

Anorexia, bulimia
Önsegítő és családsegítő kalauz

Túry Ferenc

Print-X-Budavár Kiadó
Budapest, 2005

Ajánlás

*Mindazoknak a családoknak,
akik bizalmukkal megtiszteltek bennünket,
s akiktől a legtöbbet tanultuk az evészavarokról;
azoknak a kollégáknak,
akik családterápiás tanfolyamainkon részt vettek,
és továbbviszik a könyv gondolatait.*

Köszönetnyilvánítás

Köszönetemet fejezem ki annak a miskolci kollegiális csapatnak, amelynek Minarik Edéje lehettem (mert „kell egy csapat...”). A Megyei Kórház I. Pszichiátriai Osztályának munkatársai közül a legtöbb családi konzultációt László Zsuzsával és Wildmann Mártával folytattuk, segítségük, alkotó ötleteik nélkül nem alakult volna ki e könyvnek a váza. Saját gyakorlatunk kialakításában leginkább ők vettek részt, a családokkal folytatott munkának az örömeit és nehézségeit is együtt tapasztaltuk meg. Az evészavarban szenvedő betegek családjával való foglalkozásban jelentős munkát vállalt Baranyi Judit, Benedek Zsuzsa és Joó Mária Nóra is. Az osztály ápolói kara erős és megbízható háttérrel jelentett – nagyon jó volt velük dolgozni.

Köszönöm családterápiát oktató kollégáimnak a sok hasznos ötletet. Nagy segítségemre voltak: tapasztalataik, bölcsességük és humoruk serkentőleg hatott rám.

Tartalom

Bevezetés	6
Hogyan használja az olvasó a könyvet?	9
Mik azok az evészavarok?	12
Miért pont evészavar?	12
Az evészavarok fontosságáról	12
1.1. Az evészavarok története	13
1.1.1. Az anorexia története	13
Az első magyarázatok – a vallás szerepe	13
Megjelennek az orvosi magyarázatok	14
A hivatásos koplalók	15
A test vagy a lélek zavara?	15
1.1.2. A bulimia története	16
1.2. Milyen gyakoriak az evészavarok?	17
1.3. Az evészavarok tünetei	17
1.3.1. Az anorexia tünetei	17
Az anorexia típusai	18
Hogyan fejezzük ki a testsúlyhiány mértékét?	18
Melyek a legjellemzőbb tünetek?	18
Az önkontroll	19
A testképzavar	20
1.3.2. A bulimia tünetei	20
A bulimia altípusai	21
A bulimia jellemzői	21
1.3.3. Az anorexia és a bulimia közötti különbségek és átmenetek	22
Az evészavarok szövődményei	23
1.4. Mivel magyarázhatók az evészavarok?	23
A tyúk-tojás probléma	24
Hajlamosító tényezők	26
Kiváltó tényezők	26
Betegségfenntartó tényezők	26
1.4.1. A táplálékfelvétel biológiai szabályozása	27
1.4.2. Pszichológiai tényezők	28
Pszichodinamikus modellek	28
Viselkedés-lélektani modellek	29
Családi modellek	30
1.4.3. Társadalmi és kulturális tényezők	30
Divatos betegség?	32
A kövérség is...	34
1.4.4. Az evészavarok mint egyes pszichiátriai betegségek variánsai	34
A depresszió-elmélet	34
A szenvedélybetegség-elmélet	35
A kényszerbetegség-elmélet	36
A disszociációs elmélet	36
1.5. Az evészavarok kezelése	37
Kórházban vagy otthon?	37
Mi jelent életveszélyt?	38

1.5.1. Az evészavarok gyógyszeres kezelése	38
A mesterséges táplálás	39
1.5.2. A pszichoterápiák jelentősége az evészavarok kezelésében	39
A jó terapeuta ismérvei	39
Pszichodinamikus terápia	40
Viselkedés- és kognitív terápia	41
Mozgásterápia	42
Csoportterápia	43
Hipnózis	43
Pszichoedukáció	43
Önsegítés	44
A terápia kombinálása	44
1.6. Etikai kérdések	44
1.7. Az evészavarok prognózisa és megelőzése	45
A családterápia rövid áttekintése	48
2.1. Mi a családterápia?	48
2.2. A családterápia keretei	49
2.3. A családterápia alapfogalmai	50
2.4. A családi élet szakaszai	52
2.5. Családterápia az evészavarok kezelésében	53
Hatékony-e a családterápia?	56
Önsegítő kalauz	59
3.1. Az evészavarok gyanújelei	59
3.2. Útmutató tanárok számára	61
3.3. Mi történik, ha tagadással találkozik a szülő?	61
3.4. Kiderül a zavar	62
3.5. A testsúlymérés fontossága	65
3.6. A terapeutáknak szóló tanácsok	68
Hogyan kezeljék a terapeuták a betegek ellenállását?	69
3.7. A segítségkérés első lépései	70
3.8. Az étkezés szabályai	74
3.9. A kalóriavesztést szolgáló tevékenységek korlátozása	84
Testsúlycélok kitűzése	87
Szerződés a beteggel	89
3.10. A feszültségek szerepe a családban	90
3.11. A háromszögezés megszüntetése	91
3.12. A kölcsönös kérések módszere	94
3.13. Hogyan kommunikáljunk feszültségmentesen?	98
3.14. A jó és rossz veszekedés	102
3.15. A gondolatolvasás	104
3.16. A kommunikációs forradalom szerepe a családok életében	106
3.17. Mit fejez ki a környezetünk?	108
3.18. A határok kérdése a családok működésében	112
3.19. A felelősség és a kontroll	114
3.20. A provokáció természetrajza	116
3.21. A vezető szerep nyílt vállalása, a döntések	118
3.22. Az önállóság problémái	120
Párkapcsolatok, szexualitás	123

3.23. Önfeláldozás – leválás	124
3.24. Perfekcionizmus	129
3.25. Családi örökségek	131
3.26. A terápia lezárása	136
3.27. Választhat-e egészségügyi pályát evészavarban szenvedő beteg?	137
Irodalom	138

Bevezetés

Megmondom őszintén: igen megkedveltem az evészavaros betegeket. Makacs akaratosságuk erőt jelent; kreatívak, okosak, fontos számukra a családjuk. Lenyűgöz az a heroikus erőfeszítés, amellyel változást próbálnak elérni életük egy fontos területén – más kérdés, hogy a célt sokszor nem tudják pontosan megfogalmazni, s a változás eszközeül az evés szokatlan területét találták meg.

Sokáig azt hitték, hogy hazánkban alig vannak evészavarok. Az utóbbi egy-két évtizedben azonban egyre többen jelentkeznek szakembernél az evés alapvető ösztönének jelentős, sokszor drámai, és általában érthetetlennek tűnő megváltozásával. A kezelés nem egyszerű – manapság azonban sok tudományos bizonyíték és gyakorlati tapasztalat támasztja alá, hogy a családnak jelentős segítő szerepe lehet benne. Az elmúlt másfél évtized alatt a Miskolcon, a Borsod-Abaúj-Zemplén Megyei Kórházban működő evészavar-részlegünkön mintegy 350, következő munkahelyemen, a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének Pszichoszomatikus Szakrendelőjében mintegy 200 evészavaros beteggel találkoztam, sokuk esetében családi konzultációkat is folytattunk. Rengeteget tanultunk ezektől a nehéz helyzetben lévő családoktól; aggodó segítőkészségük mellett világos gondolatokat, ötleteket, kreativitást és humort kaptunk tőlük. Tapasztalataik a mi ismereteinket is gyarapították. Azokat a családokat, akik velünk konzultáltak, a könyv tiszteletbeli társszerzőinek tekintjük. Hálával tartozunk nekik: megtiszteltek bennünket azzal, hogy életük egy nehéz fázisába segítőtársnak hívtak, beavattak minket családi életük feszültségekkel járó hétköznapi helyzeteibe. Ez talán költői túlzásnak tűnik, hiszen egy komoly könyvet illik bizonyos álszerű megmatossággal indítani. Erről azonban szó sincs – teljesen komolyan gondolom azt, hogy a kölcsönös tiszteleten alapuló, nemes célt szolgáló együttműködés jelentette a segítség igazi hajtóerejét. Reméljük, hogy mindazok, akik e hasonló cipőben járó családok tapasztalatai alapján igyekeznek változtatni életükön, haszonnal forgatják majd ezt a könyvet.

A gyógyítás kétirányú folyamat. Párbeszéd: nem csupán a beteg gyógyul, hanem az orvos, a segítő is tanul minden egyes esetből, történetből. Megszerettük és igen hasznosnak találtuk a családi konzultációk „műfaját”. E munka gyümölcseit szeretném most megosztani az olvasóval.

Az evészavarok kezelését olyan tevékenységnek tartjuk, amelyben a családdal való kapcsolattartás általában nem kerülhető meg, már csak azért sem, mert a betegek többsége tizenéves. Kivételt csupán az jelenthet, ha a család nem érhető el: ez előfordulhat például a szülők betegsége vagy a család széthullása miatt. Minden egyéb esetben azonban nagyon sokat tudnak segíteni a családok, így a válás után újrendeződött vagy akár a csonka családok is.

A család részvételére a kezelés folyamatában nem azért van szükség, mert őket hibáztatjuk a tünetek kialakulásáért. Inkább azt mondhatjuk: a családtagok asszisztensek, segítők, a beteggel együtt szenvedő felek – nem bűnbakok. Függetlenül attól, hogy a családban lévő feszültségek okai vagy következményei-e az evészavarnak, mindenképpen célszerű azokat csökkenteni. A család feszültségei pedig a legkönnyebben akkor csökkenthetők, ha mindenki részt vesz a konzultációban. Az evészavarok tipikusan azzal járnak, hogy a családtagok is szenvednek a tünetektől, gondoljunk csak az étkezés körüli bonyodalmakra. Természetes tehát, hogy a család feszültség szintje magas.

Korábban meglehetősen egysíkú volt a gyógyítás szereposztása. Mindenki – beteg és orvos egyaránt – ahhoz volt hozzászokva, azt várta, hogy az orvos közli az egyedül üdvözítő megoldást, „rendel”, a beteg pedig pusztán végrehajtója az utasításoknak. Ez korántsem így működik: *a gyógyítás* egyenrangú felek kapcsolatán alapuló *kölcsönös munka*. A családi konzultációk esetében pedig kiváltképpen az. A család szakértő szerepet tölt be, mert tagjai ismerik legjobban a saját életüket, a zavarral küzdő családtagot. Az egészségügyi szakember (orvos, pszichológus, segítő foglalkozású) inkább tanácsadónak, drukkernek, közvetítőnek tekinthető. A családi konzultáció ily módon egyenrangú szakértőknek egy közös cél érdekében folytatott eszmecsereje. Éppen ezért alkalmazzuk a könyvben a „konzultáció” kifejezést a „családterápia” helyett (az utóbbit inkább a történeti áttekintéskor használjuk). Ez a pszichoterápiás segítő eljárás csupán az elmúlt néhány évtizedben került a pszichiátria fegyvertárába, de mára már sok vizsgálat és tudományos bizonyíték tanúskodik hatékonyságáról.

Az *önsegítés* is egyre divatosabbá vált a pszichiátriai kezeléseknél. Különböző betegségekben – pánikbetegségben, depresszióban, kényszerbetegségben, fóbiákban, s

más zavarokban – szenvedők számára sikerrel alkalmazható önsegítő kalauzok láttak napvilágot. Sok olyan kötet is megjelent már a nemzetközi szakirodalomban, amely az evészavarok leküzdésében nyújt segítséget. Ezek többsége azonban egyéni munkát jelent a beteg számára. Kevés az olyan forrásmunka, amely a család erejét, segíteni akarását, kreativitását igyekszik kiaknázni. Ez a könyv ilyen céllal született. Munkánk során meggyőződésünké vált, hogy *a leginkább hadra fogható segítő erők a családból származnak*. A betegség viharosabb időszakaiban a családtagok sokkal többet tudnak segíteni, mint azt gondolnák. Természetesen adott esetben a gyógyszerekben, az egyéni terápiában és az egyéb módszerekben is találhatnak segítséget, a család részvételének azonban többszörös lehet a hozadéka: nem csupán a beteg állapota javul, hanem a család is új feszültségoldó módszereket tanul meg, az érzelmi erővonalak újrendeződnek – minden krízis megoldása új lendületet ad a család életének. Szokatlan lehet, mégis új szempontot szeretnék ajánlani a betegségek értelmezéséhez: a nehézségek, a betegség leküzdése érettebbé teszi a beteget és környezetét is, ennyiben fejlődés eszközeinek is tekinthetjük. Nem csupán kiirtandó szenvedést kell látnunk a bajokban, hanem a változást serkentő, provokatív, és persze küzdelmes lehetőséget is. Minden rossznak van némi jó oldala is. Ha ezt megtanuljuk felismerni, olyan helyzetekben találhatunk kapaszkodókat, amelyekben eddig elveszettnek éreztük magunkat.

Mivel személyes hangvételre törekszem, illik bemutatkoznom. 1975-ben fejeztem be az orvosi egyetemet Debrecenben, majd ugyanott, az Ideg- és Elmeógyógyászati Klinikán kaptam állást. Az 1980-as évek közepén kezdtem érdeklődni az evészavarok iránt. 1988-ban pszichológusi diplomát is szereztem. Tizenöt Debrecenben töltött év után 1990-ben Miskolcra kerültem, a Megyei Kórház I. Pszichiátriai Osztályának élére. Itt 11 éven át evészavar-részleget működtettünk. 2001-től a Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének docense vagyok, s intézetünk pszichoszomatikus szakrendelését vezetem. Miskolcon élek, magánygyakorlatot is ott folytatok.

Miskolci evészavar-részlegünkön komplex, jól kidolgozott és bejáratott munka folyt. Eredményeink (a kezelés hatékonyságát elemző felméréseink alapján) nem voltak jobbak, mint a külföldi speciális evészavar-klinikák eredményei; igaz, rosszabbak sem. Megkínlódttuk kezelési gyakorlatunk kialakításának első időszakát – kezdetben minden

csapdába belegyalogoltunk, amelyeket az evészavarok állítanak a gyanútlan, bár lelkes terapeutáknak.

Hogyan használja az olvasó a könyvet?

Kiknek is készült ez a kötet? Családoknak, amelyeknek evészavarban szenvedő tagjuk van, betegeknek, segítőknek (elsősorban pszichiátereknek, pszichológusoknak, szociális munkásoknak, házi orvosoknak, gyermekgyógyászoknak, tanároknak). A könyvben – tekintettel arra, hogy az evészavarban szenvedők döntő többsége nő – lányokat, nőket említek, ha a betegekről esik szó. Elnézést kérek a férfibetegtől, hogy a lányok helyébe kénytelenek képzelni magukat, de tudjuk, hogy a férfiak ilyen jellegű megbetegedései nagyjából tizedét teszik ki a női eseteknek. A mondandót gyakran a szülőknek címezem, s alkalmanként a többes szám első személy használatára is vetemedek. Talán így könnyebb – engedtessek meg, hogy kicsit azonosuljak a szülőkkel. Még valami: a saját gyakorlatot emlegetve feltűnhet az egyes és a többes szám váltakozása. Ennek magyarázata az, hogy lesznek személyes megjegyzéseim, viszont a gyakorlat kialakításának elvei, az egyes módszerek annyira közösek, az evészavar-részlegünk munkájában részt vevők együttes gondolkodásának termékei, hogy önzés volna egyes szám első személyben szólnom.

Sok esetrészlet van a könyvben. Az ezekben szereplő személyekről az azonosítást lehetővé tévő adatokat megváltoztattuk. Ha valaki magára vagy ismerőseire ismerne a példákban, az csupán a véletlen műve. Ezek a rövid történetek nem hősköltemények. Emberi, hétköznapi dolgok, örömmel és kudarcokkal, de talán nem kevés tanulsággal is.

Nehéz egy ilyesfajta könyvben úgy tálni az információkat, hogy minden egyes beteg és család úgy érezze, pontosan róluk van szó. A könyv néhány részét oda nem illőnek érezheti az olvasó. Érdemes ezért az egész könyvet átolvasni, azután kiemelni a leghasznosabbnak látszó területeket, és azokra koncentrálni, a többit pedig átugrani. Nem arra számítok, hogy a szülők gondosan áttanulmányozzák a könyvet és „kottából” nevelnek tovább, hanem arra, hogy egy-egy gondolatnál azt mondják: lehet, hogy ez nem is olyan nagy ostobaság – akár ki is próbálhatnánk.

Felteszem, lesz néhány szülő, aki elborzadva teszi le a könyvet néhány hajmeresztőnek tűnő példa vagy ötlet olvastán. Eddigi tapasztalataink szerint azonban a többség „vevő” volt ezekre a gondolatokra. Lényeges, hogy a könyvben leírt minden ötlet, tanács vagy példa sokszorosan tesztelt. Nincs olyan gondolat a könyvben, amelyet csak egy család tudott hasznosítani. Ugyancsak fontos, hogy a könyv nem tudományos iskoláknak akar megfelelni, hanem a gyakorlatnak, egész pontosan azoknak a családoknak, akik elveszítettnek érzik magukat az ilyen nehéz betegségekkel való küzdelemben. A könyv vázát a betegségek alapvető sajátosságainak bemutatása, a problémák felbukkanásának valószínűsége, a terápia folyamata adja. Természetesen az is cél volt, hogy a leírt állítások megfeleljenek a tudomány jelen állásának. Ha nem is hivatkozunk a szövegben forrásokra (csak a kötet végén adunk meg irodalomjegyzéket), az állítások az evészavarok kezelésének sokat idézett adatai és elvei közé tartoznak.

Tudni kell azt is, hogy a sok ismert pszichoterápiás (ezen belül is leginkább a számos családterápiás) iskola között vannak kitüntetettjeink, amelyek igen közel állnak hozzánk és az evészavarok problémáihoz. Meg kell jegyezni azonban, hogy más betegségek esetén is vannak ilyen módszerbeli/elméleti preferenciák. Nem véletlen, hogy a klasszikus pszichoanalízis, Sigmund Freud korszakalkotó szellemi építménye a hisztéria kezelésének mintaértékű módszerét is jelentette. Ugyanígy a fóbiák kezelésében a viselkedésterápiás eljárások váltak ilyen módszerré, a családterápia fejlődése számára pedig – nem véletlenül – az anorexiából lett mintabetegség: ezen „nevelkedett” a családterápiás iskolák hada.

A kötetben kevésbé az elméletekre, sokkal inkább a felhasználható módszerekre koncentrálunk, azaz valamilyen ötvöző, eklektikus/integratív szemléletre törekszünk. Ezt mind többen vallják az evészavarok terápiájában; mondhatni, általános elvvé vált a biológiai, pszichológiai és társadalmi-kulturális tényezők szerepét egyaránt hangsúlyozó, mai pszichiátriai gondolkodásban.

Pragmatikus voltából eredően több feladatot is tartalmaz a könyv, ezeknek két ajánlási fokozatuk van:

1. **Szabály:** mindig célszerű betartani – ezt sötét színnel kiemelve nyomatékosítjuk.
2. **Javaslat:** megéri kipróbálni – ezt világosabb színnel jelezzük.

Lesznek még ezeken kívül ilyen-olyan ötletek, amiken el lehet töprengeni. A szabályokat nagyon erős ajánlásoknak tarthatjuk, ezeket százból száz esetben javasoljuk, nincs kivétel. Hozzátehetnénk, hogy a szabályok törvényszerűen együtt járnak a *következetesség* kívánalmával. Ha a szabály ötletté silányul, azaz vagy megcsinálom, vagy nem, akkor nem ér semmit.

E könyv a szakembereknek is szól. Azoknak, aki családterápiát tanultak vagy tanulnak, s azoknak is, akik evészavaros betegekkel foglalkoznak. Számukra a tudományos hitelességet is igyekszünk képviselni; a részletesebb irodalomjegyzék szélesebb körű tájékozódásukat segíti. Ennyiben a kötet valahol a tudományos összefoglaló, a módszertani ismertetés, a tankönyv, a tudományos ismeretterjesztés és a családi munkafüzet közötti határterületen mozog. Az evészavarokon kívül más betegségekben is hasznos lehet. Ilyenek például a pszichoszomatikus zavarok, a magatartászavarok, az éjjeli ágybavizelés, de a szorongásos zavarok és a depresszió bizonyos formái is.

Lehetséges, hogy az Ön családtagjának betegsége, a problémák kialakulása nem magyarázható a könyvben leírt szempontok egyikével sem. Világos, hogy a jelenlegi elképzelések nem képesek minden részletet híven magyarázni. Szívesen meghallgatjuk az Ön teóriáját is – ha jónak látja, írja meg levélben gondolatait! Számítunk arra, hogy a kedves (bár egyelőre még feltehetőleg kedvetlen) olvasó munkatársunkká szegődik – észrevételeit, ötleteit későbbi munkánkban, esetleges újabb kiadásunkban feltétlenül felhasználjuk.

Forgassák hát egészséggel (illetve annak reményében) ezt a könyvet, bízunk benne, hogy nincs mellékhatása!

Túry Ferenc
tury@axelero.hu

Miskolc, 2004. október

Mik azok az evészavarok?

Miért pont evészavar?

Kezdjük az elnevezés magyarázatával. Sokan használják a táplálkozásvavar kifejezést, ez azonban nem eléggé pontos, mivel a táplálkozás szó jelentése túlságosan tág, a táplálékfelvételtől az emésztésig sok fázist foglal magába. Az étkezés szó szintén nem eléggé pontos, mert inkább a társadalmi szokásokra helyezi a hangsúlyt. Kis túlzással azt mondhatjuk, hogy az étkezés szóhoz a szépen megterített asztalt, az illetudó viselkedést asszociáljuk. Táplálékfelvételi szokásainkat, viselkedéseinket az *evés* szó fejezi ki a legpontosabban. Ez jelzi azt a pszichológiai értelemben vett viselkedést, amely az ételnek a szánkba juttatását jelenti. A pszichiátert és a pszichológust az érdekli, hogy az étkezés lelki tényezői milyenek. A legpontosabb kifejezés tehát a „táplálékfelvételi viselkedés zavarai” lenne; röviden ezeket foglaljuk össze evészavarok néven.

Az evészavarok fontosságáról

Az evészavarok fontosságára az is utal, hogy viszonylag *gyakorikak*. Az elhízás gyakoriságát nem kell hangsúlyozni; hazánkban a népesség mintegy 40%-a túlsúlyos, a fejlett nyugati államokban pedig még ennél is nagyobb arányokra utaló felmérések születtek. A fiatalok, főleg a tanulóifjúság körében elterjedtek a különböző furcsa evési szokások: a fogyókúrázás, a hashajtók használata, az időnkénti önhánytatás. A kóros soványsággal is mind többször találkozunk. Ennek okairól később még lesz szó.

Az evészavarok azért is érdemelnek figyelmet, mert *súlyos zavarokról* van szó. Az anorexia kialakulása utáni első évtized végére általában az esetek 8–9%-ban halálos kimenetelű kórkép. Ez azt jelenti, hogy tizenkettőből egy anorexiás lányt elveszítünk egy évtized után. És ezek az adatok a világ legjobb evészavar-klinikáinak statisztikáiból származnak!

A problémakör taglalásakor megemlítendő még az evészavarok *rejtett* volta. A kóros soványság, az anorexia nyilvánvalóbb, nehezebben rejtegethető zavar. Nem ritka azonban, hogy a bő ruhákkal leplezett soványságot a szülők is csak későn észlelik a

maga teljes súlyosságában. Megesik például, hogy egy óvatlan fürdőszobai pillantás során döbben rá az édesanya arra, hogy a lánya milyen súlyos testi leromlás állapotában van. A bulimiát könnyebb leplezni: néha a bulimiások legközelebbi rokonai, szülei vagy házastársai sem tudják, milyen kellemetlen tünetekkel rendelkezik családtagjuk. A rejtőzködés a legfőbb akadálya annak, hogy a betegek minél korábban szakszerű segítséget kapjanak. Akinek nincs betegségtudata, az természetesen nem fordul orvoshoz. A kezelést így legtöbbször a beteg hozzátartozói, családtagjai, általában a szülei kezdeményezik. A zavar rejtett volta más pszichiátriai kórképekre is jellemző lehet, ilyenek például a szorongásos zavarok: a pánikzavar, a különböző fóbiák, azaz kóros félelmek, a kényszerbetegség; vagy például a depresszió bizonyos formái, a szenvedélybetegségek és így tovább.

1.1. Az evészavarok története

1.1.1. Az anorexia története

A soványság kóros formáinak leírása az ókortól napjainkig végighúzódik a különböző orvosi forrásokban. Az anorexia kifejezést először az ókorban használták, eredetileg hiányzó vágyat jelentett. (Az „orexis” jelentése „vágy”, ennek fosztóképzővel ellátott formája az „an-orexis”). Később megváltozott a kifejezés értelme, és kizárólag az étvágy hiányára vonatkoztatták.

