the Fine Arts Department of the Sandberg Institute in Amsterdam. His works often focus on power dynamics, hierarchical relationships, and the relations between individual and society. He's been a member of FKSE – the Studio of Young Artists' Association – since 2017. Lives and works in Budapest and Amsterdam.

Várószoba: Női gyógyítók és páciensek az orvoslás periferiáján
Waiting Room: Women healers and patients on the periphery of medicine

A projekt kurátorai / curated by:
Gadó Flóra, Lázár Eszter, Nagy Edina, Óze Eszter

A projektben részt vevő művészek / participating artists:
Eperjesi Ágnes, Fátyol Viola, Simon Zsuzsanna, Szász Lilla,
Trapp Dominika-Kremmer Sarolta, Varju Tóth Balázs

Szerkesztők / Editors:
Gadó Flóra, Lázár Eszter, Nagy Edina, Óze Eszter

Lektor / Proofreader: Léopold Zsanett
A projekt arculata / Layout of the project: Vékony Dorottya
Grafikai terv / Graphics design: Neszmélyi Réka
Fordítás / Translation: Laki Júlia, Rudnay Zsófia
Nyomda / Print: Pauker Nyomda
Példányszám / Copy: 300
Fotók / Photographs © Biro Dávid, valamint Lukács Máté (82 és 85. oldal, felső) és Eperjesi Ágnes (56. oldal),
Fátyol Viola (61. oldal), Simon Zsuzsanna (69. oldal), Szász Lilla (73. oldal), Varju Tóth Balázs (84 és 85. oldal, alsó)
Szövegek / Texts © szerzők / authors

ISBN 978-615-6289-07-0

Kiadó / Publisher: Friedrich-Ebert-Stiftung

Köszönet / Thanks to
B Braun Magyarország
Friedrich-Ebert Stiftung, Katona Noémi, Malomvölgyi Csilla
Közkincs Könyvtár, Antonia Burrows
Semmelweis Orvostörténeti Múzeum, Könyvtár és Levéltár, Horányi Ildikó, Scheffer Krisztina
Summa Artium, valamint BTM - Budapest Galéria, C3, Kovács Kristóf, tranzit.hu.