Az első magyarázatok – a vallás szerepe

A kóros soványság magyarázatában kezdetben a vallásos elképzelések uralkodtak, így például az erős vallásos hittel és aszketikus sajátosságokkal jellemezhető egyéneket szentnek tartották. Az éhező szentek a 13. századtól kezdve sokáig ismertek voltak. Itt kell megemlíteni a vallásos célzatú koplalásokat, böjtöket is, ezek célja általában a testi/lelki megtisztulás. Az éhező szentek tulajdonképpen az ilyen böjtök túlhajtott formáját űzték. Előfordult az is, hogy valaki az evés megtagadása mellett nyugtalan volt, zaklatottan viselkedett, s e magatartás hátterében nem a vallásban való elmerülés, hanem a kóros lelki tünetek állottak. Ekkor a beteges soványságot ördögi megszállottságnak tulajdonították. Ez aztán olyannyira elterjedt magyarázat lett, hogy még boszorkánymérleget is használtak annak kiderítésére, hogy a sovány lány az ördög

által megszállott-e vagy sem. Ha valaki túlságosan könnyűnek bizonyult a mérlegen, akkor boszorkánynak vélték, mondván: azért olyan könnyű, hogy seprűn röpködjön.

Az éhezõ szentek közül az egyik legismertebb Margit hercegnõ, IV. Béla király lánya volt, aki a Nyulak szigetén lévõ dominikánus kolostorban tengette aszketikus életét. A szigetet késõbb róla nevezték el Margit-szigetnek.

1. kép: Az éhezõ szentek egyike: Szent Margit (1242-1270)

Megjelennek az orvosi magyarázatok

Századokkal késõbb kerültek csak elõtérbe a kóros soványságot illetõen az orvosi értelmezések, azaz már betegségként fogták fel a táplálékfelvétel extrém elutasítását. A 17. században Richard Morton angol orvos két anorexiásnak tekinthetõ beteget ismertetett. Ő még az „ideges felemésztõdés” (angolul: nervous consumption) elnevezést használta 1689-ben latinul, majd öt évvel késõbb angolul megjelent könyvében. Az anorexia kifejezés (teljes formájában: anorexia nervosa) a 19. század végén jelent meg az orvosi szakirodalomban: 1873-ban írta le – egymástól függetlenül – Gull angol és Lasègue francia orvos.

2. kép: Az anorexia elsõ leírói: Sir William Withey Gull (1816-1890)

és Ernest Charles Lasègue (1816-1883)

Nem véletlen, hogy az anorexia igazából a 19. században vonult be az orvostudomány elfogadott betegségei közé, abban a században kezdõdött ugyanis a *karcsúság* világméretû, illetve a fejlett világra jellemzõ divatja, ami az egyik legfontosabb társadalmi tényezõje az evészavarok kialakulásának. Gondoljunk csak Erzsébet királyné, Sisi (õ ilyen formában írta alá nevét) történetére! Ő korának szépségideálja volt, életét azonban anorexiás jegyek keserítették meg. 172 cm-es testmagassága mellett testsúlya soha nem haladta meg az 50 kg-ot.

3. kép: Korának szépségideálja: a karcsú Erzsébet királyné (Sisi, 1837-1898)

Az idő tájt a kóros soványságot még ritkán magyarázták anorexiával, inkább tuberkulózis, vashiány, később hormonhiány volt a szokványos belgyógyászati magyarázat. Az orvostudománynak is el kellett jutnia oda, hogy a lelki eredetű kórokoknak is kellő figyelmet tudjon szentelni. Ez manapság már benne van a köztudatban, bár még mindig nem mondhatjuk közkeletűnek az orvoslás gyakorlatában. Ma sem ritka, hogy egy kórosan sovány lányt hónapokig vizsgálgatnak és kezelgetnek gyermekgyógyászati és belgyógyászati osztályokon, annak ellenére, hogy semmilyen szervi zavarra nem derül fény. Félreértés ne essék: gondosan meg kell vizsgálni minden számba jövő testi lehetőséget is a kóros soványság hátterében: ez az első teendők közé tartozik. Ha azonban nem derül ki semmi testi, szervi ok, akkor nem szabad halogatni a pszichiátriai teendők elindítását. Sajnos, nem ritka manapság sem, hogy az orvosi társszakmák képviselői, vagy a beteg és családja nem tudja elfogadni a betegség lélektani természetét: mintha elegánsabb, elfogadhatóbb lenne belgyógyászati kórsággal rendelkezni. A szülők, de néha még a testi betegségek szakemberei is nehezen fogadják el azt, hogy egy jellegzetes testi tünetekkel járó betegség hátterében nagy szerepet tölthetnek be a lélek zavarai. A test és a lélek azonban szorosan összefügg, nem érdemes a kettőt élesen különválasztani. Ezt fejezi ki az úgynevezett *pszichoszomatikus betegségek* fogalma.

A hivatásos koplalók

A koplalásnak volt egy igen érdekes formája is: az *éhezőművészek* fellépése. Látványosságszámba menő, hetekig tartó éhezésük végül is pénzkereseti forrás volt – paradox módon a „mindennapi kenyerüket” keresték meg a koplalással. Ennek a speciális evésmegtagadásnak a leírására kitűnő irodalmi példa Franz Kafka „Az éhezőművész” című novellája. Érdeemes azt is megjegyezni, hogy Kafka is valószínűleg anorexiás volt.

4. kép: Egy 19. századi éhezőművész: a francia Claude Ambroise Seurat (1797-1826)

A test vagy a lélek zavara?

Az anorexia 20. századi története során először belgyógyászati, gyomorműködési és emésztési, továbbá hormonális okokat gyanítottak a betegség hátterében. Ekkor tehát még a biológiai magyarázatok álltak előtérben. A 20. század első harmada után kezdett

felmerülni a *lelki tényezők* elsőrendű jelentősége. Az 1960-as évektől bukkant elő a *testkép zavarának* fontossága, ekkor kezdték központi fontosságúnak vélni azt, hogy a betegek képtelenek reálsan megítélni a testsúlyukat és az alakjukat. Ezután kezdtek a családi háttérrel is foglalkozni. Az utóbbi két évtizedben pedig a komplex betegségértelmezés vált elfogadottá, ami azt jelenti, hogy a biológiai, a pszichológiai és a társadalmi-kulturális tényezőknek – melyek szerepe a betegség kialakulásában változatos mértékű lehet, és sokféle kölcsönhatásban nyilvánulhat meg – egyaránt fontos szerepet tulajdonítanak.

Természetes, hogy a különböző kezelési módok ajánlása megfelelt a betegségértelmezés aktuális elveinek, tehát például a 20. század elején a hormonpótlást, az agyalapi mirigy kivonatát ajánlották. Manapság a terápiában is a több szempontú kezelés ajánlása áll az előtérben. Érdeemes megemlíteni azt is, hogy hazánkban az anorexia leírására meglehetősen későn került sor. Az első, anorexiás betegről szóló ismertetés 1955-ben jelent meg, azaz 82 évvel a betegség hivatalos leírásának megjelenése után. Ez azért lényeges, mert a hazai orvosi kultúra alakulásában is fontosak a történelmi tényezők: a kórképek hazai értelmezésének történeti fázisai természetesen sokszor „csúszással”, késlekedéssel járnak.

1.1.2. A bulimia története

A bulimia kifejezés szintén az ókorban jelent meg, a „limosz” (étvágy) és a „bouisz” (ökör, illetve nagyító képző) szavak, szóelemek összetételeként. Szó szerint így a bulimia szó „ökörétvágy”-at jelent. A túlzott étvágy tünetként való leírása már az ókorban, Hippokratész idejében megjelenik. Itt kell arra is utalnunk, hogy az ókori Rómában szokásban volt nagy lakomák nem számítanak bulimiának, de természetesen az étellel való visszaélést jelentik. A dőzsölések során elfogyasztott ételektől önhánytatással szabadultak meg, de ezt nem titokban és szorongó állapotban, hanem hedonisztikus módon tették.

5. kép: A lakomák utáni hányás helye az ókori Rómában: a vomitorium

A bulimiás jelenségeket, a túlevési rohamokat és az önhánytatásokat kezdetben az anorexia részjelenségeiként fogták fel. A bulimia csupán 1979-től számít önálló

betegségegységnek, ekkor írta le Gerald Russell angol professzor önálló kórképként. Előfordul persze, hogy az anorexia és a bulimia keveredik egymással. Ekkor az anorexia bulimiás altípusáról, azaz bulimarexiáról beszélünk (elvileg fordítva is lehetne).

1.2. Milyen gyakoriak az evészavarok?

A különböző felmérések arra utalnak, hogy az evészavarok a fiatal, 18–35 év közötti nők 1–4%-át érintik. Korábban inkább az anorexiával találkozhattunk, ma már a bulimia mintegy háromszor gyakoribb, mint az anorexia. Az evészavarok előfordulásának gyakorisága társadalmi tényezőktől függ. Régebben kizárólag a nyugati civilizáció betegségeinek tartották az evészavarokat, később kiderült (hazai adataink is erre utalnak), hogy Közép- és Kelet-Európában is gyakoriak. Ezek az adatok a kifejlett betegségekre vonatkoznak, ugyanakkor az is nagyon lényeges, hogy a ritkán (például havonta néhányszor) jelentkező résztünetek – például hashajtózás, önhánytatás, néhány napos koplalás – igen gyakoriak lehetnek egyes csoportokban, például a fokozott evészavar-kockázattal jellemezhető egyetemista nők körében. Ezek a jelenségek népegészségügyi fontosságot kölcsönöznek az evészavaroknak.

Jól ismert, hogy *az evészavarok tipikusan női betegségek*. Férfiak körében az összes megbetegedések csupán 2–10%-ában fordulnak elő. Jellemző az is, hogy felső- és középosztálybeli személyek betegségeiről van szó. Sok szakember utal azonban arra, hogy ezek a társadalmi különbségek fokozatosan eltűnnek: az evészavarok egyre gyakoribbak lesznek a kevésbé fejlett országokban, a férfiak között, az idősek körében és az alacsonyabb társadalmi rétegekben is.

Az evészavarok a fiatal lányok betegségei; az anorexia általában 13–20 éves kor között kezdődik, a bulimia 2–3 évvel később (kialakulásához ugyanis némileg érettebb személyiség szükséges).

1.3. Az evészavarok tünetei

1.3.1. Az anorexia tünetei

Az evészavarok tüneteinek leírásakor érdemes megemlíteni azokat a diagnosztikai rendszereket, amelyek szabályozzák a pszichiátriai kórképek diagnózisának felállítását

(Európában a Betegségek Nemzetközi Osztályozása, Észak-Amerikában a DSM-nek rövidített kézikönyv terjedt el). Mind az anorexia, mind a bulimia kritériumait illetően a leginkább elfogadott amerikai betegségsztályozási rendszert, a DSM-IV-et (azaz a DSM negyedik kiadását) idézzük.

Az anorexia kritériumai

- Legalább 15%-os testsúlyhiány.
- Félelem az elhízástól.
- Testképzavar: a testsúly vagy az alak észlelésének a zavara.
- Nőknél a menstruáció kimaradása.

Az anorexia típusai

Az anorexiának két altípusát különítik el. A *restriktív*, azaz *korlátozó típusra* pusztán a koplalás jellemző, a *bulimiás típusra* pedig a soványság mellett az időszakos túlevési és hányási rohamok jelentkezése.

Hogyan fejezzük ki a testsúlyhiány mértékét?

A testsúlyhiány mértékének kifejezésére a *testtömegindex* a legalkalmasabb mutató (angol rövidítéssel: BMI, azaz body mass index). Ez a testsúlykilogrammok és a méterben megadott testmagasság négyzetének a hányadosa, a nőknél értéke normálisan 18,5–25 kg/m² közötti. Férfiaknál kissé magasabban, 20–25 kg/m² között van a normális tartomány. Anorexiás soványságról 17,5 kg/m² alatti testtömegindex esetén beszélünk. Egy 170 cm magas és 40 kg-os lány testtömegindexe például a következő:

$$\text{BMI} = 40/1,70^2 = 13,84 \text{ [kg/m}^2\text{]}$$

Melyek a legjellemzőbb tünetek?

Az anorexia általános tüneteire tartozik az *életfontosságú funkciók lelassulása*, a testhőmérséklet, a vérnyomás, a pulzusszám alacsony volta, valamint a *hajhullás*. Gyakori a túlzott testedzés, a *mozgásos hiperaktivitás*. Az étkezéssel kapcsolatban *furcsa szokások* ütnek fel a fejüket: a beteg apró darabokra vágja az ételt, sokáig piszmoz vele. Ezek a szokások természetesen feszültséget keltenek a családban. A bulimiás

altípusban észlelhető *önhánytatás* igen gyakori is lehet, akár napi 10–20 alkalommal is előfordul. Ennek nagy veszélye a gyomornedvvel való káliumvesztés, amely életveszélyes szívritmuszavarokhoz vezethet. A *hashajtóhasználat* ugyancsak extrém méreteket ölthet.

Megváltozik az anorexiások személyisége is. Jellemzővé válik a nyomott hangulat, az ingerlékenység, a visszahúzódás, a szexuális érdeklődés elvesztése, a különböző kényszeres szokások. Jellemző a tökéletességre való törekvés, azaz a perfekcionizmus, s a teljesítményorientáltság; ezek vonatkozhatnak tanulásra, sportra, kényszeres rendszeretetre. A perfekcionizmus alapja a betegnek az a feltételezése, hogy nem létezik feltétlen szeretet, elfogadás; mindenféle szeretet feltételekhez kötött, azaz meg kell vásárolni, ki kell érdemelni valamilyen erőfeszítéssel. Mintha lenne egy szigorú főhatóság, amely magas viselkedésnormákat állít, s ezeket teljesíteni kell. Ha nem teljesülnek, elutasítás a következmény. Ez a feltételezés vezet a tökélyre való törekvéshez.

A betegek a szexualitástól távol tartják magukat, általában az érzelmek kifejezése is nehéz számukra. Dacossá, ingerlékennyé válnak, nincs betegségtudatuk. Az evés visszautasítása komoly családi feszültségekhez vezet. Tulajdonképpen az anorexiás családtag lesz a család központja, ő szabályozza a családi kapcsolatokat a tüneteivel.

Az önkontroll

Érdekes kérdés az anorexia jellemzői között az önkontroll. Az anorexiások túlzott önkontrollal rendelkeznek, a bulimiások viszont időszakos kontrollhiánnyal küzdenek. Az anorexiás értékesnek tartja a normális ösztönök és örömök fölötti önkontrollt, márpedig a pszichológiai normalitáshoz az is hozzátartozik, hogy a személynek legyen örömképessége, ezt tanítják a pszichológiai tankönyvek is. Aki nem tud örülni az élet ilyen-olyan dolgainak, a sikernek, ösztönélete örömeinek, az nem képes harmonikusan élni. Az ilyen személyiség típus az askétaalkatra hasonlít. Ezeknek az embereknek az élete gyakran üres, cél nélküli.

A kontroll megszerzését célzó küzdelem gyakran öncélú, túlzott makacsságot jelent. Ebből a szempontból az anorexia tünetei a dac, a lázadás megnyilvánulásai is lehetnek. A lázadás válhat a szülői befolyás ellen való tiltakozás egyik kitüntetett formájává.

A testképzavar

Érdemes rövid kitérőt tennünk a testképzavar megértéséhez. A *testkép* a saját testünkkel kapcsolatos élményekre, viszonyulásokra vonatkozik: hogyan érezzük magunkat a bőrünkben, milyenek a saját testünkről alkotott elképzeléseink. Nem csupán a vizualitáson alapuló fogalom ez, hiszen a vakoknak is van testképük. Minden érzékszervünk érintett annak a komplex élménynek a kialakulásában, amely a saját testünk képzetét jelenti (ennyiben pontosabb megjelölés lenne a *testélmény*). Az *anorexiás testképzavar* azt jelenti, hogy a beteg soványan is kövérnek látja magát. Érdekes viszont, hogy mások alakját reálisan meg tudja ítélni. Ma már vannak olyan számítógépes módszerek, amelyek segítségével pontosan mérhető a torzítás mértéke: digitális fénykép készül a betegről, aki a számítógép segítségével a saját testképének megfelelően szélesítheti-soványíthatja a képét. A realitástól való eltérés jól megítélhető ezzel a módszerrel.

6. kép: A nők testképzavara

1.3.2. A bulimia tünetei

A bulimia általában normális testsúllyal jár, de minden tápláltsági állapotban előfordulhat. Egész pontosan, ha az anorexiát jellemző testsúlytartományban jelentkeznek a bulimia tünetei, akkor a megegyezés szerint anorexiáról, annak is a bulimiás altípusáról (bulimarexiáról) van szó.

A bulimia kritériumai

- Visszatérő falási, túlevési epizódok, melyekre a kontrollvesztés érzése jellemző.
- A súlygyarapodást megakadályozó, kompenzáló viselkedések: önhánytatás, hashajtózás, vizelethajtók stb. alkalmazása. Ide tartozik a túlzott testgyakorlás vagy az időszakos koplalás is.
- A tüneteknek legalább három hónapja fennállnak, minimálisan heti kétszeri jelentkezéssel.

- Az önértékelést túlzottan befolyásolja a testsúly és az alak.
- A zavar nem kizárólag anorexia során jelentkezik.

A bulimia altípusai

A bulimiának is két altípusa van, a *purgáló (öntisztító) típus*: ezt az önhánytatás és az egyéb „öntisztító” procedúrák jellemzik. A *nem purgáló típusra* a kompenzáló viselkedések egyéb formái (időszakos koplalás, túlzott testedzés) jellemzőek. Elkülönítenek még egy bulimiához közeli formát is: ez a *kényszerevés*, amely nem jár a bulimiára jellemző súlycsökkentő manőverekkel, de kényszerszerű túlevési rohamok jelentkezése jellemzi. A kényszeres evők általában túlsúlyosak.

A bulimia egyik baljós formája az úgynevezett *multiimpulzív bulimia*. Ebben az esetben a belső késztetések, indulatok, impulzusok megfékezése a nehéz, s ennek több következménye lehet: kleptománia (azaz kényszerszerűen, leküzdhetetlen vágyként jelentkező lopások), alkoholizálás, drogozás, szexuális gátlástalanság, önsértések, öngyilkossági kísérletek.

A bulimia jellemzői

Fontos jellemzője a bulimiának, hogy a gyakori hányások során a fogzománc maradandóan károsodik, ezért a rejtett bulimiát sokszor a fogorvosok ismerik fel. A bulimiás rohamokat különböző tényezők – feszültség, szorongás stb. – válthatják ki. A bulimia könnyen értelmezhető az evés, illetve az éhség fölötti kontroll csökkenésének következményeként, s kontrollhiányra utalnak a fent említett jelenségek, mint a kleptománia, az alkoholizálás stb. is. Gyakori a depressziós hangulat önvádásokkal, súlyos esetekben öngyilkossági kísérlet is előfordul.

Egyes bulimiások az éhség leküzdése céljából eszik túl magukat, mások viszont azért, hogy hányhassanak. A hányás ugyanis katartikus megkönnyebbülést jelenthet. A tüneteknek tehát szorongásoldó, „öngyógyító” szerepük is van. Ebből az is következik, hogy ilyen „hasznuk” miatt nehezebben szüntethetők meg, mint például egy banális testi betegség tünetei. A betegség, a kóros állapot előnyeit (ezeket *betegségelőnyök*nek hívjuk) is értékelnünk kell.

Bulimiások körében gyakoriak a szexualitás problémái, a férfi bulimiások között például sok a homoszexuális. Az anorexia a szexualitás elutasításával jár, a pubertás után kezdődő bulimia viszont az erős szexuális ösztönök megjelenésével állítható párhuzamba.

1.3.3. Az anorexia és a bulimia közötti különbségek és átmenetek

A tünetek leírásából kitűnik, hogy sok hasonlóság van az evészavarok két alapvető típusa, az anorexia és a bulimia között. Nyilvánvalóak a rokonság jelei, s ezt támasztják alá az egyes altípusok vagy speciális formák. Az evészavarok története is azt példázza, hogy az egyes zavarok egymáshoz kapcsolódóan jelentek meg. Vannak azonban különbségek is, amelyek a két alapvető típus kezelését is eltérővé tehetik. Az alábbiakban az anorexia és a bulimia közötti különbségeket mutatjuk be.

Az anorexia és a bulimia közötti fő különbségek

	Anorexia	Bulimia
Testsúlyideál	a normális alatti	lehet normális
Súlyfóbia	van	van
Testsúly	alacsony	normális vagy kissé alacsonyabb
Kontrollvesztés	a beteg fél a kontrollvesztéstől	fennáll
Éhség	tagadott	beismert
Életkor	13–20 éves korban kezdődik	16-25 éves korra jellemző
Szociális viselkedés	zárkózott	nyitott
Személyiség	éretlenebb, kényszeres, perfekcionista	labilis, impulzív, depresszív, szorongó
Tünetek	feltűnőek	rejtettek
Járolékos tünetek	kényszertünetek, depressziós tünetek	szenvedélyek (alkohol, drog), öngyilkossági hajlam, lopás, depressziós tünetek
Családi kötődés	igen erős	lazább
Menstruáció	hiányzik	legtöbbször szabálytalan
Szexualitás	korlátozott (az aszexualitásig)	aktív

Az evészavarok természetesen rokonságban vannak egymással, többféle átmenet is megfigyelhető közöttük. Ezek közül leggyakoribb az anorexia és a bulimia keveredése (mint láttuk, ez az anorexia bulimiás altípusa, a bulimarexia). Fontos tudnunk azt is, hogy a kórképek súlyossága alapján is vannak fokozatok. Gyakoriak az enyhe, úgynevezett szubklinikai formák is. Ezekre a résztünetek megjelenése jellemző anélkül, hogy a teljes betegség kialakulna. Ilyen példa, ha valaki havonta 1-2 alkalommal eszi túl és hánytatja meg magát.

1. ábra: Az evészavarok átmenetei

Az evészavarok szövődményei

Az evészavarok testi szövődményekkel is járhatnak. Ezek egyik csoportja a koplalás és a diétázás következményeit jelenti (példa gyanánt a testi leromlás, hajhullás, hormonzavar, anyagcserezavarok említhetők). Másik csoportjuk a falási rohamokkal kapcsolatos; ezek a szövődmények elsősorban az emésztőrendszer felső szakaszát károsítják (ide tartozik a nyálmirigyek megduzzadása, a ritkán előforduló gyomorrepedés). A harmadik csoportba a súlycsökkentő viselkedések következményei tartoznak (például a testsúly csökkentésére alkalmazott gyógyszerek – így a hashajtók, vízhajtók – szedésének ártalmi). A károsodott szervrendszereket tekintve a testi szövődmények között elsősorban a gyomor-bél rendszer panaszait említhetjük, de életveszélyes voltuknál fogva a szívritmuszavarok is igen fontosak.

1.4. Mivel magyarázhatók az evészavarok?

Az evészavarok a *pszichoszomatikus zavarok* jellegzetes típusát képviselik, melyekre a lelki és a testi tényezők szoros összekapcsolódása jellemző, így különválasztásuk nem szerencsés. Lényeges tudnunk, hogy sem az egyik, sem a másik terület kiemelése nem szolgálja a betegség jobb megértését.

Az utolsó két évtizedben a komplex – a biológiai, a pszichológiai és a társadalmi-kulturális tényezőknek egyaránt szerepet tulajdonító – elképzelések terjedtek el az evészavarok magyarázatában. Az egyébként logikus kérdés, hogy mi okozza az evészavarokat, nem válaszolható meg egyszerűen. Inkább több tényező együttes

fennállásának tulajdonítható az, hogy valakiben egyszer csak felüti a fejét egy ilyen furcsa zavar. Nem elegendő pusztán gyomorbajokra, enzimekre vagy hormonális elváltozásokra hivatkozni, de egy-egy pszichés tényező túlhangsúlyozása sem szerencsés. A szülők sokszor azzal magyarázzák az anorexia létrejöttét, hogy korábbi túlsúlyossága miatt csúfolták gyermeküket az iskolában. Ez lehet egy tényező, de más tényezőknek is jelen kell lenniük ahhoz, hogy kialakulhasson a betegség. Nagyon sok gyereket csúfolnak ugyanis túlsúlyossága miatt, közülük mégis csupán néhánynál alakul ki evészavar.

Hogy a sokféle tényező miként szerepelhet egy ilyen komplex betegség kialakulásában, az talán a következő kockázati tényezők fontosságának figyelembe vételével világítható meg. Ahhoz, hogy valakiben anorexia alakuljon ki, az kell, hogy a személy

- legyen fiatal lány,
- kerüljön ki a felső-középső társadalmi osztályokból,
- legyen diák,
- legyen depresszióra hajlamos,
- családjában az önállósodás folyamata ütközzön nehézségekbe,
- problémákkal küszködjön a szexualitás fejlődése terén és
- éljen olyan társadalmi környezetben, mely a karcsúságideál túltengésének kedvez.

Önmagában egy-egy ilyen tényező nem vezet különösebb zavarhoz. Ha viszont már több is fennáll közülük, akkor erősen megnő az evészavarok kialakulásának kockázata. Minél több ilyen állítás igaz, annál nagyobb a rizikó. Ez a gondolkodás – az tehát, hogy nem egy tényezőt kiáltunk ki bűnbaknak, hanem feltérképezzük a kockázatot fokozó tényezőket, és csökkenteni próbáljuk azok hatását – segít abban, hogy jobban megértsük az evészavarok kialakulásának mechanizmusát.

A tyúk-tojás probléma

Az elmondottak alapján nagyon fontosnak látszik az *okság* fogalmának tisztázása. A legegyszerűbb ok-okozati láncolatok felépítésére az jellemző, hogy van ok, van következmény. Meg kell szüntetni az okot, s megszűnik a következmény. Ez igaz a heveny betegségekre, például a gyulladásokra. Van baktérium (ok), van következményes betegség; tessék kiirtani az okot (antibiotikumokkal), így megszűnik a

következmény. De miért van az, hogy a hosszan tartó, krónikus betegségek – például anorexia – esetében ez a kristálytisza elv nem vezet eredményre? Sok szülő kétségbeesetten és dühösen követeli: mondják már meg végre, mi az oka a lányuk evészavarának?! Itt azonban oksági csapda van: a hagyományos *lineáris okság* (az ok-következmény láncolatok sora) nem működik. Helyette egy szokatlanabb oksági összefüggést ajánlunk megfontolásra, a *körkörös (cirkuláris) okságot*. Ez a tyúk-tojás problémával írható le: mi volt előbb? A kérdés nem válaszolható meg egyszerűen, az ok és a következmény ugyanis megegyezik – a kígyó a saját farkába harap. Csak akkor tudunk kilábalni ebből a csapdából, ha fejlődésében, evolúciójában, folyamatában próbáljuk megérteni a dolgot: a madár (tyúk...) és a tojás megjelenéséhez hosszú folyamatnak kellett eltelnie. Azt mondhatjuk, hogy a folyamat, a fejlődés átlátása segíthet a betegség kialakulásának megértésében. Egy pont kiragadása nem visz közelebb a megértéshez.

Van egy amerikai dal, melynek refrénje valahogy így szól: *iszom, mert elhagyott, elhagyott, mert iszom*. Bizony: nem mindig lehet megmondani, hogy a feleség kezdett-e kissé ridegebb, fáradtabb lenni a férjéhez, vagy a férj kezdett a szokásosnál több időt tölteni a barátokkal a kocsmában. Persze mindkét fél rengeteg példát tud felhozni arra, hogy mi mindent tett a *másik* azért, hogy a helyzet végül elfajuljon. Tipikusan cirkuláris, körkörös okság. Ugyanezt látjuk az anorexiás dac esetében is. Nem eszik a gyermek, a szülők aggódnak, etetnék – a dac nő, ezzel együtt a szülők kétségbeesése is. A folyamat, mint a lavina, halad előre.

Tartok tőle, hogy sok szülő a ködösítés vádjával illet a fenti fejtegetésért. Azt kell mondanom, hogy mégis ez a pontosabb leírása egy elég bonyolult mechanizmusnak. Vannak helyzetek, amikor nem lehet a kétszerkettő bizonyosságával állítani valamit. Maradjunk ennél a matematikai hasonlatnál. A kétszer kettő ugyebár négy. Ez igaz az aritmetikára, bár a matematikusok még itt is találnak kibúvót. Vagy: száznak a fele ötven. Ez így rendben is van. De: ha egy pénzermét százszor feldobunk, hányszor lesz fej, hányszor írás? Nem tudjuk pontosan megmondani! Nem vehetünk mérget arra, hogy ötvenszer lesz fej, ötvenszer írás. Az a legpontosabb jóslás, hogy *valószínűséget* mondunk. Nem bizonyosságot, mert azt nem mondhatunk, hanem valószínűséget: annak valószínűsége, hogy fej lesz, százból ötven, azaz 50%.

Nem tehetünk mást, ha pontosan akarjuk megragadni a pszichoszomatikus betegségek lényegét, hogy ilyen valószínűségi gondolkodást használunk. A gyakorlatban ebből az következik, hogy az evészavarok kialakulásában – mint a pszichoszomatikus zavarokéban általában – elkülönítünk hajlamosító, kiváltó és betegségfenntartó faktorokat. Ezek tehát nem *okok* önmagukban, hanem kockázatot fokoznak.

Hajlamosító tényezők

Evészavarra hajlamosíthat például a labilis személyiség, az evészavar előtti túlsúlyosság, elhízás, az érzelmi instabilitás, a negatív önértékelés, a gyermekkori negatív élmények (szexuális zaklatás, bántalmazás), férfiak esetében a homoszexualitás. Ugyancsak fontos tényező lehet a túlzott szülői gondoskodás (azt, hogy „túlzott”, nagyon nehéz megfogalmazniuk a családtagoknak, mert alapvetően pozitív, jó szándékú viselkedés a szülő részéről!), vagy a család egyéb feszültségei. A szexuális visszaélés elég gyakori, az evészavarban szenvedők egynegyedét érinti. (Ez egyébként az általános népességben sem ritka, a nők 9%-a érintett.) Ki kell kérdezni a betegeket az ilyen eseményekről – ezt sokszor elfelejtik az orvosok, félve az intimitás sérülésétől. Nem kell félni, a betegek segítségnek értékelik az ilyen kérdéseket. Mindezekon túlmenően társadalmi és kulturális hajlamosító tényezőként foghatjuk fel a karcsúságuideál hatását, a teljesítménykényszert, a nőkre vonatkozó szereptúlterheléseket.

Kiváltó tényezők

Kiváltó tényezők lehetnek azok a különböző stresszorok, amelyek koplaláshoz, a táplálékfelvétel megszorításához vezetnek. Ide tartozik a depresszió, a megterhelő életesemények (haláleset, csalódások), a nem megfelelő stresszleküzdő képességek miatt megélt kudarcok. Fontos megismerni ezeket a tényezőket, s a velük való megbirkózás módját. Sokszor azonban azt látjuk, hogy az evészavar az alapvető probléma elkerüléséhez vezet.

Betegségfenntartó tényezők

Betegségfenntartó tényezők például azok az „előnyök”, amelyekről korábban már volt szó. Kétféle ilyen előnyt ismert a pszichológia: az elsődleges betegségelőnyt azt jelenti, hogy a kialakult zavar valamilyen más betegség, nehezebben elviselhető szorongás kifejlődését akadályozza meg. A lélek mélyén ilyen előny az, ha nem kell

szembenéznünk azzal, hogy a szüleink esetleg elválhatnak, hanem azt látom, hogy betegségem miatt jobban egyetértenek, félreteszik konfliktusaikat. Másodlagos betegségelőnynek a konkrét „hasznot” tarthatjuk, ilyen előny lehet a munkavégzés alól való mentesülés (például táppénz). Ezeken túl az éhezés és az alultápláltság biológiai következményei is képesek fenntartani a betegséget, de a visszahúzódó élettől a depresszió át a hivatásbeli nehézségekkel való szembesülésig sok tényezőnek lehet még szerepe az evészavar fenntartásában.

1.4.1. A táplálékfelvétel biológiai szabályozása

A táplálkozás igen bonyolult biológiai szabályozásának legfelső szintjén különböző agyi területeknek van szerepük. A testsúly stabilizálásában lényeges a szénhidrát-háztartás, például a vércukorszint szabályozása. Hasonlóan fontos rendszer szervezi a test zsírtartalmának szabályozását is. Olyan rendszerről van itt szó, amely a szervezet zsírtartalmáról állandó visszajelzéseket küld az agyi központoknak (a hipotalamusznak). A *leptin* nevű anyag a zsírsejtekben keletkezik, mennyisége a test zsírtartalmáról árul el információt az agynak. A magas leptinszint csökkenti a táplálékfelvételt. A leptinnek többféle szerepe lehet a testsúly és az evés zavarainak kialakulásában, azonban sok más biológiai tényező is szabályozza a telítettségérzést, az étvágyat. Az egyik ilyen anyag például a *kolecisztokinin* nevű enzim, mely fokozza a jóllakottság érzését, így csökkenti az étvágyat. A hasnyálmirigy is termel olyan fehérjeszerű anyagokat, amelyek igen drasztikusan képesek a táplálékfelvételt fokozni. Fontos hatásuk van még az idegsejtek közötti ingerületátvivő anyagoknak (*neurotranszmittereknek*) is. Ezek szerepe a depresszióban és a szorongásos zavarokban már meglehetősen jól ismert, az egyik legismertebb ilyen anyag a *serotonin*. Jelentőségük van még a szervezetben termelődő, ópiumszerű hatással bíró anyagoknak, az *endorfinoknak* is, ezek elsősorban a táplálék élvezetét befolyásolják.

A sok vizsgálati eredmény ellenére nem lehet pusztán biológiai okokkal összefüggésbe hozni az evészavarokat. A változások többsége ugyanis inkább következményes jellegű. Ma még nem állnak rendelkezésre olyan biológiai hatóanyagok, gyógyszerek, amelyekkel meggyőzően tudnánk csökkenteni az evészavarok tüneteit.

Az evészavarok keletkezésében *genetikai tényezők* is szerepet játszanak, ezt ikervizsgálatok eredményei is alátámasztják. Egypetűjű ikrek esetében például az ikerpár két tagja között 56–66% közötti az egybeesés az anorexia kialakulását tekintve, míg kétpetűjű ikrek esetében csupán 7% körüli. Itt kell megjegyeznünk (bár nem biológiai mechanizmusról van szó), hogy a genetikai öröklésen kívül a mintakövetésnek, a szociális tanulásnak is szerepe van, többek között abban, hogy a gyermek milyen étkezési szokásokat tanul szüleitől.

1.4.2. Pszichológiai tényezők

Az, hogy az evés zavarainak hátterében lelki problémák, feszültségek, konfliktusok is jelentősek lehetnek, nem volt mindig nyilvánvaló. A szervi eltéréseket kereső beállítottság arra vezette az orvosokat, hogy csak a test, a biológiai „gépezet” működésében keressenek okokat. Az is igaz viszont, hogy már az anorexia kezdeti leírói is megemlékeztek olyan kezelési javaslatokról, amelyeket akár pszichoterápiás jellegűeknek is tekinthetünk. A már említett Richard Morton például az egyik betegének kezeléséről szólva olyan tanácsokat is leírt, amelyek a lesoványodott fiatalra arra buzdították, hogy legyen többet a szabadban, kevesebbet foglalkozzon tanulmányaival.

A lelki jelenségek alapvető szerepe a testsúly zavarainak létrejöttében igazából a 20. században került előtérbe. Ebben a pszichoanalízis, az első tudományos értékű pszichoterápiás irány játszott a főszerepet. Később más elméletek is születtek, és ezek is felhívták a figyelmet az evészavarok lelki aspektusaira. A következőkben az evészavarokat magyarázó legfontosabb elméleti irányzatokat tekintjük át.

Pszichodinamikus modellek

A pszichodinamikus modellek a tudattalan tényezők szerepére, a lélek mélyén dülő érzelmi erőkre, ösztönökre, vágyakra, nem tudatos belső késztetésekre fókuszálnak. A *szexualitás* nehézségei, elfojtott konfliktusai gyakran lényegesek e szempontból, az evészavarok egyes tünetei ugyanis a szexualitással kapcsolatos feszültségekre utalhatnak. Ez nem meglepő, ha arra gondolunk, hogy a két alapvető ösztönterület, a létfenntartás (az evés) és a fajfenntartás (a szexualitás) igen közel van egymáshoz. Ezt remekül példázza René Magritte belga szürrealista festőnek „A megbecstelenítés” című – sokak számára meglehetősen bizarr – festménye. Az anorexia jellemző sajátossága a

szexuális érzések, késztetések elnyomása. Az anorexiás szeretné elveszíteni nőiességét, a nőiség jegyei elfogadhatatlanok számára, testét visszataszítónak találja. A bulimiások egy részénél megtalálható tünetek, mint például az önsebzések, nem ritkán a szexuális izgalmakhoz közeli érzéseket váltanak ki a betegekből. A hányás is lehet ilyen jelentésű, olyannyira, hogy leírtak egy kórképet (*hányásszenvedély*), amelynek központi tünete a hányás szexuális izgalommal felérő volta.

7. kép: René Magritte: A megbecstelenítés

Az evészavarok háttérben álló tudattalan tényezők közül az *agresszivitás* is lényeges. A tünetek szerepe néha az, hogy lehetőséget nyújtsanak az agresszió kifejezésére. A bulimiások az agressziót gyakran fordítják saját maguk ellen. A test megkínzásának tünetei ilyen önagressziót jelentenek.

Szerepük van az *anya-gyermek kapcsolat* korai jellemzőinek is, mint például a csecsemőkori táplálási-etetési szokásoknak, később pedig az étkezéssel kapcsolatos családi szokásoknak (kényszerítenek-e valakit az evésre, noszogatják-e és így tovább). Így az évek során az ételhez és az étkezéshez különböző érzelmek, asszociációk társulnak. Ha valakit gyermekkorában rendszeresen evésre nógattak, akkor az evés megtagadása az ő számára lázadást is jelent, az anorexiás tünetek pedig a családtagok kontrollálására, egyben egyfajta törlesztésre, bosszúállásra is lehetőséget nyújtanak.

A lelki élet tudattalan mozgatórugóira utaló pszichodinamikus elképzelések igen fontosak, és sokat segíthetnek az evészavarok „üzenetének” felismerésében. Ugyanakkor nem lehet általánosítani őket; nagyon sokféle jelentéssel találkozhatunk. Az evészavarok komplexebbek annál, mint hogy kizárólag tudattalan tényezőkkel magyarázhatnánk legfontosabb sajátágaikat.

Viselkedés-lélektani modellek

A viselkedés-lélektani modellek szerint az evészavarok tanult viselkedésnek is felfoghatók, amelyet „jutalmak” tartanak fenn. A karcsúságot például a környezet reakciói megerősíthetik. A „büntetések” – ilyen az iskolai csúfolódás a túlsúlyosság miatt – szintén fontos szereppel bírhatnak. E modellek újkeletű változatai az ún.

kognitív (megismerő folyamatokon alapuló) *modellek*. Ezek arra hívják fel a figyelmet, hogy a kórkép kialakulásának középpontjában a testsúlyról, az alakról és az evésről való hibás elképzelések, torzult ítéletek állnak.

Családi modellek

Az evészavarok családi modelljei arra a megfigyelésre alapozódnak, hogy bizonyos családi tényezők gyakran előfordulnak a zavarok kialakulásának hátterében. Megfigyelték például, hogy az anorexiások családjában merevebbek a szabályok, kevésbé világosak a családon belüli határok, kerülnek a nyílt megbeszéléseket és vitákat. A szülőknek problémáik vannak a szülői kontroll és a gyermek korának megfelelő önállóság egyensúlyának megtalálásában, és különbség lehet a két szülő között a gyermeknevelést illetően is. Lehetnek házassági problémáik is, amelyek a szülők közötti együttműködés hiányosságaihoz vezetnek. A betegek édesanyjának a személyisége általában önfeláldozó, de a mélyben sebezhető, aki számára a negatív érzések elfogadhatatlanok. Az apák gyakran erősek, sikeresek, egyszersmind alacsony önértékelésűek. A negatív érzések kifejezését sokszor tiltják, a gyermek önállóságának kialakulását pedig gátolják. A gyermekben hasonló kettősség alakul ki: a gyors intellektuális fejlődés erősen függő személyiséget takarhat. Az anorexiások szülei általában túlkontrolláltak, gyakran depresszióra, kényszerekre, fóbiákra hajlamosak. A bulimiás betegek szüleinek egy része alkoholista, drogfüggő vagy túlevő.

A családi tényezőknek inkább a betegség árnyalásában van jelentőségük, nem közvetlen oki szerepről van tehát szó. Ezen elképzelések legfontosabb hozadéka az, hogy a *családterápia* fontosságára hívják fel a figyelmet.

1.4.3. Társadalmi és kulturális tényezők

Több érv szól amellett, hogy az evészavarokat a társadalmi-kulturális tényezők is alapvetően befolyásolják. Az egyik ilyen régi megfigyelés, hogy az evészavarok eltérő gyakoriságúak a különböző kultúrákban, országokban. Korábban a fejlett nyugati betegségeinek vélték őket, az utóbbi egy-két évtizedben azonban már más országokban is terjednek, gyakoriak például a gyors társadalmi változásokon keresztülmenő államokban. Hazánk ebből a szempontból nyugati államnak tekinthető, mert az evészavarok gyakorisága megfelel a nyugati államokban észlelteknél. Feltehető, hogy

az evészavarok különböző tünetei a „nyugatiasodás” hatásaihoz társulnak. Elég, ha a tömegtájékoztatási eszközökben látható nőideálokra gondolunk, vagy a képzőművészetekben tekintjük át különböző koroknak megfelelő szépségideálok alakjának változásait.

8. kép: Willendorfi Vénusz

9. kép: Milói Vénusz

10. kép: Leonardo da Vinci: Mona Lisa

11. kép: Amedeo Modigliani: Jean Cocteau

12. kép: Marilyn Monroe, az 1950-es évek szexszimbóluma

13. kép: Varga Imre: Radnóti Miklós

Egy másik fontos érv a társadalmi-kulturális tényezők fontossága mellett az, hogy *az evészavarok gyakorisága növekedőben van*. Tudjuk, hogy a bulimiát mindössze két-három évtizede írták le, de az utóbbi években már gyakorlatilag háromszor gyakoribb a bulimia, mint az anorexia.

Az is leginkább kulturális tényezőkkel magyarázható, hogy *az evészavarok kifejezetten női betegségeknek* tekinthetők. Nincs olyan egyértelmű biológiai magyarázat, amely ezt a jelentős nemi különbséget indokolhatná, nincs például megragadható hormonkülönbség (itt az elsődleges hormonháztartási zavarra kell gondolni, s nem a soványság következtében kialakuló másodlagosra).

A *jellegzetes kormegoszlás* is lehet társadalmi tényezők következménye. Az evészavarok a serdülő- és az ifjúkor jellegzetes betegségei. Itt sem fedezhető fel a kormegoszlást magyarázó biológiai ok.

Vannak *etnikai különbségek* is, például a színes bőrűek között ritkábbak az evészavarok, mint a fehérek között. A társadalmi rétegek szerinti megoszlás sem egyenletes: az evészavarok jellegzetesen *a felső- és a középosztály betegségeinek* tekinthetők. Érdekes továbbá az a jelenség is, hogy bizonyos *foglalkozásokat* űzők körében az evészavarok feltűnően gyakran jelennek meg. Ilyenek a modellek, a táncosok vagy például egyes sportágak képviselői (tornászok, hosszútávfutók, zsokek). Ezekben a csoportokban a soványság elvárása igen kifejezett. Ugyanilyen szubkultúrának tekinthetők a

homoszexuális férfiak is, akik számára rendkívül fontos az alak és a testsúly. Minden olyan területen tehát, ahol a *karcsúságideál* hangsúlyos és előtérben van, nagy az evészavarok kialakulásának a kockázata. Érdekes kérdés, hogy vajon az anorexiás hajlamúak lesznek-e inkább balett-táncosok, vagy a balett-táncosok válnak hajlamosabbá az anorexiára?

14. kép: Az 1960-as évek divatmodellje: Twiggy

2. ábra: A Playboy címlapfotóin szereplő nők tápláltsági adatainak változásai, 1958-88

1. táblázat: Hazai szépségverseny-győztesek testtömeg-indexe

Az egyik legfontosabb érv a társadalmi-kulturális hatások szerepe mellett az, hogy egyértelmű biológiai folyamat nem ragadható meg az evészavarok elsődleges okaként. Mindezen érvek alapján az evészavarokat kulturálisan meghatározott („kulturakötött”) szindrómának is tartják.

Divatos betegség?

Kicsit távolabbra vezet, de figyelmet kell szentelnünk annak a jelenségnek is, hogy minden korban vannak „divatos” betegségek. Ezeket a társadalom kríziseinek jelképeként is értékelhetjük. Régen a pestis, a tüdőbaj ilyen betegségnek volt tekinthető. Ma a rák lehet hasonló korjellemző. A 20. századot a szorongás századának is szokták nevezni, és a 20. század végén terjedtek el igazából az evészavarok is. Erre a korra tehető az is, hogy a szexuális vonzerőt hangsúlyozó megjelenés egyre fontosabbá vált, a nőknek újabb szerepeket kellett felvenniük hagyományos szerepeik (otthonülő feleség és anya) mellé: fontossá váltak a menedzserképeségek vagy más, korábban férfitulajdonságnak tartott vonások. A női testet ma árucikkek reklámozására használják. Igen fontos a gazdasági tényezők nyomása, erre utal a külső megjelenéssel foglalkozó szakmák sokasága, a szépség- és a fitnessipar. A kutatók érdekes paradoxonra hívják fel a figyelmet: a fogyasztói társadalom egyszerre serkenti és nyomja el a vágyakat a fogyasztás növelésének érdekében. E szempontból lényeges még, hogy az étel egyre értéktelenebb tömegcikké vált (ellentétben azzal, hogy korábban a kenyeret például szentnek tartották).

Manapság, a karcsúság kultúrájában a nyugati divat kedvez az evészavarok kialakulásának. A soványságot az önkontroll győzelmének tekintik. A médiumokban

gyakran közvetített üzenet: minél soványabb valaki, annál egészségesebb. Meg is szokták jegyezni tréfásan: milyen sovány vagy, sokáig akarsz élni? Nem igaz azonban, hogy a soványság a hosszú élet egyik elősegítő tényezője lenne. Az alacsonyabb halálozási arányok valójában a normális tartományt enyhén meghaladó testsúlyokkal függenek össze. Önmagában a kis túlsúly nem jelenti az anyagcserezavarok kialakulásának kockázatát. A testsúlynál egyébként is jobb mutató a derék/csípő hányados: minél kisebb, annál jobb. Normálisan ez a hányados nőknél 0,75; az 1-nél nagyobb hányados különböző egészségkárosodási kockázatokkal járhat.

A mai nyugati kultúrában a különböző ételektől való tartózkodás, majdhogynem fóbia is elterjedt. Egyes ételeket gyanúval szemlélnék, különböző figyelmeztetésekkel bombáznak bennünket. Koleszterin, állati zsírok, cukor: az egészségügyi divatáramlatok szerint egyik ártalmasabb, mint a másik. Egyes, az ételekkel kapcsolatos betegségek (Salmonella-fertőzés, szivacsos agysorvadás) veszélyeire utaló figyelmeztetésekkel nap mint nap találkozunk. Nagy ingadozások vannak azonban ezekben a divatokban is. Húsz éve még a szénhidrátokat tekintették „rossz”-nak, ma a zsírokat tartják annak. Általában azt mondhatjuk, hogy nincs „rossz” vagy „egészségtelen” étel, hanem a tápanyagok aránya lehet többé-kevésbé egészségtelen.

A társadalmi hatások és a kulturális ideálok terjesztésében a *tömegkommunikáció* szerepe kiemelt. A karcsúságideál, a Barbie-baba effektus nagy nyomást fejt ki a nőkre. Ha már az óvodás gyermek is azt szokja meg, hogy a szép baba vékony, ha a topmodellek légiiesen karcsúak, akkor folyton azzal kell szembesülniük a nők többségének, hogy társadalmilag nem eléggé elfogadható az alakjuk. Az ideált követni kell. Olyan modellhatásról van szó, amely például az öngyilkosságoknál is megfigyelhető. Sokan ismerik például azt, hogy Arany János: Hídavatás című balladája megjelenésekor sokan lettek vízbeugrással öngyilkosok. Ugyanez a mintakövetés jellemezte egykori szépségkirálynőnk Lidocainnal elkövetett öngyilkosságának utóéletét: sokan lettek hasonló módon öngyilkosok. Az egyes városokban megtalálható „kedvenc” öngyilkossági helyeken elkövetett öngyilkosságokra is ez a mechanizmus érvényes – mintakövetésről, utánzásról lehet tehát beszélni.

A kövérség is...

Meg kell említeni azt is, hogy a kövérség kialakulásának hátterében is sok társadalmi és kulturális hatás mutatható ki. A klasszikus evészavaroknál említett jelenségeken túl érdemes felhívni a figyelmet arra, hogy

- a nők között gyakoribb az elhízás, mint a férfiak között;
- a túlsúly az életkorral nő, majd időskorban csökken;
- etnikai különbségek is vannak (a feketék általában kövérebbek, mint a fehérek);
- az alacsonyabb társadalmi státusú nők kövérebbek, mint a magasabb státusúak;
- a házas férfiak kövérebbek, mint a nőtlenek;
- a többgyermekes anyák kövérebbek, mint a gyermektelenek;
- a falusiak kövérebbek, mint a városiak.

1.4.4. Az evészavarok mint egyes pszichiátriai betegségek variánsai

Több olyan pszichiátriai zavar is van, amellyel – a megfigyelések alapján – az evészavarok kapcsolatba hozhatók. Ezért sok kutatóban felmerült, hogy az evészavarok lényegüket tekintve más pszichiátriai betegségek rokonának, esetleg altípusának tekinthetők.

A depresszió-elmélet

Ismert, hogy a depressziós tünetek egy része az étvágy hiányával és a fogyással kapcsolatos. Az is igaz, hogy az evészavarokban gyakran figyelhetünk meg depressziós hangulatot, önvádolásokat, valamint hogy az evészavarokban észlelt magas halálozási arány egyik oka az öngyilkosság. A bulimiás betegek 20–30%-a (!) tesz kísérletet az öngyilkosságra. Igen nagy annak a valószínűsége, hogy egy evészavarban szenvedő beteg életében előfordul egy jelentősebb depressziós epizód: anorexiában 50, bulimiában 80% körüli.

A szezonális depresszió általában télen jelentkezik. Előfordul, hogy a bulimiás tünetek jelentkezésében is mutatkozik ilyen szezonális ingadozás. Ennek terápiás következményei is vannak: a téli depresszió kezelésében is alkalmazott fényterápia az ilyen típusú bulimia esetén is előnyös lehet.

A depresszió-elmélet mellett szólhat az is, hogy az evészavarban szenvedő betegek családjában nagyobb a hangulatzavarok előfordulási aránya. Biológiai kapcsolatra utal a szerotonin (az idegrendszer ingerületátvivő anyaga, neurotranszmitter) működésének zavara, illetve egyéb biológiai anyagok, hormonok zavaraival is vannak közös pontok. A depresszió-elmélet egyik legfontosabb érve az, hogy az antidepresszívumok (depresszióellenes gyógyszerek) attól függetlenül is hatékonyak bulimiában, hogy a betegnél fennáll-e éppen depresszió vagy sem. Ez a hatékonyság általában részleges, de jól megfigyelhető. Röviden összefoglalva: az tűnik valószínűnek, hogy a depresszió és az evészavarok között nem közvetlen oki kapcsolat van, hanem több közös ponttal bíró, áttételes szabályozási zavar áll fenn.

A szenvedélybetegség-elmélet

Az előző elmélethez hasonló az evészavarok szenvedélybetegség-elmélete. Bulimiában ez a teória nyilvánvalónak tűnik, mert a falásroham és a társuló kontrollvesztettség hasonlít az alkoholisták alkoholfogyasztási epizódjaihoz. Az anorexiát ebből a szempontból „soványságszenvedély”-nek szokták hívni. Bulimiában részben a falásroham, részben a hányás jelenthet katartikus érzésekkel járó örömszerzést. Szendélyszerű jelenség még a mozgásos hiperaktivitás, a túlzott testedzés, továbbá a tökéletességre való törekvés. A túlzott testi aktivitás során az agyban örömkeltő anyagok (endorfinok) szabadulnak fel, ez tehát azt jelenti, hogy az intenzív testedzés felfogható az endorfinokhoz való hozzászokásnak is.

Közös pont lehet még a szenvedélybetegségek és az evészavarok között az *önkontroll zavara*. Ez elhízásban, anorexiában, bulimiában, továbbá alkoholizmusban és egyéb szenvedélybetegségekben is döntő momentum. Elhízásban és bulimiában az önkontroll időnként elvész, anorexiában pedig túlkontrolláltságról lehet szó. Közös láncszem még az is, hogy az alkoholizmus (vagy a drogfüggőség) és az evészavarok gyakran együtt járnak. A bulimiások csaknem 30%-a legalább hetente alkoholt fogyaszt – ez önmagában természetesen még nem jelent alkoholizmust. (Az anorexiások körében ez az érték 18%.) Családi sérülékenységre utaló adatok is vannak, az alkoholisták elsőfokú rokonainál gyakrabban jelennek meg az evészavarok, és ez fordítva is igaz: az evészavarral küszködők családjában több az alkoholista, mint az „átlagcsaládokban”.

A szenvedélybetegségekkel való rokonság tárgyalásakor érdemes megemlíteni a testépítő férfiakban jelentkező fordított anorexiát, amelyet egy évtizede ismer csupán az orvostudomány. Tulajdonképpen minden fordított, mint a női anorexiában. Férfiak zavaráról van szó, nem nőkről – ezek a férfiak nagyon izmosan is soványnak tartják magukat, és anabolikus szteroidokkal, testépítő hormonokkal élnek vissza. Megszállottan úzik a testépítést. Nem a karcsúság-ideál, hanem az atléta-ideál („Schwarzenegger-ideál”) vezérli a test alakját átalakító szenvedélyüket. A kórkép mai neve izomdiszmorfia, ami szintén a szenvedélybetegség-modellre hívhatja fel a figyelmet. Még rejtett zavarról van szó, ami előreláthatólag egyre inkább felszínre kerül.

16. kép: Az ifjú Arnold Schwarzenegger

A kényszerbetegség-elmélet

Az előzőekhez hasonló betegségmodell a kényszerbetegség-elmélet is. Mivel az anorexiások és a bulimiások gyakran (ha nem is mindig) kényszeresen bánnak az étellel, különböző rítusokat használnak, a tüneti hasonlóság szembeötlő. A kényszeresen perfekcionista személyiség is erre utalhat. A testképzavar és a testsúllyal való foglalkozás is lehet kényszeres tünet. A kényszerbetegségek és az evészavarok együtt járása viszonylag gyakori jelenség, kb. 10–30%-os mindkét irányban (az evészavarosok között megjelenő kényszerbetegséget, illetve a kényszerbetegek között megjelenő evészavarokat illetően).

A disszociációs elmélet

A következő érdekes elmélet az evészavarok disszociációs elmélete. A disszociáció tulajdonképpen a tudatműködés összehangoltságának részleges megszakadását, valamiféle módosult tudatállapotot jelent. Ilyen jelenségek hétköznapi formában is lehetségesek, ha azonban nagyon szélsőségesek vagy gyakran fordulnak elő, akkor már kóros folyamatot jelentenek. Az evészavarokban ilyen disszociatív jelenség, módosult tudatállapot lehet például az, mikor a bulimiások „transzállapotban” eszik túl magukat. Ilyenkor beszűkül számukra a világ, nem teljesen reálisan érzékelik a környezetüket. A bulimiások általában hajlamosak az ilyen disszociatív állapotok átélésére. Ez azért lehet érdekes, mert ez a sajátosságuk terápiásan is felhasználható. A hipnózis tudnillik ugyancsak disszociatív állapot, így a bulimiások fogékonyak a hipnózisra. Úgy tűnik

tehát, hogy a bulimiások (és az anorexiások) egy alcsoportja jól leírható a disszociáció mechanizmusával. Ezek a betegek pedig hipnózissal jól kezelhetők lehetnek. A disszociáció kialakulásában a korábbi életszakaszokban elszenvedett lelki traumák – mint a szexuális visszaélés és a fizikai bántalmazás – játszanak kulcsszerepet.

Ezek a szelektív elméletek olyan betegségmodellek, amelyek néhány beteg jobb megértéséhez jól alkalmazhatóak ugyan, de nem általánosíthatóak.

1.5. Az evészavarok kezelése

Kórházban vagy otthon?

Először azt kell eldönteni, hogy kórházban vagy járóbetegként kezeljük a beteget. Kórházi felvételre általában veszélyeztető testi leromlás esetén van szükség, vagy akkor, ha a bulimiás tünetek igen gyakoriak (pl. naponta 5–10 hányás). Átlagos testmagasság esetén 40 kg-os testsúly alatt szoktuk javasolni a kórházi kezelést, bár előfordultak kivételek olyan esetekben, amelyekben az otthoni körülmények jó esélyt jelentettek a változásra. Extrém alacsony testsúly esetén nagyon nagy a kockázata annak, hogy otthon nem lesz kellő ütemű a változás. Ekkor tehát a kórházat kell ajánlani.

Fontos lehet a kórházi kezelés szövődmények vagy más pszichiátriai zavarok (ilyen lehet a depresszió vagy az alkoholizmus) egyidejű jelenléte esetén is. A kórházi felvételt indokolhatja az elhúzódó és hatástalan járóbeteg-kezelés is. A következő tényezőket kell tehát figyelembe venni: a testi állapotot, a leromlás mértékét, a problémák tagadását, illetve a beteg véleményét arról, hogy hol tudna jobban javulni. A szülők részéről fontos, hogy képesek-e egységesen támogatni a kezelést. Ha ugyanis közöttük ellentét van, a beteg meg fogja találni a kisebb ellenállást, a „kiskapukat”.

A kórházi kezelés időtartama változó, de a hat hónapot nem szokta meghaladni. Általában néhány hetes, egy-két hónapos kezelésre van szükség. Irreálisan rövid időre ne számítsunk! Ha valakinek például 15 kg-nyi testsúlyhiánya van, az nem fog rendeződni három hét alatt. A korai hazabocsátás azzal is járhat, hogy a beteg visszaesik.

Mi jelent életveszélyt?

Életveszélyes állapotot jeleznek a következő tényezők: a testsúly nem éri el az ideális testsúly felét; máj- és/vagy vesefunkciós, illetve ionháztartásbeli zavarok (például: káliumhiány); csökkent szérumfehérje-tartalom; súlyos depresszió, az öngyilkosság veszélye, netán akut pszichotikus zavar fennállása.

1.5.1. Az evészavarok gyógyszeres kezelése

Anorexia esetén igazán meggyőző hatással járó gyógyszeres kezelés nem volt igazolható. Azt lehet mondani, hogy más pszichés tünetek esetében tüneti terápiaként természetesen szóba jönnek a szorongásoldók, az antidepresszívmok vagy egyéb szerek is, a „tisztá” anorexia elsődleges kezelésére azonban – érdemleges hatás híján – nem javasolják a gyógyszereket. Antidepresszívmokra akkor lehet szükség, ha a testsúly visszanyerése utáni stabilizálódást akarjuk segíteni. Ez esetben gyógyszer adása mellett csökken a visszaesések veszélye. Az étvágyfokozó szerek rendelésének viszont nincs értelme. Természetes, hogy a hozzátartozók elsősorban erre számítanak. Gyakori az is, hogy a házi orvos vagy a belgyógyász kezdetben szintén ezt javasolja. Érthető azonban, hogy ezek a szerek csak a betegek ellenállását fokozzák, még a legdrasztikusabb étvágygerjesztő hatással rendelkező szereknek (ilyen az inzulin) sincs hasznuk, mivel az anorexiás beteg tüneteinek lényege a dac, az ellenállás. Ők legyőzték a legintenzívebb testi késztetések egyikét, az étvágyat, tehát az étvágygerjesztők adása esetükben biztosan zsákutcának bizonyul.

A bulimia esetében jobb hírekről számolhatunk be. Az antidepresszívmok a depresszió egyidejű fennállásától függetlenül is hatékonyak a tünetek enyhítésében. Általános azonban az a vélemény, hogy önmagukban nem elegendők a bulimia kezelésére, csak komplex terápia részeként célszerű alkalmazni őket. Leginkább tehát azt mondhatjuk, hogy az antidepresszívmok csökkentik a bulimiás tüneteket, de azokat nem szüntetik meg teljesen. A gyógyszereszedés abbahagyása után gyakoriak a visszaesések. Bulimiában általában egy éven át tartó antidepresszívum-kezelést javasolnak – ha az adott gyógyszer hatásos. A hatásra általában 4–6 hetet célszerű várni, s ha nincs eredmény, nem érdemes tovább folytatni a kezelést, de szóba jöhet még más antidepresszívum kipróbálása is.

A szorongáscsökkentő gyógyszereknek kifejezett szorongás esetén lehet létjogosultságuk az evészavarok kezelésében – vigyázni kell azonban arra, hogy bulimiások esetén nagy a hozzászokás veszélye.

A gyógyszerek szerepét összefoglalva azt mondhatjuk, hogy bár a gyógyszerek segíthetnek bizonyos betegeken, a gyógyszerelés ritkán válhat a kezelés kizárólagos formájává. Nagyon fontos a pszichológiai segítségnyújtás. A gyógyszeres terápia és a pszichoterápia kombinációja több vizsgálat szerint is hatásosabb lehet, mint a külön-külön folytatott kezelés. Mindenesetre ezen a téren (is) jelentős kutatások folynak, reméljük, hogy a közeli években sikerül olyan gyógyszert kidolgozni, mely képes lesz lényegesen befolyásolni az evészavarok alapvető tüneteit.

A mesterséges táplálás

A biológiai terápiák között, a gyógyszeres kezeléseket mellett kell megemlítenünk az alultápláltság korrekcióját, a mesterséges táplálást is. Ha a súlyosan leromlott állapotban lévő anorexiás beteg képtelen a kellő mennyiségű táplálék felvételére, szükség lehet a megfelelő tápanyagok infúzióval vagy gyomorszondán keresztül történő bevitelére. Ezekre azonban általában igen ritkán kell sort keríteni. A szondatáplálásnak pszichológiai jelentése is van, azzal is foglalkozni kell. A betegek úgy érezhetik, hogy „megerőszakolják” őket, egyes betegek viszont éppenséggel megkönnyebbülnek, hogy evés nélkül gyarapodik a súlyuk.

1.5.2. A pszichoterápiák jelentősége az evészavarok kezelésében

A lelki gyógy módok, a pszichoterápiák alkalmazása *nélkülözhetetlen* az evészavarok kezelésében. Gyakran alkalmazzák őket önállóan, de gyógyszerekkel is kombinálhatók. A terápia elindítása nem könnyű, mert a betegeknek általában nincs betegségtudatuk. Lényeges, hogy a család vállalja a kezdeményezést, valamint a felelősséget a terápia elindításáért.

A jó terapeuta ismérvei

Sok csapdája lehet az evészavarban szenvedők pszichoterápiájának. Nem jó például, ha a terapeuták „szuperszülők” akarnak lenni, vagy a szülőknél okosabbnak akarnak tűnni, mert ez a szülők ellenállását növeli meg. A terapeuta neve is lényeges lehet, a legjobb

megoldás az, ha a beteg olyan nemű terapeutát választhat, amilyen a számára elfogadható. Családterápiák folytatása esetében a legjobb a különböző nemű terapeutákkal végzett *kettős vezetés* (tehát két terapeuta folytatja a terápiás üléseket). A pszichoterápiák területén sok módszert kipróbáltak már, és ezek hatékonyságáról számos vizsgálat tanúskodik. Mindazonáltal manapság a terápiák ötvöztetésére, kombinálására szokták felhívni a figyelmet.

Milyen legyen a jó terapeuta? Legyen beleérző, türelmes, megbízható, nem követelő, következetes, egyben rugalmas is. El kell viselnie a beteg érzéseit, demonstrálnia kell, hogy az emberi kapcsolatok elviselik a dühöt, a konfliktust, a félreértést is. A beteg számára időre van szükség, hogy a jól működő terápiás kapcsolat kialakuljon. Gyakori a kezelés visszautasítása, ezen a nyílt, barátságos légkör sokat segíthet. Könnyen megnyerhető a beteg az együttes munkára, ha az anorexiát közösen megfejtendő rejtélyként fogalmazzák meg. A terápia folyamán a beteg megtapasztalhatja egy másik személy megértő viselkedését, kapcsolati feszültségeivel jobban tud majd bánni, így tehát a személyisége is fejlődik.

A családterápia – mint az evészavarok kezelésében alapvető szerepet betöltő pszichoterápiás eljárás – értékét a későbbi fejezetek során részletesebben tárgyaljuk.

Pszichodinamikus terápiák

Az egyes módszereket áttekintve először a *pszichodinamikus terápiákról* essék szó. A pszichoanalízisből származó, ma már különböző részirányzatokat képviselő módszerek általában hosszabb távúak, a személyiség lényegesebb átalakítását tűzik ki célul. A módszer tulajdonképpen beszélgetésekből áll, melyek során olyan rejtett, a beteg számára nem tudatos konfliktusok kerülhetnek felszínre, amelyek megértése, belátása átlendítheti a beteget szorongásain, nehéz helyzetén, vagy a személyiségfejlődésében tapasztalható elakadásán. A pszichodinamikus terápiák leggyakoribb szempontjai a következők: az agresszió semlegesítése, az önállósodás, az autonómia kérdései, a szexualitás problémái, a testképzavar, valamint a rosszul működő szorongáselhárító készségek korrekciója. Fontos lehet még a kommunikáció fejlesztése, az érzelmek hatékonyabb kifejezése, a kudarctűrés és az önértékelés fokozása stb. A pszichodinamikus módszerek általában heti egy-két találkozásból álló, egy-két éven át

tartó terápiás folyamatot jelentenek, és ötvözhető például csoportfoglalkozásokkal vagy öngyógyító csoportokkal is. A pszichodinamikus módszerek a fizikai vagy szexuális visszaélést elszenvedett betegek számára igen hasznosak, az ilyen esetekben az egyéni pszichodinamikus terápia gyakorlatilag nélkülözhetetlen.

Viselkedés- és kognitív terápiák

A viselkedés- és kognitív terápiák tanulási elveken alapulnak, ilyen például a feltételes reflex kialakításának pavlovi elve is. Ezek legegyszerűbb formája a jutalmazás–büntetés, azaz a kondicionálás. Miről is van szó? Ha egy kutyának az etetése előtt megszólaltatunk egy csengőt, néhány ilyen társítás után a kutya megtanulja, hogy a csengőszó együtt jár az étellel, s a csengő hangja egyedül is képes kiváltani a nyáleválasztást. Ha egy viselkedésformát jutalommal társítanak, akkor az a viselkedés gyakrabban előfordul, megerősítést nyer. Ezt az alapvető élettani reflexet ki lehet használni az anorexia kezelésében is.

Korábban ennek az elvnek a felhasználása eléggé mechanikus volt: az anorexiás beteget izolált környezetben tartották, és a súlygyarapodás függvényében jutalmazták (telefonálhattak, rádiót hallgathattak, tévét nézhetett, hétévégre kimenőre mehetett és így tovább). Ez a módszer azonban önmagában nem mindig eredményes – sokszor visszaestek a betegek, ha az ilyen kezelés után hazabocsátották őket. Inkább rövid távon előnyös az eljárás, hosszú távon nem lehet csupán ezzel elintézni a kezelés kérdését.

Az étkezés normálissá válásához természetesen szükség van bizonyos rendszerességre, szabályokra. A kórházi kezelés során is ügyelünk néhány szigorú rendszabályra: a betegek nem halmozhatják fel az ételt a szobájukban, naponta háromszor a betegtársakkal együtt kell enniük, az egyes étkezések időtartama nem haladhatja meg a fél órát. Az anorexiás betegek esetében általában heti egy kg-os súlynövekedést írnak elő a kezelők. Ha a betegek nem tudják az elvárt súlynövekedést teljesíteni, akkor több lesz a korlátozás, például délig pihenniük kell az ágyukban. Vigyázni kell azonban arra, hogy ez a módszer ne legyen nagyon merev. Fontos hangsúlyoznunk a beteg felelősségét a súlygyarapodásban. Más módszerek is vannak, például relaxációs gyakorlatok végzése közben gyakorolni lehet a testi tudatosságot, a gyomor teltségének és ürességének érzését, ezeknek a finom változásait.

Bulimiások számára rendszeresen ajánljuk az *expozíció és válaszmegelőzés* módszerét. Ez azt jelenti, hogy a beteg teleeheti magát, de utána nem hagyják hányni: ha kórházban van, mellé ül egy ápoló és beszélget vele, segít neki átvészelni a nehéz időszakot. Ha otthon van a beteg, akkor a hányás késleltetése jelenti ugyanezt a hatást. A módszer lényege az, hogy megtanulja a beteg a gyomor teltségérzését elviselni, és azt, hogy csökken a szorongása a késleltetéssel párhuzamoson – kezdetben a legnehezebb elviselni azt, hogy nem mehet a WC-re megkönnyebbülni.

A kognitív terápiák az ítéletalkotás megváltoztatását célozzák. A nem jól működő (diszfunkcionális) viselkedések, hiedelmek, gondolkodási sémák azonosítására és korrekciójára törekszenek. A terápiás ülések jól kidolgozott menetrend alapján épülnek fel. A munka rendszeres tartozéka például a változás előnyeinek és hátrányainak értékelése is.

A viselkedés- és kognitív terápiák közé tartozik még az önmegerősítés, továbbá a kommunikációfejlesztő módszerek, a magabiztossági tréningek, melyek a zárkózott, rosszul kommunikáló, az érzelmeiket nehezen kifejező betegek kommunikációját hivatottak fejleszteni. Ezek tehát fejlesztő, inkább a játékoságra építő, a betegek által is könnyen elfogadható módszerek.

Mozgásterápiák

A mozgásterápiák azért lehetnek igen fontos módszerek az evészavarok kezelésében, mert a testképzavar az evészavarok központi tünete, és a betegek a testükkel fejezik ki érzelmeiket. Három fő tünet áll a mozgásterápia fókuszában: a *testképzavar*, a *túlzott mozgásos aktivitás* és az *önkontroll elvesztésének félelme*. Különböző módszerek szolgálják a tünetek csökkentését: relaxációs technikák, táncterápia, légzésgyakorlatok, masszázs, videofelvételek készítése a betegekről, alakjukról, és azok visszajátzása. A terápia során az énkép realisabbá válik, könnyebbé válik a test elfogadása, az érzelmek kifejezése is sikeresebb lesz. Az evészavarban szenvedő betegek testüket negatív dologként élik át, ezért *a test élvezetének a megtanulása* lényeges szempont. Azt, hogy testük örömforrás lehet, a betegek megtanulhatják közös sportjátékok, táncok segítségével.

Csoportterápiák

A mozgásterápia csoportos formában zajlik. Vannak más csoportterápiák is, amelyek különböző irányzatok alapján működnek: például társas készségeket fejlesztő terápia (kommunikációs tréning), kreatív terápia, problémamegbeszélő csoport és így tovább. A csoportterápiák több szempontból előnyösek. Nem csupán a gazdaságosság miatt (egyszerre több beteg kezelése folyik), hanem specifikus hasznuk is van. A betegek rádöbbenek, hogy nincsenek egyedül a bajukkal. Problémamegoldó mintákat lehetnek el másoktól. A többiek nehézségeinek megismerése tükröt tart eléjük, fontos dolgokkal szembesülnek. Erőt ad a csoport összetartozása, kohéziója is.

Hipnózis

A hipnózis is lehet eredményes módszer, főleg a bulimiás betegeknél. A hipnózis tulajdonképpen olyan speciális kapcsolat, amelynek során a hipnotizált személy a terapeuta szuggesztióira megváltozott érzékeléssel, emlékezettel és akarati cselekvéssel reagál, azaz módosult tudatállapotba („transz”) kerül. A hipnózis különösen azon bulimiás betegek kezelésében lehet jó választás, akiknek a tünetei a korábban már említett disszociáción alapulnak. Mivel a hipnózis is speciális disszociatív állapot, érthető, hogy a disszociációra való hajlam általában együtt jár a hipnózis iránti fokozott fogékonysággal. A hipnózis azonban önmagában nem gyógyít: a hipnotikus állapotban valamilyen módszert, technikát alkalmaz a terapeuta. Ezek egy része – hasonlóan a pszichoanalízishez – az elrejtett, nehezen megközelíthető konfliktusokat igyekszik feltárni, a másik irányt pedig a tünetekre fókuszáló technikák – például a viselkedésterápiás módszerek – jelentik. Ezek különböző gyakorlatokat, a belső jelzések jobb észlelését, a testképzavar korrekcióját, az önértékelés javítását, valamint az evéssel kapcsolatban álló különböző tünetek, szokások megváltoztatását jelentik.

Pszichoedukáció

A pszichoedukáció információnyújtáson, oktatáson alapuló módszereket jelent. A beteg, illetve hozzátartozói megismerik a betegséget, ami segíti a betegek jobb motiválását, az együttműködést, s javulást eredményez a családdal való kapcsolatban is. Sok ilyen program ismert, a különböző tájékoztató, ismeretterjesztő könyvektől a tv-műsorokig, újabban az Internet felhasználásáig, CD-n megszerezhető számítógépes programokig. A

pszichoedukáció kiegészítheti a pszichoterápiákat, de enyhébb zavarok esetén önmagában is sokat segíthet.

Önsegítés

Az önsegítés módszere egyre inkább terjedőben van. Az önsegítő mozgalmak a nyugati államokban jelentős szerepet töltenek be. Sok ilyen program ismert, kezdetben az alkoholizmus kezelésében, később más betegségek leküzdésében is sikerrel alkalmazták ezeket. Általában csoportos formáról van szó, de egyénileg használható önsegítő kalauzok is léteznek. Ezekben a könyvekben jól kidolgozott programok olvashatók, amelyeket a betegek egyedül, otthon is tudnak alkalmazni. A *tiszta önsegítés* azt jelenti, hogy a beteg csak magára, illetve a betegtársakra hagyatkozik. Ez esetben szaksegítség nem szükséges. A *vezetett önsegítés* esetében, ha nem is orvosi, de valamilyen szaksegítség, például egy nővér vagy szociális munkás segíti a betegeket. Az önsegítés erőt ad a betegnek, javítja az önértékelését, gazdaságos is, valamint csökkentheti az orvoshoz jutás nehézségeit. Mivel a bulimiás betegek túlnyomó többsége (egy vizsgálat szerint 89%-a!) nem fordul orvoshoz, ennek a nagy betegtömegnek a kezelésében alkalmas módszer lehet az önsegítés.

A terápiák kombinálása

Míndezeket a terápiás módszereket kombinálni is lehet. A terápiák integrációja mindinkább terjed a pszichoszomatikus zavarok ellátásában. A különböző terápiás eszközöket általában lépcsőzetes formában alkalmazzák. Ez azt jelenti, hogy a beteg kezdetben alacsony szintű ellátásban részesül, s ha ez nem vezet eredményre, a második lépcsőben komolyabb kezelést kap. Ennek a terápiás hierarchiának a csúcsán a speciális kórházi osztályon történő kezelés áll. Ilyen többlépcsős modell lehet például a következő: kezdetben önsegítő csoportok, később csoportos tanácsadás, ezután egyéni pszichoterápia, majd nappali szanatóriumi vagy kórházi kezelés.

1.6. Etikai kérdések

Általában az anorexiával kapcsolatban merülnek fel etikai problémák, mert a beteg még súlyos állapotában sem tartja magát betegnek, ellenáll, manipulálja a szüleit, akik tehetetlennek érzik magukat, nehezen tudnak dönteni. Etikai gondot jelenthet még az

öngyilkosság veszélye, illetve az öngyilkossággal való fenyegetőzés. Néha előfordul, hogy az orvos a kezelést pozitív okokból utasítja vissza, például alkalmasabb időre halasztja a terápia elkezdését, vagy a már elért eredményeket akarja stabilizálni, ritkán pedig azért, hogy megadja a lehetőséget a betegnek a spontán javulásra. Forszírozott kezelésre lehet szükség, ha a beteg veszélyes állapotban van; ilyenkor a szülőknek kell eldönteniük, hogy vállalják-e a kórházi kezelést. A kezelés visszautasításában a következő tényezők lehetnek meghatározóak:

- az állapot lehetséges kockázata;
- a kezelés valószínű előnye;
- a kezelés valószínű veszélye;
- az egyén megbízható véleménynyilvánítási képessége a döntéshozatalban.

1.7. Az evészavarok prognózisa és megelőzése

A betegeknek a fele általában meggyógyul, egynegyedük némileg javul, de még tünetekkel rendelkezik, egynegyedük állapota pedig változatlan marad. A betegség kialakulása után tíz évvel az anorexiás betegek 8–9%-a már nem él. Hosszabb távon, például 20 éves utánvizsgálat esetén, a halálozási arány eléri a 20%-ot is. A bulimia prognózisa jobb, a betegek háromnegyede egy évvel a kezelés után jól van. A halálozás bulimiában alacsonyabb, mint anorexiában: öngyilkosság, gyomorperedés, szívmegeállás okozhatja. A prognosztikai tényezőket tekintve rossz kimenetelre utal a betegség hosszú időtartama, az alkoholizálás, az öngyilkossági kísérletek, a kifejezett depresszió, a személyiségzavar megléte.

Az evészavarok következményei nem csupán a betegre vonatkoznak, hanem hosszú távú (általában többéves) hátrányt jelentenek a családok, a barátok, a munkaadók és mások számára is. Hátráltatják a beteg személyes, érzelmi, társas, szexuális életét, foglalkoztatottságát. Tartós testi következményként leginkább a fogromlás és a csontok mészszegénysége jelenik meg. A kezelés nehéz, a visszaesés gyakori, ezért az evészavarok megelőzése komoly feladat.

A megelőzés általában a kockázati tényezők megváltoztatását jelenti. A karcsúságideál hatása, a karcsú test kultusza és az evészavarok gyakorisága közötti összefüggés közzismert. Lényeges adat, hogy kapcsolatot mutattak ki a női karcsúság médiabeli

megjelenése és a testképzavarok között. Egy vizsgálatban anorexiás és bulimiás betegeket, valamint egészséges személyeket kértek arra, hogy karcsú divatmodellek folyóiratbeli képeinek a bemutatása után ítéljék meg saját testméretüket. Az egészséges csoportot nem befolyásolta a látvány, a betegek viszont túlbecsülték testméreteiket a divatmodellek képeinek láttán. Természetesen nem tudni, hogy ez a jelenség az evészavar kialakulása előtt is jellemezte-e a személyeket, akikből később evészavarban szenvedő beteg lett, de annyi valószínűnek tűnik a vizsgálatból, hogy a média hatása szerepet játszik a karcsúságideál fenntartásában és megerősítésében.

Ha a számba jövő beavatkozási lehetőségekre gondolunk, az első célpont a tömegtájékoztatás: jó lenne, ha a női alakok és méretek szélesebb spektrumát mutatnák be. Nem arról van szó, hogy a karcsúság rossz, hanem arról, hogy többféle, társadalmilag-esztétikailag elfogadható női alak létezik. Az iskolai egészségnevelés is szerepet vállalhat abban, hogy a fiatalok kritikusabban szemléljék ezeket az üzeneteket. A divatipar mellett a fogyókúra- és diétaipar hatása is nagy nyomást jelent a nőkre.

A megelőzés második lehetséges célpontja a népesség tájékoztatása az evészavarok természetéről és súlyosságáról. Különböző vizsgálatok során azt találták, hogy az általános népesség körében sok fontos szempontot tekintve nagy a bizonytalanság. A laikusok szerint a diétázás, a fogyókúra anorexiához vezethet (a fogyókúra-betegség mítosza), a gyógyszereknek fontos szerepük van a kezelésben és viszonylag rövid idő alatt meg lehet gyógyulni. A bulimia természete alig volt ismert a közvélemény számára.

A megelőzésben a harmadik célpont a legmagasabb kockázatú csoport, az ifjúkorban lévők és a fiatal felnőttek csoportja lehet. Ez a munka az információnyújtást, a tanácsadást, a stresszleküzdő mechanizmusok és az önismeret fejlesztését foglalhatja magába. Leginkább ez utóbbi téren van nagy lemaradás hazánkban is.

A fentiekén kívül a megelőzés másik megközelítése lehetne a zavarok természetes lefolyásának hosszú távú vizsgálata. Nincsenek azonban még meggyőző adatok a kialakulás előtti időszakról.

E tapasztalatok alapján fogalmazta meg Slade angol professzor megszívlelendő „tízparancsolat”-át, mit is javasolna a szülőknek, hogy ne alakuljon ki evészavar gyermekükben:

1. Ne kövess el testi bántalmazást!
2. Ne kövess el szexuális visszaélést!
3. Ne csinálj nagy ügyet az ételből vagy az evésből!
4. Ne csinálj nagy ügyet a testsúlyból és az alakból!
5. Mutass szeretetet gyermekednek anélkül, hogy túlságosan óvó vagy túlkontrolláló lennél!
6. Ne állíts teljesíthetetlen mércét gyermeked elé!
7. Ne ragaszkodj mindig a tökéletes viselkedéshez!
8. Inkább a jelenben elért kis eredményeket jutalmazd, s ne a jövőbeli nagy célokat hangsúlyozd!
9. Bátorítsd gyermeked függetlenedését!
10. Bátorítsd gyermekedet, hogy legyen társasága és keressen kapcsolatot más gyermekekkel!

A családterápia rövid áttekintése

2.1. Mi a családterápia?

A pszichológiai elveken nyugvó, jól tervezett beszélgetésen, azaz emberi kapcsolaton alapuló gyógykezelési eljárásokat pszichoterápiának nevezzük. A tudományosan megalapozott pszichoterápiák mintegy száz éves múltra tekintenek vissza, első formájuk a Sigmund Freud által kidolgozott pszichoanalízis. Kezdetben a pszichoterápiák négyesemközt történtek, később a különböző csoportterápiák is megjelentek a lelki segítségnyújtás keretein belül. Kiderült, hogy a csoportterápiának jelentős haszna lehet, néha sokkal hatékonyabb, mint az egyéni pszichoterápia.

Érdekes, hogy csak az 1950-60-as évektől került sor a családok bevonására a pszichoterápiákba. A családterápiák egyik történeti előfutára a pszichoanalízis volt. A másik elméleti szálként az emberi kapcsolatok megértésében alapvető kommunikációelméletet említhetjük, de a csoportterápiák tapasztalatai is sok szerepet játszottak ennek az új módszernek a kialakításában. A családterápiák egyik leglényegesebb elméleti sarkköve az, hogy a családot egységes rendszernek tekinti. A családszemlélet, rendszerszemlélet a betegségek egészen más megközelítését jelenti, mint a szokásos biológiai alapok figyelembevétele. A beteg ember nem szakítható el közvetlen környezetétől, a családtól. Családtagjaival folytonos, dinamikus kapcsolatban van. A családi kapcsolatok fontos szerepet játszhatnak a tünetek alakulásában. Sok szokás, egészséggel kapcsolatos magatartás a családban jelenik meg (ilyenek az étkezési szokások is), így a családon keresztül befolyásolható.

Az 1950-es évek közepén azért alakult ki a családterápia, mert az emberi kapcsolatok elemei egyre inkább előtérbe kerültek a pszichoterapeuták gondolkodásában. Különösen így volt ez a gyermekpszichiátria területén. Ez érthető is, hiszen a gyermeket nem lehet a szülei nélkül kezelni. A szülők jelentik a legfontosabb közvetítő kapcsolatot az orvos és a beteg között, ők tudják elfogadtatni vele a gyógyszert, ők ismerik, mire érzékeny.

A családterápiának többféle elméleti irányzata van. Az úgynevezett *strukturális irányzat* a család szerkezetére, szabályaira, szervezetségére, határaitra, és ezek új egyensúlyba kerülésére koncentrál. A *stratégias modell* a rejtett kommunikáció felismerésével igyekszik változásokat elindítani a családon belül. Ennek az iskolának a kulcsfogalma a

változás. A *pszichodinamikus iskolák* a családtagok közötti érzelmi folyamatokkal, a személyiségfejlődéssel, a család történetével foglalkoznak elsősorban. Ez utóbbi vonulat a többgenerációs családterápiás elméletekben (melyek a különböző generációk közötti kapcsolatokat hangsúlyozzák) még inkább előtérben van. Más iskolák az egyének differenciálódására, az érzelmi kötődésekre, vagy a családok önértékelésére koncentrálnak.

17. kép: Családrajz

2.2. A családterápia keretei

A családterápia nagyon gazdaságos módszer, mert ritkán kell megjelenni a kezelésen, (általában 2–3 hetente) és legtöbbször 4–10 terápiás találkozásra van csak szükség (néha, indokolt esetben az ülések száma nagyobb is lehet). A terápiás ülések között azonban feladatok vannak, melyek felerősítik a terápia hatásait. Hangsúlyoznunk kell, hogy a családban rengeteg tartalékenergia, lehetőség, segítségi potenciál van. Igen jellemző a „lavinaeffektus”, amely szerint kis változás is nagy horderejű változások kiváltója lehet – hasonlóan ahhoz, mint amikor elindítunk egy hógolyót a hegy tetejéről, s lavina lesz belőle.

Kimaradhat-e az egyik szülő a családterápiából? Röviden: nem. Ha kimarad, igen komoly esélye vész el a változásnak. Ha azért marad ki a szülő, mert úgy érzi, ő már minden tőle telhetőt megtett, legyen a lány felelőssége, hogy mit csinál, akkor úgy érezheti a beteg, hogy nem is érdekli a szülőt, mi történik vele. Súlyos üzenet volna.

Ha a szülő eleve fészeng, attól tart, hogy intimitások kerülnek elő, esetleg szégyellni való dolgok, hadd szögezzem le: semmi olyasmiről nem lesz szó, ami a család akarata ellenére történne. Nincs „vallatás”, a lélekben való turkálás. Szó van persze a kapcsolatokról, de inkább jövőorientált módon, a teendőkre, a változásra koncentrálna. Nem egyszer jártunk úgy, hogy nem jött el egy fontos családtag, és nem tudtunk haladni. A következő történet ezt illusztrálja.

Barbarát, egy 17 éves anorexiás lányt osztályunkra felvettük, majd családterápiát kezdtünk volna. Az édesanya azt mondta, hogy az apa biztosan nem fog eljönni, mert iszik. Nem is tudták elcsábítani. Így megrekedt a terápia, lényegében változatlan

állapotban Barbara hazament. Félévvel később súlyosabb állapotban visszakerült. Mivel az apa kulcsfigura volt a családban, jelenlétére megítélésünk szerint alapvető szükség volt. Az egyik kórházi látogatás alkalmával találkoztam vele a kórteremben, és sikerült elfogadtatni vele, hogy jöjjön el, mondja el, hogyan látja a lánya betegségét; mégis ő az egyik legfontosabb ember a lánya számára, aki jól ismeri őt. Egy napon el is indultak feleségével, de az úton összevesztek, s az apa leszállt a buszról, nem jött el. A következő alkalommal lázas beteg lett. Aztán egyszer végre megérkezett a családterápiás ülésre, de nem vette le a kabátját (ezt védekezésként értékelhetjük). Melegszívű, a lánya iránt aggódó alkoholista apát ismertünk meg, akinek a feleségével komoly feszültségei voltak. Jó ötletei voltak Barbarával kapcsolatban. Szó sem esett az alkoholizálásról. A később találkozáson már ez is előjött: zavarja a feleséget a férje izogatósa. Lehetett erről a fontos problémáról is beszélni szinte melleleg, mert hiszen Barbarára koncentráltunk. Később változás következett be ezen a téren is. Meglátogattuk őket (a családlátogatás hasznát lásd később). Némi feszélyezettséggel fogadtak a nagy falusi házban. Kezdetben az előszobában beszélgettünk, majd lassan oldódott a feszengés, megmutatták a lakást, a két gyermek szobáját, elmondták családi szokásaikat. A lány állapota hamarosan rendeződött, szülei átmeneti nyugodtabb időszak után ismét háborúzni kezdtek egymással, de ez már nem érintette közlelől a közben felnötteé vált Barbarát, nem esett vissza.

Hasonló történet olvasható egy másik összefüggésben „A segítségkérés első lépései” című fejezetben is (a 12 éves, anorexiás Mari betegségéről).

2.3. A családterápia alapfogalmai

A családnak meghatározott szerkezete van, bizonyos kapcsolati szabályok vonatkoznak rá. Előfordul, hogy a tünet megjelenése teremt valamilyen belső egyensúlyt a családban. Erre utalnak azok a megfigyelések is, hogy az egyik családtag betegségének megszűnése egy másik családtag betegségének a kiváltódását segíti elő.

A család szerkezetét, struktúráját a generációk, a családi szerepek, a hierarchia, valamint a határok jelentik. A családnak is vannak külső és belső határai. A külső határok a külvilágtól és más rendszerektől (például társadalmi csoportoktól) határolják el a családot. A belső határok a generációk közötti, a szülők és a gyermekek közötti

határokat jelentik. A határok lehetnek merevek, tiszták és diffúzak. Ha nagyon *merevek* egy család külső határai, az zárkózottságot jelent: a családtagok nem tartanak kapcsolatot másokkal. *Diffúzak*, azaz elmosódottak lehetnek a belső határok abban az esetben, ha nem pontosan érezhető, hogy a szülők és a gyermekek között hol vannak a határok: a családtagok beleszólnak egymás dolgaiba, gyakori a „gondolatolvasás”. *Tiszta határról* van szó akkor, ha a kapcsolatok intimek, bensőségesek, de a különböző szerepek, lélektani funkciók nem olvadtak össze. Ekkor a határok *rugalmasak*, az önállóság és az együvé tartozás között hajlékony az átmenet.

A családi kapcsolatokra utaló néhány fogalom közül említjük meg a *szövetség* fogalmát. Ha két családtag között egyetértés van, de ez nem irányul senki ellen, szövetségről van szó. *Koalícióról* beszélünk viszont akkor, ha két családtag egy harmadikkal szemben kerül szorosabb kapcsolatba. Ez a szembekerülés lehet nyílt vagy rejtett.

Gyakori jelenség a családban a *háromszögezés*, szaknyelven szólva *trianguláció*. Ez azt jelenti, hogy két családtag a közöttük lévő kapcsolatba bevon egy harmadik családtagot is. Ez lehet megerősítő jellegű is, például akkor, ha két személy kapcsolatát egy harmadik személy támogató, elfogadó magatartása megerősíti. A háromszögezés azonban sokszor veszélyeket hordoz magában. Ha két ember konfliktusába egy harmadik beleavatkozik, akkor hosszú távon mindhárman rosszul járnak. (Sok szülő például rendszeresen beleavatkozik a gyermekek veszekedésébe. Erről a jelenségről később még lesz szó.) Rövid távon is csak az jár jól, aki mellé a védelmet jelentő harmadik családtag társul. Ugyanakkor ez a „segítség” hosszú távon az ő számára sem lesz kifizetődő, mert nem tanulja meg a konfliktusok kezelését.

A *gyermekek triangulációjának* van néhány jellegzetes példája. Az egyik az, amikor *a gyermeket szülői vagy házastársi funkciókba vonják be*. Ez olyan esetekben fordul elő például, amikor az egyik szülő krónikus betegségben (gyakori példa: alkoholizmusban) szenved, így az egyik gyermek vállal szülői, felnőtt szerepeket. Így a generációk közötti egészséges határok megváltoznak, a családi egyensúly csorbát szenved. A trianguláció másik példája a *szülői túlféltés, túlvédő magatartás*. Ennek általában az az oka, hogy a szülők kevésbé tudnak kommunikálni a közöttük fennálló problémáikról, inkább a gyerekkel törődnek, túlságosan is sokat gondoskodnak róla, aki számára így nehezebbé válik az önállósodás, az egészséges leválás. A *bűnbakképzés* a következő

triangulációs forma, amikor a gyermek problémáira, viselkedésére fogják a szülők a család összes problémáját. A gyermek pedig sokszor megteszi azt a szívességet, hogy „rossz” lesz, így a szülők az ő ráncba szedésével kénytelenek foglalkozni, nem pedig a közöttük lévő feszültségekkel.

2.4. A családi élet szakaszai

A családban nagyon fontos szerepe van a különböző családi életszakaszoknak. Ilyen a gyermek születése, a serdülőkor, a házasságkötés stb. A családi rendszer fejlődésének különböző törvényei vannak; a fejlődés szakaszos, meghatározott lépcsők jellemzik. A szakaszokat nem lehet felcserélni vagy kikerülni. Minden fejlődési szakaszt bizonyos speciális feladatok jellemeznek, az átmenet az egyik szakaszból a másikba egészséges krízisekkel jár, melyek rendezéséhez időnek kell eltelnie. Ha egy krízis megoldása sikertelen, a család tovább görgeti maga előtt a megoldatlan feladatot.

Az életszakasz-váltások mindig új egyensúlyi állapot létrejöttét igénylik. Ha valaki nehezebben tud alkalmazkodni az új követelményekhez, abból problémák adódhatnak. Ha például egy család nehezen tudja elfogadni, hogy az egyetemista gyermek már felnőtt, nem kisgyerek, akkor az önállósodás, a családtól való elszakadás, a fészekből való kirepülés nehézségekbe ütközhet. Sokszor látjuk azt, hogy bizonyos betegségek életszakasz-váltáskor lépnek fel.

A családi életben nyolc ilyen szakasz különíthető el, amelyek aztán ciklikusan ismétlődnek:

1. A családalapítás időszaka.
2. Család csecsemővel.
3. Család óvodáskorú gyermekkel.
4. Család iskoláskorú gyermekkel.
5. Család serdülővel.
6. A gyermeket kibocsátó család.
7. „Üres fészek”.
8. Időskori házasság.

Az evészavarok szempontjából az 5., a 6. és a 7. szakaszoknak van kitüntetett jelentőségük. A *serdülő gyermekek* általában konfliktusokat jelentenek a családban, ilyenkor tapogatja ki a kamasz a saját határait. Ezek a szárnypróbálgatások leginkább a felnőtt szerepek kipróbálását jelentik. Paradox módon a gyermek szerep alkalmankénti megtartása, a gyermek szerepbe menekülés is hozzátartozik ennek a viharos, gyakran feszültségekkel járó korszaknak a megértéséhez. Az érzelmi elérhetőség ebben az időszakban rendkívül fontos, mégpedig akkor, amikor a kamasz igényli azt. Ez azért is nehéz lehet, mert a szülők ilyenkor komoly problémákkal szembesülhetnek: a nagyszülők gondozása, munkahelyi és házassági krízisek fellépte és így tovább.

A *gyermeket kibocsátó család* számára a legfontosabb feladat az, hogy harmonikusan, törés nélkül tudja elengedni a gyermeket. Ez sok szülőnek rendkívül nehezen sikerül, gyakran azért, mert házassági kapcsolatuk stabilizálásához nagyon jól jön a gyermek otthonléte. A gyermekek ezt megérik. Még arra is hajlandóak, hogy valamilyen tünetet „termeljenek ki”, hogy szüleik segítségére legyenek. Ebben az esetben a gyermek problémájával lehet foglalkozni, és el lehet odázni a házassági feszültségek megoldását.

Az „*üres fészek*” kialakulásakor, a gyermekek „kirepülése” után a szülőknek szembesülniük kell kapcsolatuk valódi tartalmával. Van-e közöttük olyan mértékű összetartozás, amely képes biztosítani a házasság megőrzését? Sokszor a kapcsolat kiürülésével kell szembenézniük.

2.5. Családterápia az evészavarok kezelésében

Több megfigyelés szerint az evészavarok tüneteinek kialakulása a családon belüli *dac, ellenállás* megnyilvánulásának tekinthető. Máskor a tüneteknek valamilyen *jelző funkciójuk* van, felhívják a figyelmet a családban lévő rejtett feszültségekre. Nem arról van szó, hogy a család lenne az oka a betegség kialakulásának, inkább úgy képzelhetjük el e komplex zavar létrejöttét, hogy a családnak is van valamilyen szerepe a tünetek kialakulásának kockázatában, a betegség elindulásában vagy fenntartásában. Fontos megfigyelés az is, hogy az evészavarok a kamaszkor és a fiatal felnőtt kor betegségei, és ez az időszak jelentős családi életszakasz-váltásokkal esik egybe.

Az egyik jelentős családterápiás iskola, a Salvador Minuchin (argentín származású USA-beli szerző) által leírt strukturális irányzat szerint a következő jellegzetességek figyelhetők meg azokban a családokban, amelyekben pszichoszomatikus zavarok, így például evészavarokban fordulnak elő:

- A generációk és az egyes családtagok közötti határok diffúzak, összemosottak, az egyén önállósága csökkent. Ezt *összemosottságnak* hívjuk. Fontos tehát, hogy az autonómia megfelelő legyen a családtagok körében, hogy ne legyen nagy a kockázata a pszichoszomatikus zavaroknak.
- *Túlvédő magatartás.* Ebben az esetben nagyon intenzív kapcsolat van a családtagok között. A partnerek fokozottan törekszenek egymás viselkedésének és érzéseinek befolyásolására, így a kívülről érkező hatások szerepe kisebb lesz, egyúttal az egyén önállósodási kísérletei is kudarcot vallhatnak.
- *Merevség.* A család életét szabályozó törvények nehezen változtathatók meg, a külvilág változásaihoz való alkalmazkodás nehézkes, a külvilággal való kapcsolat szegényes. Nehéz az új megoldások elfogadása.
- *A konfliktusok megoldásának hiánya,* azaz a problémák szőnyeg alá söprése. A családtagok közötti konfliktusok kifejeződését a család nehezen viseli, pusztító jelenségnek tartja, ezért tiltja az ilyen viták kibontakozását. Alacsony tehát a konfliktustűrési küszöbe. Ebből az is következik, hogy nem tudnak egymással tárgyalni, és az adódó problémákat jól megoldani.
- *A gyermek bevonása a szülői konfliktusokba.* Ez dinamikus egyensúlyt jelent, mert a tünetekkel rendelkező egyén nemcsak belekerül a konfliktusba, hanem szabályozó szerepe is van annak megoldásában. A család elősegíti a tünet fennmaradását, de a beteg is hozzájárul a kóros egyensúly megőrzéséhez.

Egy másik alapvető családterápiás iskola, a milánói irányzat szerint fontosak még a következő jellemzők is:

- A családtagok rendszerint visszautasítják vagy érvénytelenítik egymás üzeneteit.
- A szülők vonakodnak a személyes vezető szerep nyílt vállalásától.
- Egy harmadik családtaggal szembeni nyílt koalíció két családtag között tiltott, de a titkos koalíciók gyakoriak.
- A családtagok nem tudnak személyes felelősséget vállalni a hibáikért.

- A családban rejtett feszültségek vannak. Az áldozatvállalás fontos értéké válik: az kerül erősebb pozícióba, aki nagyobb áldozatot hoz.

Az evészavarok többgenerációs családterápiás megközelítése szerint van még néhány lényeges szempont. A családon belül a jellemző „alapszabályok”, szaknyelven szólva hiedelmek a következők:

- Adni jobb, mint kapni.
- Az önmehtagadás jobbá tesz.
- A saját vágyaim kevésbé fontosak, mint a családtagjaim vágyai.
- Csak akkor érzem jól magam, ha a többiek is jól vannak.
- A családnak egységesnek kell lennie: senki ne lépjen le a közös útról!

Ezek a belső, ki nem mondott szabályok, hiedelmek határozzák meg a párválasztást, a gyermekek nevelését. A cél a harmónia mindenáron való megteremtése és megőrzése. Az ilyen alapon szerveződött családban az önálló egyéniség kialakulása akadályokba ütközik, a konfliktusok elfogadása nehéz. Nem ritka az olyan családszerkezet, amelyben az egyik szülőnek szoros kapcsolata van az eredeti családjával, inkább a szüleihez húz, így háromgenerációs kötelék alakul ki. Az előző generációkban gyakran vannak traumás veszteségek. A direkt konfliktust tabunak tekintik, ezért a konfliktus nem marad fenn a megoldásához szükséges ideig, korai zárás következik be.

A bulimia családterápiájával kapcsolatos néhány megfigyelés is ide kívánkozik. A *bulimia családbeli jelentése* többféle lehet:

- Házastársi feszültségeket, ki nem fejezett szomorúságot rejthet.
- Jelezheti, hogy a betegre szülői feladatok hárulnak; ez általában az egyszülős (az egyik szülő halála vagy válás miatt) családokra jellemző.
- Az agresszió kifejezésének az egyetlen útja lehet a családban.
- A szülőktől való függetlenedéssel kapcsolatos vágyaknak (egyszersmind félelmeknek) egyedüli kifejezési módjaként jelenhet meg.
- Családon belüli súlyos sérüléseket (fizikai agresszió, szexuális bántalmazás) fejezhet ki.
- Az intimitástól és a szexualitástól való félelmet mutathatja.

Az *elhízás* megértésében is hasznosak lehetnek a családterápiás megfontolások. Nem ritka például, hogy a szülő fogyasztani próbálja a gyermeket, de a nagyszülők titokban etetik. A fizikai aktivitás abból a szempontból is érdekes, hogy azt a szülőkkal vagy nélkülük végzi-e a gyermek. Az elhízottak a következő pszichológiai nehézségekkel szoktak küzdeni:

- Nehézség az érzelmek kifejezésében.
- Nehézség a szoros kapcsolatok ápolásában.
- Nehézség a döntésekben vagy a változáshoz való alkalmazkodásban.
- Túlzott felelősségérzet mások viselkedése és érzelmei iránt.
- Állandó igény mások helyeslésére.
- Gyengeség, erőtlenség érzése az életük kontrollálásával kapcsolatban.
- Torzult énkép, szégyenérzet, alacsony önértékelés.

18. kép.

 Fernando Botero: Házaspár

Az elmondottak talán száraz ismeretanyagot jelentenek – a továbbiakban a hétköznapi élet apró helyzeteire lebontva láthatunk példákat az elméletben leírtak gyakorlati alátámasztására. Mindenesetre nyilvánvaló, hogy a családterápia az evészavarok kezelésének alapvető eszközévé vált; ezt több tudományos értékű vizsgálat is alátámasztja. Érdeemes ezekről a vizsgálatokról is néhány mondatban megemlékezni.

Hatékony-e a családterápia?

A családterápia hatékonyságát felmérő, tudományos igényű vizsgálatok csak az 1980-as évek végén kezdődtek. Nincs tehát két évtizede annak, hogy az akadémikus tudomány számára is elfogadható módon igazolt terápiaként vegyék számba a családterápiát. Sokan folytatnak egyébként családterápiát nem egészségügyi berkekben, például családsegítőkből, nevelési tanácsadókból, kitűnően képzett családterapeuták lehetnek ilyen munkahelyeken. Azt láthatjuk így, hogy a családterápiát részben orvosi-pszichológiai tudományként, részben tanácsadói munkahelyeken alkalmazzák.

Ha mármost a tudományos igénnyel készült felméréseket tekintjük át, az derül ki, hogy az anorexia kezelésében a családterápia ugyanolyan hatékony lehet, mint más terápiás eljárások. Ha a beteg 18 éves kor alatti, akkor a családterápia hatékonysága eléri más módszerekét. Az idősebb betegek számára a családterápia már nem egyértelműen ilyen hasznos: ha például a családról már levált betegről van szó, akkor nem feltétlenül kell szorgalmazni a családterápia elindítását. Gyakran látjuk azonban ennek a tételnek az ellenkezőjét is: hiába költözött el a beteg a családtól, ha megoldatlan konfliktusait továbbviszi – ilyenkor a további fejlődés, javulás érdekében mégis hasznos lehet a külön élő család bevonása is.

Azt is elemezték, hogy a családterápia milyen formája hasznos. Kiderült, hogy nem mindig van szükség a betegre a kezelés során! Végeztek ugyanis ún. szeparált családterápiás üléseket is, amikor is a beteggel nem beszélgettek, csak a szülőkkel. A szülők aztán hazavitték a változást segítő ötleteket, kipróbálták azokat a gyakorlatban, és igen sokszor jól működött ez a terápiás megoldás. A tudományos alaposságú elemzések szerint ez a szeparált családterápia hasznos lehet olyan esetekben, amelyekben nagyok a család belső feszültségei, sok negatívum hangzik el egymással kapcsolatban – magyarul sok a veszekedés a családterápia során. Ilyenkor hasznosabb és hatékonyabb, ha csak az egyik generációval folytatjuk a konzultációt – vagy a szülőkkel, vagy a gyermekekkel. A betegség sokszor arra vezeti a beteg viselkedését, hogy hadakozzon, tiltakozzon, veszekedjen szüleivel. S hogy a végeláthatatlan vitákat elkerüljük, egyszerű megoldás lehet a szeparált ülések módszeréhez folyamodnunk. Tudnunk kell azonban, hogy ezek során mindig egy-egy generáció képviselői vannak jelen, azaz csak a szülők, vagy csak a gyermekek – nincs olyan változat, hogy például az anya a lányával van jelen, az apát és a testvért pedig kiküldjük. Fontos szabály rajzolódik ki: a generációk közötti határok a legfontosabb határok közé tartoznak a család szerkezetén belül. A generációk közötti válaszvonal ne szakadék legyen, hanem világosan kijelölt, tiszteletben tartható mezsgye. Vannak dolgok, amelyek csak a szülőkre tartoznak, s vannak olyanok is, amelyeket csak a gyermekek bevonásával célszerű megbeszelnünk.

A családterápia hatékonyságvizsgálatainak ilyen késői megjelenése az orvostudományban azzal járt, hogy az általános egészségügyi kultúrában nemigen terjedt el, hogy van ilyen módszer is. Egy jól képzett belgyógyász, gyermekgyógyász

nehezen jut el odáig, hogy azt javasolja kórosan sovány betegének, hogy keressen családterapeutát. Ahogyan ma már benne van a köztudatban, hogy van például CT-vizsgálat, meg van endoszkópia, ultrahangvizsgálat és hasonlók, úgy hiányzik még a szakemberek széles körének látóköréből a családterápia elfogadása. S ez alól a pszichiáterek sem kivételek. Vannak, akik csak a gyógyszeres kezelésben hisznek, azt tartják a megfogható, egyedül üdvözítő megoldásnak. Ez persze sokszor így is van – máskor viszont az elfogult beállítódás egyik-vagy másik módszer irányában elveszi az esélyét a nagyobb változással kecsegtető módszerek ismeretének, megértésének, majd pedig alkalmazásának. A legcélszerűbb ilyenkor valószínűleg az, hogy a beteg és családja legyen birtokában a betegség leküzdését szolgáló többféle módszer ismeretének, s higgadtan tudjanak arról dönteni, mit is választanak.

Önsegítő kalauz

3.1. Az evészavarok gyanújelei

Ha a könyv elejének elolvasása után a szülőnek az a gyanúja támad, hogy gyermekének evészavara van, érdemes megbeszélni aggályait valakivel: házastárs, más családtag, partner, ismerős, tanár jöhet szóba. A legjobb közösen valamilyen stratégiát kitalálni, hogyan legyen tovább.

Van néhány *korai jel*, amely arra utal, hogy gyermekük evészavarban szenved:

- Észreveszik, hogy a lányuk *fogy* – ez nem mindig könnyű, mert a rejtőzködő beteg bő ruhák viselésével elfedheti igazi alakját.
- Lányuk *nem étkezik együtt a család többi tagjával*. Sok ürügyet talál erre: más a napirendje, dolga van, vegetáriánus stb. Azt állítja, hogy már evett, vagy később eszik a barátaival. Másoknak főz, szívesen készít ételleket, azonban nem eszik azokból.
- Ha a családdal együtt eszik, feltűnő, hogy inkább zöldségeket, salátákat, *kalóriaszegény ételleket* választ, ami elüt addigi étkezési szokásaitól. Kerüli a zsírt és a szénhidrátot. Nagyon *lassan eszik, apró darabokra vágja az ételt*.
- Feltűnhet, hogy *nagyon aktív*. Sokat fut vagy gyalogol. Nehezeére esik tv-t nézni a családdal, helyette tanul vagy edz.
- Korábbi szokásaitól eltérően *sok diétás kólát vagy kávét iszik*.
- Hangulata megváltozik. *Ingerlékeny és türelmetlen lesz*, könnyen sír.
- Szokásos *társas kapcsolataitól visszahúzódik*. Nem megy el a barátaival, nem vesz részt a családi eseményeken.
- *Falásrohamai lehetnek*. Nagy mennyiségű étel tűnik el a hűtőszekrényből. Üres süteményes dobozokat, egyéb ételleket, ételmaradékokat találnak a szobájában.
- *Hányás* nyomai találhatóak a fürdőszobában, vagy a hányás szaga érződik. Nem ritka, hogy a beteg műanyag zacskókba rejti a hányadékot, és a lakás legkülönbözőbb zugaiba rejti azt. A család persze pillanatok alatt rájön, miről is van szó. Ez a furcsa „titkos megoldás” mindig a családnak szól, a család nem tudatos provokálását jelenti, s azt a *kettős készítményt* jeleníti meg, hogy a beteg el is rejtse a betegségét, ugyanakkor mindent megtegyen, hogy rájöjjenek a bajára. Ha ilyen

hányási szokásokról hallunk, csak családi konzultációkat ajánlunk – nincs diagnosztikai gond.

- *Hashajtók* üres dobozaira bukkannak a lakásban, vagy feltűnően sokszor megy a lányuk a patikába.
- Feltűnhet, hogy a lányuk egyre hosszabb ideig van a fürdőszobában. Étkezések közben vagy közvetlenül utánuk egyenesen a fürdőszobába megy, és éjjel is többször használja a WC-t.

3.2. Útmutató tanárok számára

A tanároknak a következő jelek tűnhetnek fel, s kelthetik az anorexia kifejlődésének gyanúját:

- Testnevelési órán kiderülhet, hogy sokat fogyott a tanuló.
- A gyermek elmarad a fejlődésben, a többiek jelentősen leghagyják súlynövekedésben.
- A korábbi társas aktivitás megszűnik, szomorú és visszahúzódó lesz a gyermek.
- A gyermek nem megy ki az udvarra, játszótérre, inkább a fűtőtesthez húzódik, sok ruhát vesz fel, mert fázik.
- A tanuló lemond mások társaságáról, hogy futni tudjon, vagy más testedzést folytathasson.
- Csak gyümölcsöt és zöldséget fogyaszt, vagy egyáltalán semmit sem eszik az iskolában.

Ha a gyanú beigazolódni látszik, akkor feltétlenül beszélni kell a szülőkkel. Együttműködésre kell törekedni velük, és rendszeresen értékelni kell a haladást. Az is alapvető szabály az evészavar kiderülésekor, hogy a testnevelési órákon való részvétel és minden testedzés tilos! Érdemes továbbá a vizsgák előtt orvosi véleményt kérni. Sokat segíthet a tanár is, különösen akkor, ha a szülő nem vonható be valamilyen ok miatt a közös munkába.

A 18 éves, érettségi előtt álló, 31 kg-os testsúlyú Brigittát osztályfőnöke kísérte el hozzám. A lány apja évekkor korábban szívbetegségben meghalt, anyja pedig tartós betegsége miatt nem tudott egyedül közlekedni. A helyzet a nagyon alacsony testsúly miatt igen nehéz volt. A lány – igazi anorexiához illően – nem akart kórházba kerülni.

Mentőt akartam hívni a veszélyeztető állapot miatt, erről Brigi hallani sem akart. Mivel a tanár vállalta a lány szoros felügyeletét, néhány nap haladékbán állapotunk meg. Ha nem tud Brigi súlya gyarapodni, akkor elkerülhetetlen lesz a kórház – ebben maradtunk, mert kockázatos lenne a kezelés felelősségét járóbeteg-formában vállalni. A felelősségek ilyen tisztázása után Brigi súlya látványosan gyarapodni kezdett, s néhány hét után elérte a normális tartományt. Három éve követem a sorsát. Menzesze egy év után jelentkezett ismét, majd tünetmentessé vált, jelenleg egyetemista.

3.3. Mi történik, ha tagadással találkozik a szülő?

Ha a szülők szembesítik lányukat a betegség valódi természetével, ellenállás, düh, dac lehet a válasz. Legyenek erre felkészülve. Bármennyire is elismerik, hogy a lányok önálló és megvan a saját élete, tudniuk kell a szülőknek, hogy az evészavar elfedheti gyermekük helyes ítélőképességét.

Nyílt kérdéseket érdemes feltenniük, hogy kipuhatolják, mit is érez a lányuk: „Van-e valami problémád az egészségeddel?” „Aggódsz valami miatt?” „Mi van az iskolával? Tudsz-e ott eléggé koncentrálni?” „Van-e itthon valami problémád?” „Mit gondolsz a fogyásról? Nagyon hullik a hajad is, ez mennyire zavar?”

Ha csak szembeáll a szülő a lányával, mindketten dühösek, sértettek, rosszkedvűek lesznek. Ha melléállva, támogatva próbálja követni, megérteni, mit is gondol, akkor szelíd nyomással megpróbálhatja másik irányba téríteni a beteget. Ez azzal is jár, hogy meg kell ismernie a lánya nézőpontját.

Ha felteszünk egy kérdést, meg kell hallgatni a választ (már ez sem könnyű a családi feszültségek közepette), sőt: meg is kell azt érteni. Ez azért is nehéz lehet, mert a beteg körmönfont kifejezéseket, elvont fogalmakat használ. Néhány ötlet, hogyan lehet jól meghallgatni a problémával küzdő gyermeket:

- Kényelmes, barátságos helyszín szükséges, ahol nem szakítják félbe a beszélgető feleket.
- Közel üljenek egymáshoz, tompaszögben egymás mellett. Akkor a legkényelmesebb egy nehéz kérdéstről beszélni valakinek, ha rá is nézhetek, de el is nézhetek mellette, feszengés nélkül.

- Ne féljen beszélgetés közben a szünetektől! A szünet aranyat ér: azt jelzi, hogy a szülő gondolkodik, jobban meg akarja érteni a lányát, fontos neki, amit mond.
- Meg kell bizonyosodni arról, hogy jól értette-e azt, amit a lánya mondott. Ezért érdemes átfogalmazva újból rákérdezni arra, amit nem egészen fogott fel.
- Törekednie kell arra, hogy megértse a gyermek érzelmeit: dühös, szomorú, fáradt, vagy szorong? Érdemes megnevezni az érzést. Nyíltabb a kommunikáció, ha megfogalmazzák az érzelmi állapotot (ezt én-közlésnek hívják).
- Egyforma beszédidőre kell törekedni. Le kell venni a napirendről a vég nélküli szülői intelmeket. Ezek csak a gyermek ellenállását növelik, függetlenül a beszéd tartalmától. Látszattmegoldást szül, ha a szülő azt hiszi, hogy a gyermek megérti a logikus okfejtést. Egészen más „versenyszámban” indul ugyanis a két fél: a szülők az értelemre próbálnak hatni – de érzelmi kérdésben! Ez, sajnos, fából vaskarika. Eleve kudarcra van ítélve az, hogy a gyermek ezt megérti. A szülők persze folytatják, hátha benő a feje lágya a gyermeknek. Dehogy nő! – a dac viszont hízik, és szépen fejlődik...
- Időről időre célszerű összefoglalva megismételni, mit is értett meg a szülő, hol tart a beszélgetés menete.
- Elképzelhető, hogy lánya lehetetlennek tartja még a változást, annyira fontosak neki a betegség pozitív következményei (a korábban már említett betegségelőnyök), és annyira fél a változás negatív következményeitől. Biztosítani kell őt arról, hogy a szülő az érem mindkét oldalát figyelembe veszi.
- Felvethet olyan alternatívákat, hogyan helyettesíthetők a betegség pozitív oldalai más eszközökkel.

3.4. Kiderül a zavar

A legnehezebb lépések egyike az, hogy a szülőknek meg kell győzniük a lányukat arról, hogy problémák vannak az egészségével, az evéssel. Az anorexiások általában tagadják, hogy bármi bajuk lenne, s elutasítják a segítséget. Esetleg részleges betegségbelátásuk lehet: valamilyen zavart észlelnek, de a betegség igazi súlyát nem tudják helyesen megítélni.

Néhány családnak nehéz megtalálnia az egyensúlyt lányuk függetlenségi törekvései és a neki nyújtott segítség között. Elbizonytalanodnak: szabad-e olyan drasztikusan bánniuk gyermekükkel, hogy orvoshoz vagy kórházba akarják vinni? Ha súlyos zavarról van szó, akkor ez szülői *kötelesség*.

A legszélsőségesebb példa az, hogy kórházi felvételre van szükség. A veszélyeztető állapot azt is indokolhatja, hogy a beteget akarata ellenére vonják kezelésbe. Ennek megvannak a maga jogi szabályai, a személyiségi jogok tiszteletben tartásával, bírósági ellenőrzéssel. Ha például valakit pszichiátriai osztályra kényszerülnek felvenni akarata ellenére, akkor 72 órán belül bírói szemle következik. Az osztályra kikerkező bíró egy független pszichiáter szakértő véleményének figyelembe vételével dönt arról, hogy jogosan tartják-e az osztályon az illető beteget.

Mivel az anorexia alapvetően befolyásolja az életet, az egészséget, legalább egy családtagot be kell vonni a kezelésbe. Az anorexia súlyos betegség, ha nem kezelik, komoly komplikációk léphetnek fel. Hogy milyen mértékben vonjuk be a családtagokat, az a gyermek személyiségfejlődési fokától függ. A „*fejlődési kor*” azt fejezi ki, hogy a gyermek érzelmileg, személyiségét tekintve hány éves. Mindenki más ütemben érik, például egy 18 éves lány érzelmi fejlettsége lehet egy 13 évesnek megfelelő (ritkábban bár, de ugyanez fordítva is lehetséges). Nehezíti a dolgot, hogy a testi, az érzelmi, az intellektuális és a társas fejlettség különböző fokú, mértékű lehet.

Az evészavarok jellegzetesen *rejtett betegségek*, ahogyan ezt már korábban taglaltuk. Az anorexiát nehezebb elrejteni, bár sokszor előfordul, hogy a fogyókúrázó lány hajmeresztő soványságának felfedezésére későn kerül sor. Általában a kezelés elindításának ez az egyik legdöntőbb oka. A bulimiával kicsit más a helyzet, sokkal könnyebb rejtegetni, sokszor csak évek múltán derül ki, hogy a beteg hánytatta magát. Tudunk olyan házasságokról, amelyekben a feleség 10–15 éve hánytatta magát, a férje tudta nélkül. Ismert, hogy a bulimiások döntő többségét nem kezelik, nem kerülnek orvosi látókörbe. Ők néhány éves kórlefolyás után spontán meggyógyulnak, de a zavar krónikus is lehet, akár évtizedekig tartó.

Mit éreznek a szülők, amikor kiderül a zavar? Kétségbeesést, megdöbbenést, szégyent, dühöt – tehát sokféle nehéz emberi érzést. Kudarcként élik meg azt, hogy lányuknál valamilyen komoly probléma alakult ki. Érzik azt, hogy ennek lelki okai lehetnek, így még inkább furdalja őket a lelkiismeret. Csaknem minden szülőben felmerül ilyenkor a kérdés: *hol rontottuk el?* Tudniuk kell azonban, hogy erre a kérdésre határozott választ lehet adni: *sehol!* A szülők minden döntésüket jó szándékkal, szeretet által vezérelve, a gyerek érdekében hozták meg, utólag tehát hiába kritizálnánk bármilyen lépésüket. Nem érdemes azon gondolkodni, hogy mit rontottak el. Ne legyen lelkiismeret-furdalásuk! Az, hogy zavar alakul ki egy családban, és annak vannak lelki összetevői, nem azt jelenti, hogy bárki hibás volna. Inkább úgy lehet elképzelni ezt a helyzetet, hogy kialakul egy nehéz időszak, feszültség, konfliktus, de hogy ennek mi volt az elindító oka, az a tyúk-tojás problémára hasonlít. Szerepe lehet ebben a gyermek érzékenységének, amiről igazán senki nem tehet. Az öröklődést, a géneket, a családból hozott minták követését is felhozhatnánk indokul, de mindezekben semmi kivetnivaló nincs: nem tehet arról a gyermek, amit az előző generációktól örökölt. Semmire nem megyünk azzal a gondolkodásmóddal, hogy megpróbáljuk kideríteni, ki mit hol rontott el. Így hosszú ideig mutogathatnak egymásra a családtagok, s ennek nincs értelme. Ha a körülmények összejátszásának, a dolgok speciális fejlődésének tekintjük a kialakult problémát, nem hibásnak, bűnösnek, bűnbaknak érezzük magunkat, hanem inkább felelősnek a helyzet megváltoztatásáért. Ez az alaptétel már egészen máshogyan hangzik. Nem bűnösök vagyunk, hanem felelősséget érzünk a helyzet jobbításáért. A *közös felelősség* kérdése lehet az egyik nagyon fontos támpont akkor, ha a család segítségét, segítő erejét kívánjuk kihasználni. Azt is mondhatjuk, hogy *a családterápia jövőorientált*. Nem annyira a múlttal foglalkozik, hanem inkább a jövőbeli változtatással.

Minden nehéz helyzet átélésekor a döbbenet, a zavarodottság, a kétségbeesés, az elbizonytalanodás vagy a probléma súlyosságának tagadása az első reakció. Ha túltesszük magunkat ezen a fázison, a változtatás igénye, a kreatív együttgondolkodás, a közös felelősség lép előtérbe. Érdemes ezt a fázist minél hamarabb elérni!

Nem ritka, hogy az evészavar tüneteitől szenvedő lány csak az egyik családtagot vonja be titkába (édesanyját, testvérét stb.). Általában azonban érdemes az egész családdal megosztani a titkot, aminek így kisebb lesz a feszítő ereje, és bármilyen indulatos is

válk az a családtag, akit meg akartunk kímélni a kellemetlen hírtől, az ő segítségére is jobban számíthatunk ezután. Kérdés persze az, hogy a szűk családon kívül ki ismerje meg az igazi problémát. Mi a helyzet a nagyszülőkkel? Hogy a nagyszülőket érdemes-e bevonni, az függ attól is, hogy együtt élnek-e a családdal, vagy milyen szoros velük a kapcsolat. Ha intenzívebben vesznek részt a család életében, akkor ők is bevonhatók. Tiszteletben lehet azonban tartani a generációk közötti határokat, és az is elfogadható, ha a fennálló probléma kizárólag a szűk család belső ügye marad.

Mindehhez tegyük hozzá: tisztább helyzet az, ha egy nehéz problémával igazán szembesülünk, mint az, hogy valami titok lappang, rejtett feszültség van a családban, és nem tudjuk ezt megfelelő módon kezelni. Nem tudjuk, miről van szó, csak a feszült elbizonytalanodás lesz úrrá a családon. Ha viszont a valódi helyzettel ismerkedünk meg, akkor konkrét eszközeink lehetnek a dolgok megváltoztatására.

3.5. A testsúlymérés fontossága

A rendszeres testsúlyellenőrzés alapvető, ezért azoknak a szakembereknek, akik evészavarban szenvedő beteget kezelnek, be kell szerezniük egy mérleget! Hiba, ha a kezelő elfogadja a beteg által bementett adatot, és aztán ilyen mederben folyik a terápia tovább, akár hónapokig. Aztán egyszer csak kiderül, hogy a beteg által közölt testsúlyadatok korántsem felelnek meg a valóságnak. A testsúly ellenőrzését mindig külső személy végezze, akár egy megbízható családtag, akár az orvos vagy pszichológus. Anorexiában eleinte naponta ellenőrizze egy családtag a beteg testsúlyát. A végeláthatatlan és eredménytelen terápia háttérében gyakran az a tévesen értelmezett bizalmi kérdés van, hogy a terapeuta nem meri megmérni a beteg testsúlyát, mert a beteg ezt bizalomvesztésként értékelve érzelmi nyomást gyakorol a terapeutára. Igen lényeges viszont, hogy a hamis testsúlyadatot ne hazugságként értelmezzük, hanem a betegség tartozékaként. Elég, ha csak annyit mondunk: tisztában vagyunk azzal, hogy nehéz elfogadni a soványságot, és ez eltorzítja még a mérés eredményét is. Ennyiben viszont a külső személy általi kontroll segítséget jelent, az objektívebb adat elérésnek záloga. Semmi sértődés; viszont a testsúlymérés objektivitásához való következetes ragaszkodás alapvető.

Ha valaki megiszik egy liter vizet, egy kg-mal több lesz a testsúlya. De akkor, amikor már 3 kg-mal kellene nagyobbak lennie a testsúlyának, három liter vizet nem tud meginni. Ezek után a lányok nem szoktak inni, belátják, hogy nincs értelme. Ha érzik, hogy tisztában vagyunk a kóros szokásokkal, nem fognak előállni trükkjeikkel.

A testsúlymérés csalfintaságainál kell még megemlékeznünk arról, hogy néha súlyokat rejtenek el a ruhájukban a lányok. Egyikük ólomgolyókat szerzett valahonnan, így növelte a mérlegen mérhető, de hát nem valódi testsúlyát. Rájöttünk valahogy, mert túl vézna volt – onnantól kezdve az lett a szabály, hogy egy szál fehérneműben, mezítláb (volt, aki ólomlemez tette a zoknijába) mérjük meg a testsúlyt. A testsúlymérést is így javasoljuk: naponta, fehérneműben, WC után.

1. Szabály

A testsúlymérés az anorexia kezdeti fázisában naponta kötelező. Mindig külső személy mérje meg a beteg súlyát, a saját testsúlymérésre és az adat bemondására nem elég hagyatkozni. A testsúlymérés reggel történjen, a beteg fehérneműben és WC-használat után legyen. Az adatok feljegyzése is szükséges.

Ha dühödten tiltakozik a lány, akkor is meg kell mérni a testsúlyát! Néhány szülő széttárja a kezét: de hát nem hagyja magát megmérni! Ilyen nincs. Életveszélyes betegségnél ilyen érv nem fogadható el. Ha nem hagyja a lány megmérni magát, akkor az apja vegye ölbe, álljon a mérlegre, majd a mutatott testsúlyból vonja le a saját súlyát, és ez az eredmény kell. Ha ez sem megy, hívjanak tűzoltókat, vagy akárkit – a testsúlyt meg kell mérni. Mindenáron. Nincs kibúvó.

Ezt nagyjából így szoktuk elmondani, ebből a beteg látja, hogy egyszerűen nincs menekvés – itt rövidre is záródott a testsúlymérés dolga. Látja bőszen elszántságunkat, hogy a súlyát márpedig fasiszta könyörtelenséggel meg fogjuk mérni! A galád orvosok mire nem képesek. Persze, a dolog humoros (még ha bizonyos mértékig fekete humorú) oldalát is „veszik” a lányok – nem kell őket féltetni. Nem emlékszem olyan esetre, hogy agresszív testsúlymérés következtében fellépő pszichotraumát szenvedett volna bárki is.

Nézzünk két példát, hogyan szokott átlagos esetben alakulni a betegek testsúlya. Az első görbe semmi különöset nem tartalmaz, Niki súlya felfelé araszol, optimisták lehetünk (a

későbbiekben Nikinek a szüleivel kötött szerződését is olvashatják). A másik görbe, Pannié, szépen mutatja azt a belső viaskodást, amely az anorexiás lányokat jellemzi. Gyarapodnak egy kicsit, aztán megrémülnek, hogy mi lesz ebből, visszalépnek. Aztán megint híznak egy keveset, és mindig magasabb szintre kerülnek. Ilyen cikk-cakkos a növekedés igen gyakran – de ha a tendenciát nézzük, akkor kiderül, hogy rendszeren alakul a testsúly. E görbére a szülők berajzolták azt a vonalat, ami a kéthetenkénti egy kg-os növekedést jelenti. Amint látjuk, Panni a hullámzó növekedés ellenére tulajdonképpen követte ezt a növekedési ütemet. Itt jegyezzük meg, hogy kórházban heti egy kg-os testsúlynövekedésre van szükség. Otthon, ha járóbeteg-kezelés van folyamatban, kéthetenként javaslunk egy kg-ot hízást. Ha ez nem következik be, akkor kell gondolkodni azon, hogyan lehet megakadályozni a kalóriák elvesztését – azaz korlátozásokra kényszerül a beteg családja.

19. kép: Niki súlygörbéje

20. kép: Panni súlygörbéje

Az anorexia lényegéhez tartozik a (nem tudatos! azaz szemrehányást nem érdemlő) manipuláció, a különböző külső kényszerek, ellenőrzések szabotálása. Ez a betegséghez tartozó tünet, nem pedig a beteg eredeti személyiségének a megnyilvánulása, ezért nem kell rajta megdöbbsenni, vitatkozni. Röviden: az anorexiás betegnek „kötelessége”, hogy lopjon, csaljon és hazudjon a testsúlyt illetően, de ez nem az igazi énje. Emiatt soha ne alkalmazzunk felelősségre vonást, inkább tréfálkozzunk el ennek az anorexiában szokványos jelenségnek a furcsaságain. Így kifogjuk a szelet a beteg ellenállásának a vitorláiból is.

Lili, akinek soványsága már nagyon feltűnő volt, s a család komolyan aggódott lányuk egészsége miatt, éktelenül tiltakozott a testsúlymérés ellen. Nem hagyta más által megmérni a testsúlyát. Ő szokta magát megmérni, s a család így próbálta nyomon követni, hol is tart a lányuk. Amikor megjelentek nálam, gyanús volt a látvány és a bement testsúlyadat közötti ellentmondás. Lili minden tiltakozása ellenére megmértem a súlyát, ami 5 kg-mal volt kevesebb, mint amennyit ő mondott. Van persze különbség az otthoni és a rendelői mérlegek között, 1-2 kg is akár, de ekkora különbség nem valószínű.

Ha csökken a testsúly, sor kerülhet másfajta, például kórházi kezelésre. Ha növekszik, az azt jelenti, hogy a terápia jó úton halad. A pulzus és a vérnyomás mérése szintén fontos lehet a testi állapot értékelésében.

3.6. A terapeutáknak szóló tanácsok

A testi állapot súlyosságára utaló tüneteket fel kell ismerni! Ilyenek:

- A beteg a karok és a comb gyengesége miatt nem tud fésülni vagy lépcsőn járni.
- Hirtelen felkeléskor ájulás, szédülés.
- Epilepsziás görcsök.
- Pánikrohamok.
- Bőrkiütések.
- Légszomj.
- Súlyos kimerültség.
- Extrém hideg és lila lábujjak.

Ilyen jelek esetén sürgős kórházi kezelés javasolt. A kórházi felvételt a betegek és a családtagok valami horrorisztikus beavatkozásnak gondolják. Megdöbbentő az, hogy az életveszélyes állapotban lévő beteget, akinek a testsúlya 30 kg alatt van, nem akarják a szülők kórházba engedni. Drámai jeleneteket idézhetnék. De: ha vakbélgyulladás van a gyermeknek, kórházba engedik? Felteszem, felelősségteljes szülő így tesz. Meg lehet otthon gyógyítani a vakbélgyulladást? El lehet végezni a konyhában a műtétet, hogy ne „sérüljön” a gyermek a kórházba kerülés „borzalmaitól”? A kórházat azért találták ki, hogy súlyos állapotban lévő betegeken segítsenek. Nem elég veszélyes egy 28 kg-os testsúlyú lány állapota? Mikor érzik a szülők, hogy igazán súlyos az állapot? Hány kg-nál?

Csak az érdekesség kedvéért jegyzem meg: az országos csúcs 16,7 kg, 140 cm-es testmagasságnál, egy 15 éves lány esetében. A testtömeg-index (BMI) 8,52 kg/m² volt. Ennél alacsonyabb volt a testtömeg-indexe egy másik betegünknek, aki 168 cm-es testmagasság mellett 22,4 kg volt, a BMI pedig: 7,94 kg/m². Ez utóbbi lány kórházi felvételét hadd elevenítsem fel.

Margit 21 éves volt, amikor felvettük osztályunkra 22,4 kg-os testsúllyal, fogatlanul – az alultápláltság miatt már kiestek a fogai. A látvány egész egyszerűen rettenetes volt. Messziről érkeztek Miskolcra, este hét óra volt már; szerencse, hogy kolléganőmmel még ott voltunk egy családi konzultáció után, nem az ügyeletessel kellett találkozniuk. Margit zaklatott lett, sírt, fogta édesanyja kezét, mondván, hogy nem marad pszichiátriai osztályon (ezt pedig telefonon már jeleztem nekik, azt is, hogy az evészavar-részleg viszonylag elkülönült területként működik). Az édesanyja is jajveszékelné kezdett, hogy nem hagyja itt a lányát. Fogták egymás kezét és sírtak. Mit mondjak – vannak borzasztó pillanatok az orvos pályafutásában is. Nem volt mit tenni, az édesapát kértem, döntse el, vállalja-e, hogy beleegyezik lánya felvételébe, mert Margit életveszélyes állapotban van és az édesanya nem tudja reálisan felmérni a helyzetet. Az apa beleegyezett a felvételbe. Az anyát nagy nehezen kikísértük az osztályról, férje hazavitte. Margit fél percen belül abbahagyta a sírást és rendezkedni kezdett kórházi ágyán. Mi persze nemigen tudtunk aludni aznap éjjel. Margit édesanyja másnap már nyugodt állapotban érdeklődött telefonon lánya felől.

Nincs happy end – Margit néhány kg súlygyarapodás után télvíz idején hazaszökött a 400 km-re lévő otthonába. Azóta innen-onnan hallok híreket felőle, kollégák számolnak be arról, hogy az osztályukra került, majd hamarosan távozott.

Hogyan kezeljék a terapeuták a betegek ellenállását?

Természetes, hogy a beteg nem akar kórházba kerülni. A szülők sem akarják ezt. Járóbetegként sem akarnak együttműködni az anorexiások; a bulimiások már jobban hajlanak erre, hiszen általában idősebbek, sokszor ők maguk kérik a kezelést. A betegek ellenállásának kezelése ezért főleg anorexiára vonatkozik.

Személyes példát hozok az ellenállás kezelésének nehézségeiről. 1991-ben Helsinkiben egy kongresszuson Vandereycken professzor, a világhírű leuveni evészavar-klinika vezetője, számos könyv és számtalan dolgozat szerzője kétórás előadást, műhelybemutatót tartott. Elmondta, hogy milyen elvek alapján építették fel klinikájuk működését. Beszámolt arról, hogy a bekerülő anorexiás betegeknek heti egy kg-os testsúlygyarapodást írnak elő. Ekkor megkérdezte valaki, hogy mit csinál azokkal a betegekkel, akik – mint ahogyan az anorexiások – dacolnak, nem teljesítenek semmit,

ellenállnak, tiltakoznak. Azt mondta a jeles mester: szeretem őket! Azt hittem, viccel – még tapasztalatlan voltam. Aztán kiderült, hogy semmi tréfa, komolyan gondolja. Szereti őket, mert el akarnak érni valami fontosat, sok energiájuk van, és ez tényleg szerethető és tisztelhető vonás. Sokkal könnyebb velük, mint azokkal, akik udvariasan mindent vállalnak, aztán nem történik semmi (ők olyanok, mint a lekvár). Ha megfordítja a terapeuta a beteg ellenállásának irányát, nyert ügye van.

Eltelt egy-két év, és én is azon kaptam magam, hogy ugyanúgy vagyok ezekkel a „vadóc” betegekkel, mind az idézett mester (akitől egyébként rengeteget tanultunk).

Akkor mit is csináljon a terapeuta? Az első és talán legfontosabb javaslat az, hogy szövetséget kell kötni a beteg egészséges énjével. Azt szoktuk mondani, hogy minden rendben van a beteg személyiségének 95%-ával, hiszen nagyon kötelességtudó, okos, jól tanul, családcentrikus – sok-sok értékkel rendelkezik. Díjazzuk ezért, tisztelhető, remek lány. A maradék 5%-ban viszont az evészavarok kisördöge bujkál benne, akinek az a dolga, hogy dacoljon, hazudjon, vadul viselkedjen. Mi, terapeuták, azon vagyunk, hogy szövetséget kössünk a beteg igazi énjével, hogy együtt le tudjuk küzdeni ezt a kisördögöt.

Ilyenformán el lehet fogadtatni azt, hogy nem utasítjuk el a lány ellenállását a lánnyal együtt, hanem épkézláb szövetségest látunk benne. Ez megtisztelés, munkatárssá fogadás. Ez talán túlzásnak tűnik, mégis azt mondom, hogy olyan kristálytisztá gondolatokat, nehéz helyzeteket megvilágító igaz emberi magyarázatokat, ötleteket hallottunk a betegektől, ezektől az okos, tehetséges, kreatív lányoktól és családtagjaiktól, hogy azok felérnek egy orvosi szakképesítés megszerzésével.

3.7. A segítségkérés első lépései

Beteg a lányunk: mihez kezdünk, kihez forduljunk? A gyermekorvoshoz, aki hosszú ideje ismeri őt? A háziorvoshoz? A család ismerős orvosához? Vigyük kórházba? Ilyen és hasonló kérdések merülnek fel. A panaszok súlyosságától, a tünetek okozta nehézségektől is függ, milyen segítséget veszünk igénybe az első körben. Kezdődő betegség esetén elég lehet az ismerős gyermekorvos, háziorvos segítsége, aki néhány közvetlen tanáccsal képes változtatást előidézni. A súlyosabb esetekben ez általában

nem elegendő. Ezt a házi orvos kollégák is tudják, s ilyenkor szaksegítséget kérnek. Gyakran előfordul, hogy a testi orvoslás mezejére kerül a beteg, testi vizsgálatokat javasolnak. Minden olyan esetben, amikor a testi tünetek, panaszok, következmények állnak előtérben, ez igen fontos. Például a kifejezett gyengeség a sok hányás miatti káliumvesztés következménye lehet, és így tovább. Ezek a jelek, tünetek a megfelelő módon orvosolandók. Nem szabad azonban megállni a belgyógyászati tünetek kezelésénél. A következmények korrekciója mellett a háttérben meghúzódó alapbetegség, pszichológiai-pszichiátriai probléma kezelését is meg kell tervezni, el kell kezdeni.

Alapvető orvosi kötelesség, hogy a szervi okokra, testi betegségekre derüljön fény. A kóros fogyások háttérében számba jövő betegségeket ki kell zárni. A fogyás önmagában is súlyos testi következményekkel jár, anyagcserezavarokkal, hormonzavarokkal, a vérképző rendszer károsodásaival stb. Ezeket azonban meglehetősen gyorsan ki lehet szűrni. Laboratóriumi vizsgálatok könnyen tisztázhatnak sok kérdést, az eltérések korrekciójára hamar sort lehet keríteni. Ha viszont itt megreked a beteggel való foglalkozás, és egymás után ismétlik a negatív eredménnyel járó vizsgálatokat is, és nem irányítják tovább a beteget, akkor zsákutcába kerül a beteg.

Álljon itt egy példa értékű történet. Mari 12 évesen nagyon lefogyott. Elfoglalt, magas vezetői beosztást betöltő édesapja kísérte a vizsgálatra. Már túl voltak többféle vizsgálaton, gyermekosztályon is eltöltött a lány 2-3 hetet. Nem találtak eltérést. A vizsgálat során egyértelműnek látszó anorexia derült ki. Családi konzultációkat javasoltam, megbeszéltünk egy időpontot. Szokás szerint említettem, hogy mind a négy családtagra szükség van – a szülőkre, s Mari húgára is. A megbeszélt időpontban csak a két lány és édesanyjuk érkezett meg. Az apának sürgős dolga akadt, el kellett utaznia, maga helyett egy levelet küldött, amelyben leírta Marival kapcsolatos észrevételeit. Az apa egyébként nem jelezte telefonon, hogy nem tud jönni – nem lepődtünk volna meg, ilyesmi elő szokott fordulni, s akkor újabb időpontot egyeztetünk. Az apa hiányában semmitmondó beszélgetés következett, nem jutottunk előre. Legközelebb nem jöttek el. Eltelt három hónap, az apa ismét telefonált: újra jönnének, a nyáron megint kórházban volt a gyermek, nem találtak semmi különöset, mégiscsak itt szeretnék folytatni. Rendben van, mondtam, de csak akkor jöjjenek, ha mindenki jelen tud lenni. Ha bárki is

hiányzik, öt perces udvariassági beszélgetés után visszafordulhatnak – nem tudnánk előre jutni. Ha nem tud valaki jönni, szóljanak, újabb időpontot találunk.

Mindannyian eljöttek. Kialakultak az első teendők, haladtunk. A beszélgetés végén az apa tízperces külön beszélgetést kért, amiből szűk félóra lett. Nyíltan elmondta, hogy a házasságukban komoly feszültségek vannak, házasságon kívüli kapcsolata kezdődött, még válás is felmerült. Legközelebb itt tudtuk folytatni, majd több alkalommal párterápiás formában csak a szülőkkel konzultáltunk. Igen őszintén tudtak beszélni problémáikról, feszültségeikről. Arról is, hogy Mari milyen „kipárnázó” szerepet töltött be a házassági feszültségekben. Végül is rendezték kapcsolatukat, új szabályokat találtak ki. Mari eközben fokozatosan elérte rendes súlyát. Édesanyja mesélte az egyik beszélgetés során, hogy otthon egyszer csak Mari azt kérdezte tőle: „ugye, ez a házasság már nem az a házasság?”. Mit is jelent ez? Vélhetőleg azt, hogy a 12-13 éves gyermeket sem lehet úgy tekinteni, hogy nem vesz észre semmit. A gyermekek minden fontos családi feszültségre reagálnak valahogyan. Sokszor tünettől – hogyan is szólhatnának bele a felnőttek dolgába?! A tünet azonban jelez, sok mindent elárul.

Gyakori jelenség, hogy a beteg sokáig kereng a kezdetben indokolt, később inkább látszattervekenységet jelentő vizsgálatok útvesztőiben, és súlyos, alapvető lélektani problémáival nem jut el szakemberhez. E mögött több tényező állhat. Az egyik az, hogy a beteg nem akar pszichiáterhez fordulni. Ez részben a szakma némileg megbélyegzett voltára is felhívja a figyelmet, ugyanezen okból kerülnek a szülők is a „sárga házba kerülés” gondolatát. Fontos tényező a lélektani ellenállás, amellyel a szülők elhárítják azt a rossz érzést, hogy valami baj lehet velük vagy a családjukkal.

Újabb probléma lehet az, hogy a beteg ugyan elkerül pszichiáterhez, de az esetleg kevésbé járatos a pszichoterápiákban. Könnyebb felírni egy gyógyszert, mint sokszor és sokáig beszélgetni a lelki problémákról. Sajnos, a pszichiátria (és általában az egészségügy) jelenkori állapota miatt nem ritka az a jelenség, hogy a zsúfolt pszichiátriai gondozóban 30 beteg várakozik, és a túlterhelt orvos képtelen mélyrehatóan foglalkozni egy-egy páciens lelki problémával. Rutinszerűen felír valamilyen gyógyszert, és aztán hetekig várják a hatást, közben pedig egyszerű pszichoterápiás beavatkozásokra sem kerül sor. Ez a gyakorlat káros, a betegnek elsősorban, mert kevesebb esélye marad az érdemi javulásra, de a szülőknek is, akik

javulást várnak a gyógyszertől, és aztán indulatosan szembesülnek azzal, hogy nem történt érdemi változás. Az orvosnak szintén rossz, mert megszokja a rutint, elfásul, és nem tud igazi esélyt nyújtani betegeinek.

Mindezekből az következik, hogy minél előbb érdemes az evészavarok kezelésében járatos pszichiáterhez vagy pszichológushoz fordulni. Ez a testi vizsgálatok időszakában is megoldható – nem zárják ki egymást a test és lélek kezelésének teendői!

Nagyon fontos kérdés, hogy mikor jön szóba a kórházi kezelés. Ez függ a betegség súlyosságától, az elérhető kezelési lehetőségektől, a körülményektől (például a kórháztól való távolságtól), a család erejétől és lehetőségeitől (például mennyire képesek megoldani a beteg gyermek kontrollját) és így tovább. Ezekről a kérdésekről korábban, „Az evészavarok kezelése” című fejezetben már esett szó.

A fejezet végén nézzünk most némi elméletet a változás iránti motiváció alakulásáról. Azt gondolnánk, hogy akinek valamilyen betegsége van, egyértelműen azon van, hogy az megszűnjön. A helyzet azonban nem ilyen egyszerű, a változás megterhelő lehet, nemcsak negatív, hanem pozitív irányban is. Ezért a változás felé vivő hajtóerő, a motiváció sokszor csökkent. Nem könnyű valakit abban segíteni, hogy megváltoztassa a viselkedését. Ebben a folyamatban a pszichológusok öt fázist különítenek el:

1. *Szemlélődés előtti fázis:* a beteg nem hajlandó arra gondolni, hogy viselkedése aggályos lehet.
2. *A szemlélődés fázisa:* a beteg elfogadja, hogy problémája van. Néhányan azt is elfogadják, hogy az evésükkel van probléma. Konstruktív lépéseket azonban nem terveznek a probléma megoldására.
3. *Előkészület:* a beteg változni akar, segítségre vágyik, de bizonytalan abban, hogy mi fog történni, ha felhagy evészavarával. Még nehéz a változtatás.
4. *Akció:* a beteg elkötelezi magát a változás vállalására, módosítani kezdi a viselkedését. A merev tüneteket hajlandó változtatni. Ebben a fázisban sok támogatást és bátorítást igényel.
5. *Fenntartás:* a beteg folytatja az eddigi lépéseket, és elkerüli a visszaesést.

A betegek nem szabályosan haladnak végig e fázisokon, néha átugranak egyet, néha pedig helyben járnak. Ha a segítők figyelembe veszik, hogy a beteg mikor milyen fázisban van, kevesebb feszültség adódik a kezelés menetében.

3.8. Az étkezés szabályai

A kórosan megváltozott étkezési szokások sok feszültséget keltenek a családban. Az anorexiás beteg órákig pizmog egy-két falattal, csak meghatározott ételeket akar fogyasztani, kerüli a kalóriadúsabb ételeknek a morzsáit is. Kontrollálja családtagjait, például rendszeresen készít másoknak ételt, de ő maga nem eszik belőlük. Vannak betegek, akik nem engedik be a konyhába a szüleiket, amikor étkeznek, noha egy-egy ilyen étkezés akár két óra hosszat is eltarthat. Képzeljük el azt a helyzetet, amikor a fáradt családfő este hazaérkezik a munkából, éhes, de két órán át nem mehet be a konyhába, mert beteg lánya ott pizmog az étellel. Amellett, hogy ez aggodást, szánakozást kelt a szülőben, természetesen indulatokat is kivált.

Ha a lányuk alig eszik és jelentősen lefogyott, természetes reakció a szülők részéről, hogy evésre buzdítják, noszogatják, minden eszközt megpróbálnak bevetni annak érdekében, hogy gyermekük súlya gyarapodjon. Kínálják, nógatják, zsarolják, sírnak, dühösek, fenyegetik. Az sem ritka, hogy erőszakosak lesznek, és egy-egy indulatosabb apa néha félig-meddig meg is tömi a gyermekét. Ez azonban sajnos nem vezet eredményre. Csak az ellenállást növeli a lányokban, az étel belső elfogadását viszont nem. Sok szülő attól is tart, hogyha nem noszogatná a lányát, akkor az még annyit sem enne, mint amennyit eszik. És az, hogy a súlyát mondjuk 40 kg körül képes tartani a beteg, az annak köszönhető, hogy a szülők evésre nógatják. Ez a szülők tipikus tévedése, amit nem igazolnak a tapasztalatok.

Tímea, egy anorexiás lány a hét öt napját Budapesten töltötte az egyetemen, és csak a hétvégeken járt haza. A hétvégék rendszeres veszekedéssel teltek az ételek és az evés miatt. Már útban hazafelé SMS-ekkel bombázta a lány az anyját, hogy miket vásároljanak a hétvégére, majd folyton változtatott a tervén – már az egész család fel volt bolydulva az evés körüli cirkuszok miatt. Amikor felvettem, hogy Tímea vegye meg magának azt az ételt, ami jólesik neki, készítse el, aztán egyen, meglepetésre egyik

családtag sem volt erre vevő. Mintha a családi cirkuszok hozzátartoznának a hétvégi együttléthez. Amikor pedig azzal hozakodtam elő, hogy mi lenne, ha a szülők egyáltalán nem törődnének azzal, hogy mit eszik Tímea, és nem noszogatnák, az édesapa azt mondta, hogy ha a szülők a hétvégi napokon nem veszekednének a lányukkal, akkor teljesen tönkremenne. Holott a lányuk hét közben egészen jól megvolt Budapesten, eljárt az egyetemre, valahogy étkezett is, s hét közben nem fogyott.

Ez a jellegzetes ítéletalkotásbeli torzulás az aggódó szülők részéről a betegség természetes családi velejárója szokott lenni. Gondoljunk azonban bele abba, hogy a noszogatás igazából csak feszültségeket kelt, de érdemben nem változtatja meg az elfogyasztott étel mennyiségét. Jellegzetesen olyan zavarokról van ugyanis szó, melyekben a dac, a belső ellenállás munkálkodik. Ha erősködünk, ha zsaroljuk a lányunkat, azzal csak az ellenállást, a dacot fokozzuk, s lehet, hogy alkalmasint többet eszik a gyerek, de ha nem látjuk, kihányja vagy „letornázza” az ételt, azaz megtalálja a módot arra, hogy valahogyan csökkentse a szervezetében felhasználható kalóriamennyiséget. Alapvetően *kontrollharcról*, *dacról*, *belső lélektani ellenállásról* van szó. Ezek kulcsfontosságú tényezői az evészavaroknak.

Ráadásul a szülők már hetek, hónapok óta gyakorolják a nógatást, az evésre buzdítást, mégsem sikerül eredményt elérni. Ez szilárd bizonyítéka annak, hogy *a noszogatás nem jár eredménnyel*. Ha segítene, egyszerű lenne a terapeuták helyzete is: azt kellene feladatul adni a családnak, hogy üljenek a lány mellé, s egyenek vele, felügyeljék. Sajnos, ez a módszer egyáltalán nem működik! Annyira kifejezett azonban az aggódás, hogy a szülők képtelenek felhagyni ezzel a hiábavaló vitával.

Ha megpróbáljuk, hogy nem fűzünk megjegyzéseket ahhoz, hogy mit és mennyit eszik a gyerek, akkor egy dolog bizonyos: a feszültségek csökkenni fognak. Nem biztos, hogy ettől azonnal elkezd növekedni a gyermek súlya, de lényegesen csökkenni sem fog. Nem emlékszünk olyan esetre, hogy az evés körüli vitatkozások kiiktatása a testsúly csökkenéséhez vezetett volna. Érdemes tehát nagyon megfontolni, és komolyan venni a szabályt:

2. Szabály.

A szülők ne kommentálják azt étkezés közben, hogy mit és mennyit eszik a gyermek.

A szülő tegye ki lánya elé az ételt és várja meg az étkezési idő leteltét, aztán a maradékot egyetlen szó nélkül dobja ki. Szabad természetesen aggódni, akár sírni is amiatt, hogy milyen állapotban van a lányuk, de *nem az étkezések körüli időszakban!* Azt is el kell fogadniuk a szülőknek, ha a lányuk viszolyogva turkálja az ételt, aztán két falat után az egésztest indulatosan abbahagyja. Fogadják el! Nem a rövid távú cél, azaz a minél bőségebb pillanatnyi étkezés a fontos, hanem *a hosszú távú cél: a súlynövekedés*. Ez a tétel az egyik kulcskérdése az anorexia kezelésének. Sajnos, sok kolléga is belesétál ebbe a csapdába.

Friss az élmény, egy hete történt, megosztom az olvasóval. Egy 15 éves anorexiás lányt hoztak a szülők. Két hónapja fogy, pszichiátriai gondozóba vitték, ahol az orvos gyógyszert rendelt neki, s ráírta a papírra, hogy az „étkezés megbeszélve a beteggel”. Aztán találkoztak három hét múlva. Akkor a lány hízott vagy 20 dkg-ot, ami nem jelent lényeges változást. A papíron az állt, hogy most már jobban eszik, meg jó a hangulata. Csak a lényeg nem változott.

Nem azzal kell tehát törődni, hogy mennyit eszik a lány, hanem azzal, hogy mennyit gyarapodik a súlya. Azt is el szoktuk mondani, hogy nem baj, ha a lány csak két kanál meleg vizet eszik naponta, ha ettől is növekszik a súlya. (Ez volna csak a gazdaságos változat!) Biztos azonban, hogy ha kényszeríteni próbáljuk a lányunkat, noszogatjuk, zsaroljuk, azzal csak a feszültség és az ellenállás nő, de nem fog többet enni. Egyetlen sóhajtást és szemöldökráncolást sem ér meg a dolog. Minden apró (akár szavak nélküli) jelzés csak a dacot váltja ki. Legyen az étkezés a beteg saját felelőssége, ami kezdetben persze csökevényes, majd egyre jobban kialakul. Ha ez a belső felelősség nem alakul ki, akkor nem lesz érdembeli változás.

Hallom sok szülő ellenérveit: de hát attól hízik valaki, hogy eszik! Persze, ez pontosan így van. Csakhogy azt nem tudjuk elérni, hogy többet egyen, ez a baj. Az anorexiás viselkedések mindig erősebbek. Más stratégiát kell tehát követni. Ha áttesszük a

súlynövekedés felelősségét a lányra, akkor ez bizalmat is jelent, hogy változni tud, nagyobb önállóságot is kap, a feszültség is csökken az étkezések során.

Azt tehát nem tudjuk serkenteni, hogy többet egyen, de azt meg lehet akadályozni, hogy a kalóriákat fogyassza a beteg. Erre lehet csak képes a szülő, sokkal inkább, mint az etetésre, ami ugyebár nem hatékony. Ha nem gyarapodik a lány súlya, akkor a kalóriafoogyasztó tevékenységeket kell korlátozni. Erről később még részletesen szót ejtünk.

Gyakori csapda az, hogy a szülők rövid távú eredményre törekszenek, látni szeretnék, hogy minél többet eszik a gyerek. Előfordul az is, hogy a szülő megnyugodva konstatálja, hogy lánya most már többet eszik, rendesebben étkezik, ugyanakkor viszont a súlya esetleg semmit sem változott. Ne dőljünk be a felszínes látszateredményeknek, hiszen a súlynövekedés a lényeg.

Jozefa, egy 22 éves egyetemista lány 35 kg körüli testsúllyal került az osztályunkra. Nagyon udvarias és szolgálatkész volt, szelíd mosolyával mindig fogadkozott, hogy most már biztosan tud enni, már érzi magában a lendületet. Hónapok alatt semmit nem változott a súlya. Ekkor egyedül élő, elvált édesanyja hazavitte saját felelősségére, mondván, bízik abban, hogy majd otthon elindul a testsúlygyarapodás. Ezt a szülő megteheti, nincs belőle sértődés, csak a veszélyekről részletes ismertetést kap a család. Egy hónap múlva jöttek vissza. Sugárzó arccal újságolták, hogy most már sokkal jobb az étvágya, jó a hangulata, minden rendben lesz. A testsúlya 10 dkg-mal volt több, mint hazamenetelekor, azaz gyakorlatilag semmit nem változott. Újabb egy hónap múlva szintén 35 kg volt, s továbbra is egyetemre járt. Sajnos, a továbbiakban nem tértek vissza, így a terápia megszakadt.

Itt tehát az önbecsapás jelensége tűnik fel: látszateredményeket hisznek valósak, s a további teendők elöl kitérnek.

Ha valaki nagyon következetesen játssza az anorexiás „játszmát” (ez természetesen nem tudatos), akkor abba belehal. És ez sajnos nagyon komolyan veendő tény, lásd az anorexiában jellemző magas halálozási arányt. Ha valaki nem eszik, és kényszeríteni próbálják, akkor is megtagadhatja az étkezést. Tovább fogyás esetén kórházba kerül. Mi

történik, ha ott sem eszik? Akkor például infúzióval vagy szondával történő táplálásra kerülhet sor. A gyomorba mesterséges bejuttatott táplálékkal is lehet azonban manipulálni, ezt is ki lehet hányni. Végző soron tehát az, aki nagyon következetes, és minden szinten megtorpedózza a testsúlya növelésének lépéseit, az belehal a betegségbe. Ezt természetesen nem ijesztgetésnek szánjuk, de reálisan szembe kell nézni a zavar súlyosságával. Általában azonban nem erről van szó. A halálozási arány természetesen azok között ilyen magas, akik extrém súlyvesztéssel rendelkeznek. Akinek a testsúlya 5–10 kg-mal alacsonyabb a szokásosnál vagy az elvártnál, azt nem fenyegeti közvetlen veszély. Sok lány megáll azon a szinten, ahol még képes a szüleit manipulálni, befolyásolni, aggodalomra serkenteni, de ennél nagyobb veszélyeztetést nem kockáztat meg.

Az előzőből következik az alábbi szabály:

3. Szabály

Nem az a fontos, hogy mennyit eszik a beteg, hanem a testsúlya! Nem rövid távú látszateredményre (az étel mennyiségének növelésére) kell törekedni, hanem középtávú változásra – súlygyarapodásra!

Van néhány más, egyszerűbb szabály is az étkezéssel kapcsolatban.

4. Szabály

Az étkezési idő nem haladhatja meg a 30 percet!

Ezzel elejét vesszük a rituális pepecselésnek. Nincs értelme annak, hogy a lány órákig pizsmogjon; ezzel csak a környezetét bosszantja. Félóra után el kell vennünk a beteg elől a maradék ételt, akkor is, ha zokogva könyörög, hogy éppen most támadt fel az étvágya. Ennek nehéz hitelt adni – ha így is volna, a következő étkezésnél pótolhatja. A gyomornak is meg kell tanulnia a normális reflexeket: a megtelődést, majd a kiürülést. Ehhez a megfelelő ritmusú étkezés segítséget jelent.

5. Szabály

**Naponta maximum öt étkezés legyen (három fő étkezés + tízórai és uzsonna).
Étkezések között semmilyen szilárd táplálékot ne fogyasszon.**

Általában elég, ha a napi étkezések száma három, de öt étkezés (tízórai és uzsonna a fő étkezések mellett) még megengedett. Annak, amit egyébként orvosok is elég gyakran tanácsolnak, hogy gyakran egyen keveset a beteg, semmi értelme nincsen. Ez csak arra jó, hogy a beteg becsapja önmagát és a szüleit is. Látványosan eszeget óránként valamit, és ettől mindenki megnyugszik. Ha azonban a mérlegre tekintünk, azonnal világossá válik, hogy mi is a helyzet valójában. Csak folyadékfogyasztás engedhető meg étkezések között. Egyetlen kétszersült, alma stb. is felesleges ilyenkor. A fő étkezések után kell megenni a gyümölcsöt. A betegnek hozzá kell szoktatnia a gyomrát ahhoz, hogy képes legyen viszonylag nagyobb mennyiségű táplálékot befogadni. Ha valaki óránként csipeget valamit, abból biztosan nem lesz érdemleges testsúlygyarapodás. Szokványos anorexiás csapda ez is.

6. Szabály

Az étkezések legyenek közösek! Ne vonuljon el a saját szobájába a beteg, mert ott csak manipulálna az étellel.

Az evészavarok gyakori furcsasága, hogy a lány egyedül akar étkezni, ami az étellel való rituális foglalatosságok, manipulációk megkönnyítését jelenti. Másrészt az is igaz, hogy az étkezések körüli hercehurcák megviselik a beteget is, és hogy elkerülje ezeket, szívesebben étkezne egyedül. A szabály persze legyen érvényes – bár ehhez az is hozzátartozik, amit az első szabály taglalásakor az együttes étkezésre vonatkozóan olvashatnak. Együtt kell tehát enni – de felesleges zűrzavarok nélkül.

7. Szabály

Étel csak a konyhában vagy az ebédlőben legyen – a szobában nincs helyük az ételeknek. Ha kórházban van a beteg, a kórteremben nem lehet semmiféle szilárd étel.

Folyadék még megengedhető, de az is csak dobozos vagy üveges üdítő ital lehet. Tea, kávé vagy egyéb koffeintartalmú ital nem lehet, mert a koffein izgalmakat, feszültséget fokozhat.

Gyakran hallható nem szerencsés szokás, hogy a kórházban megengedik az ételek tárolását a beteg kórtermében – mondván: egyen akkor, amikor éppen éhes, ezzel is csak segítjük a hízást. Csapda – a manipulációkat segítjük ezzel az álmegoldással.

Liza 33 kg-osan került osztályunkra, ő volt a harmadik anorexiás betegünk az evészavar-részleg kialakítása után. Tapasztalatlanok voltunk tehát. Sápadt volt, csont és bőr, testmagassága 8 cm-t (!) csökkent a lefogyás következtében (nem ritkán látjuk ezt a jelenséget, ezért érdemes a testmagasságot is megmérni a fogyás során többször is). Otthon sokat főzött, családtagjait kínálhatta az étellel, de ő maga – rendes anorexiához méltóan – nem nagyon evett a saját főztjéből. Mivel kérte, hadd főzzön az osztályon is kedvére, olyan ételeket, amiket szívesen fogyasztana, úgy véltük, csak jót teszünk neki, ha megengedjük a főzőcskézést. Lábasokkal járt-kelt egész nap, mindenfélét kotyvasztott, másokat kínált, ő maga pedig nem gyarapodott semmit. A nővérek már elég megviseltek voltak, mi pedig, elszánt orvosok, tehetetlennek éreztük magunkat. Ez így ment egy hétig. Akkor aztán beszéltünk a szülőkkal, hogy ennek nem sok értelme van, vigyenek minden lábast haza, legyen végre vége a céltalan főzőcskézésnek. Azt eszik, ami a kórházban van. A szülők belátták, hogy tényleg nincs miért tovább asszisztálnunk a sehová nem vezető, kényszeres, tünetjellegű főzéshez, összecsomagolták a konyhai felszerelést, aztán hazamentek. Liza szerfölött indulatos lett. Sírva, dülva-fülva ment a kórtermébe, a hasán mutogatta nekünk a nemlétező hájat. A következő hétre egy kg súlygyarapodást írtunk elő – az, hogyan oldja meg, a magánügye lesz. Ha nem tud gyarapodni, akkor pedig pihennie kell délig, hogy ne fogyassa feleslegesen a kalóriákat. Másnap már nyugodt volt, majd a következő héten nem egy, hanem három kg-ot hízott. Végre elkezdett rendesen enni, sőt, majdhogynem zabálni. A menzesze is megjött néhány hét múlva, s örömmel mutatta azt is, hogy a dzsekijében már nem tűnk el a keze, azaz hosszabbak lettek a végtagjai. Testmagassága is nőtt.

Legnagyobb meglepetésünkre Liza egy hét után egy-egy remek grafikát csúsztatott be az ajtónk alatt a szobánkba (kezelőorvosának és nekem), s a rajzon ez állt: „egy nehéz hét emlékére”. Meg voltunk rökönyödve: nem utált bennünket, nem káromkodva, dacosan hízott – azaz mintha elvárta volna, hogy végre valaki mondja már meg neki, mihez tartsa magát. Ezt a belső lelki mechanizmust egyébként nagyon sokszor felfedeztük a daccal operáló lányokban. Provokálnak, ki akarják préselni a

környezetükből, a szülőkből a határozott keretek jelzését. Liza ezután is tartotta velünk a kapcsolatot, képeslapokat küldött a világ sok tájáról, ahol megfordult.

Ez a történet annyiban lehet a szülők számára tanulságos, hogy nem kell félni a szeretetteljes határozottságtól. A durva, agresszív kényszerítés nagyon rossz lenne, de a határozottság, a következetesség jelzését a betegek – vad dacuk ellenére – elvárják.

Az evés körüli feszültségek központi problémává válnak egy evészavarban szenvedő beteg családjában. Nagy megkönnyebbülés és felismerés, ha ezeket a feszültségeket a fenti nagyon egyszerű módon csökkenteni tudják. Ez lehet a továbblépés egyik eszköze. Jó azonban azt is tudnunk, hogy a feszültség csökkenésével nagyon gyakran súlynövekedés következik be, ami önmagában nem jelenti ugyan a teljes és végleges gyógyulást, de lényeges eszköze a továbblépésnek.

Az eddigiekben inkább anorexiásokról olvashattak. Később mind a két alapvető evészavar-típus közös vonásaiként felfogható családi jellemzőkről és azok kezeléséről lesz szó. Tekintsünk át azonban néhány fontos teendők a bulimiás tünetekkel kapcsolatban is.

Bulimiások számára sok egyéni feladat van. Egyéni kérdés lehet a gyógyszeresedés – amint láttunk, ez is szóba jöhet, s nem zárja ki a családterápia alkalmazását és fordítva. Ugyancsak egyéni feladat lehet az, hogy meg kell tanulniuk késleltetni a hányást. Ez a technika az *expozíció és válaszmegelőzés* módszere, amelyről az evészavarok terápiájának bemutatásakor már olvashattak. Ezen túlmenően családi feladatok is adódnak a bulimiás szokásokkal való megküzdés során, akár az, hogy a hűtőszekrényt bezárják-e vagy sem. Akár erre is sor kerülhet.

Még egy ajánlattal hozakodom elő: bulimiások számára magyar nyelven is elérhető egy önszegítő kalauz, amely hatlépcsős kognitív-viselkedésterápiás programot tartalmaz – gyakorlatokat, feladatokat. Ezt minden bulimiásnak ajánljuk, szeretik is, a betegek 90%-a szívesen forgatja, végzi a feladatokat. A kalauzban leírtakat önállóan kell végrehajtani, s beteg néha megbeszéli kezelőjével, hol tart.

A következő fontos témakör az, hogy milyen legyen az elfogyasztott ételek minősége? Ne várjanak dietetikai ismeretterjesztést. Nagyon egyszerűen intézném el ezt a kérdést: majdnem mindegy, hogy mit eszik a beteg. Tápszereknek semmit értelmük. Hétköznapi, átlagos, vegyes étrendet fogyasszon, az elég a változáshoz. Inkább mennyiségi kérdéstről van szó. A változatos étrend természetesen fontos, de semmi különös fortélyra ne gondoljanak a szülők. Ha túldimenzionálják az étrend kérdését, akkor az ételek megtervezése és elkészítése manipulációk forrásává válik.

Javaslat: célszerű arra törekedni, hogy minél változatosabbá váljon az étrend.

Kezdetben csupán néhány, inkább kalóriaszegény ételt (müzli, kétszersült) fogyaszt beteg. Minél hamarabb kívánatos a repertoár bővítése. Érdemes minden héten egy-két „új” (azaz a beteg által korábban kedvelt) ételt bevezetni az addig megszokottak mellé.

Van még egy fontos kérdés: mit főzön a családjában? Mennyire kedvezzen evésavarral küzdő lányának? Mennyire őt szolgálja ki – vajon nem fog-e dohogni a többi családtag?

8. Szabály

A másnapi étrend megbeszélése nem lehet több egy percnél (60 másodperc!).

Végeláthatatlan viaskodás csak felesleges indulatokat kelt. Ha nem tudja eldönteni a lány egy perc alatt, hogy másnap mit enne szívesen, akkor az anya megteszi ezt helyette – nem kell megrettenni ettől, hiszen az anya úgyis tudja, mit szeret a lány, illetve a többi családtag is (lásd korábban Tímea esetét is a hétvégi étrend-cirkuszokkal!).

Lényeges kérdés az is, hogy a szülők hogy bánjanak azzal a helyzettel, amikor a nagyszülők akarják evésre noszogatni az anorexiás beteget. A nagyszülők is aggódhatnak, viszont érzelmileg zsarolniuk nem célszerű sem a beteget, sem a beteg szüleit. A nagyszülők szerepe ebből a szempontból fontos, különösen olyankor, ha erős a kontaktus. Nem ritka az sem, hogy a vasárnapi ebédet a nagyszülőknél kötelező elkölteni. Ilyenkor sűrű dorgálásban lehet része a betegnek és a szüleinek. (Ebben a helyzetben gyakran látjuk, hogy a szülőknek sem sikerült még egészségesen leválniuk a saját szüleikről.) Ezt a néha nagyon nehéz feladatot azonban előbb-utóbb meg kell oldani! A nagyszülőknek el kell fogadniuk azt, hogy a gyermek közvetlen sorsának

irányítói a szülők, nem pedig a nagyszülők. Ezt a folyamatot természetesen szeretettel érdemes végigkísérni, nem háborúra, a csatabárd kiásására van tehát szükség. Szelíden és megértéssel, de el kell fogadtatni a nagyszülőkkel azt, hogy ők már csak távolabbról, szeretetükkel támogassák unokáikat, ne vegyenek a nyakukba felesleges indulatokat és olyan lelki terheket, amiket a szülőknek kell viselniük. Ha ily módon átvállaljuk a nagyszülőktől a felelősséget, az jól eshet nekik, és csökkentheti az unokájuk miatti túlzott aggodalmaskodást.

Javaslat: az evés legyen a szűk család belügye!

Az étkezés új szabályait tehát a tágabb környezettel is el kell fogadtatni: a tanárokkal, akik aggódnak a gyermek miatt, a barátokkal, a barátnővel, akár a szomszédokkal vagy a tágabb családdal, akik beleszólnak a sovány gyermek kezelésének dolgába, és így tovább. Ezek a kommentárok általában nem segítenek. A tágabb kapcsolati kör megjegyzései, aggódásai legtöbbször csak a rossz érzések fokozásában játszanak szerepet; a szülő fesheng, mert azzal kell szembesülnie, hogy képtelen a gyermekén segíteni. Ilyenkor a környezetben – a szomszédoktól a tanári karig – mindenki okosabbnak hiszi magát. Érdemes rövidre zárni ezeket az aggódó, néha ironikus, néha pedig rosszindulatú megjegyzéseket. Ilyesmit lehet válaszolni: Ez elég nehéz probléma most a családukban. Azon vagyunk, hogy minél előbb megszűnjön, igyekszünk úrrá lenni rajta, optimisták vagyunk. Hadd legyen ez a mi problémánk, mások ne terheljék magukat a mi gondjainkkal, de köszönjük az együttérzést.

A lányok a probléma szétterítését inkább menekülésként használják. Új keletű menekülési csatornának számít például az internet sok olyan fóruma, ahol az anorexiások a nem-evésre buzdítják, és különböző trükkökre tanítgatják egymást. Az evészavaros betegekben tehát van valamiféle szubkultúra-képződési hajlam. Dédelgetik a betegségüket, nehezen tudnak rajta változtatni. Érdemes ügyelnünk ezekre a hatásokra is. Ezzel szemben másfajta, segítő hatást jelenthet az, ha a betegek korrekt ismeretekhez jutnak betegségükről. A különböző tájékoztató kiadványok, önségítő kalauzok (így e könyv is) ezt a célt szolgálják.

Mint láthatjuk, nagyon sok csapda, látszatz megoldás, önbecsapási lehetőség rejtőzik az evéssel kapcsolatos szabályokban, szokásokban. Érdemes ezeket alaposan

végiggondolni. A szabályok talán szigorúaknak tűnnek első nekifutásra, később azonban könnyebbé és kiszámíthatóbbá teszik az életet. Rendkívül fontos azonban, hogy betartásuk következetes legyen. Gondoljunk arra, hogy a beteg kötelezően kihasznál minden kikaput. Sokszor láttuk azt, hogy a beteg addig kényszerítette a szüleit arra, hogy következetesek legyenek, amíg el nem érte célját.

Kedves szülők! Ne féljenek következetesek lenni! A következetesség segítséget jelent, a világ átláthatóbb lesz, könnyebb a tájékozódás, világosabbak a határok.

3.9. A kalóriavesztést szolgáló tevékenységek korlátozása

Fentebb említettük, hogy a testsúly a fontos, nem az evés. Ezzel sok feszültséget szüntethetünk meg, egyben felelősséget építünk ki a betegben. Könnyebb ugyanis erre koncentrálni, mint az evést erőltetni. Továbbá: mivel a szülők nem tudnak meghízni lányuk helyett (bár szívesen megtennék, vagy átadnának saját súlyukból neki), s az erőltetés, noszogatás zsákutcába torkollik, csak egyet tehetnek: *korlátozniuk szükséges a kalóriavesztést szolgáló tevékenységeket*: a testnevelési órát, a balettórát, a karateedzést, a biciklizést, az otthoni aerobikot, a napi 300 felülést, a szemét öt részletben való levitelét (hogy legyen miért a lépcsőn le- és felszaladgálni), és így tovább. Még egyszer: *korlátozniuk szükséges* – nem csupán lehetséges. Ha ez nem elég, akkor az iskolába járást is abba kell hagyni a javulásig. Ha az sem elég, akkor pedig kórházi felvételre kell gondolni. Ilyen egyszerű!

9. Szabály

Ha nem hízik a beteg, akkor a kalóriavesztést szolgáló tevékenységek korlátozása szükséges.

Sok ellenérvet hallottam ezzel kapcsolatban. Sok szülő ugyanis fél korlátozni a testedzését, a mozgását a kórosan sovány gyermeknek. Sok-sok ál-ürügy is szolgálja ezt: hadd biciklizzen még, hátha attól jön meg az étvágya. Csak hát attól is fogy, hogy biciklizik! Eddig akkor miért nem jött meg az étvágya a biciklizéstől? Vagy: hadd menjen el még a táncversenyre vasárnap – igaz, hogy 40 kg, de a társait nem hagyhatja cserben! Hadd járjon még balettra, mert nagy szomorúságot okoznánk neki, ha oda sem járhatna.

A napokban történt: a 13 éves és anorexiás Szilvivel és családjával másodszor találkoztam. Szilvi sokat sportol, táncolni is jár. Az első találkozáson a szokványos ajánlások kerültek elő, majd két héttel ezt követően jöttek újra. Testsúlya tovább csökkent. Kiderült, hogy édesanyja képtelen megállni az evésre való noszogatóst. Vasárnap pedig, hogy ne kelljen miatta a táncpartnereinek károsodniuk, még elengedték táncversenyre.

Addig, ameddig nem tapasztal a beteg következetességet és a határok egyértelmű kijelölését, nem fog változni, erre nagy összegű fogadást lehetne kötni. Mindazonáltal nem úgy értelmezném ezt a helyzetet, hogy a szülők nem jól csinálnak valamit, inkább azt látom, hogy nagyon nehéz változtatni az eddigi rutinon. A lány pedig addig provokálja őket a testsúlyával (nem tudatosan!), amíg azt nem tapasztalja, hogy a szülők következetesen képesek érvényesíteni szülői jogaikat.

Minden ilyen esetben azt mondhatjuk, hogy a fark csóválja a kutyát. A lány azt csinálja, amit a betegség diktál, a szülők pedig félve követik ezt, de nem mernek lényegi beavatkozással élni. Hogyan is van ez? Szívizom-infarktus esetén meg lehet tiltani a betegnek, hogy felkeljen az intenzív osztályon? Egy 35 kg-os lánynak miért ne lehetne megtiltani, hogy felkeljen, vagy ne tornázzon, netán ne járjon iskolába?

A sport remek dolog. A test és lélek nemesítése. Vannak azonban feltételei. Ahogyan az élsportoló futballistát eltiltják a sporttól, ha szívproblémák derülnek ki (ne idézzük fel most az évenként egyszer előforduló haláleseteket a futballpályán), ugyanúgy el *kell* tiltani a testedzéstől azt a *beteg*t, akinek az egészségi állapota ezt nem teszi lehetővé. Márpedig a kóros soványság az alultápláltság miatt szívproblémákkal, a mérszszegénység miatt váratlan törésekkel igenis kockázat. Akkor lehet fokozatosan újra napirendre tűzni a táncot, balettet, sportot, ha egyértelmű javulás van és a lány testsúlya már a normálisához közeli.

Egyik legemlékezetesebb kudarcunk következik. Laura 17 éves volt, két éve anorexiás. Sokat javult, kezelték már. Már csak 2-3 kg hiányzott a normális testsúlyhatárhoz, s a menesze sem jött még meg. Szülei azért hozták, hogy az evészavar-részlegünkön hátha végleges gyógyuláshoz tudjuk segíteni.

Nagy lendülettel hozzáláttunk a családi konzultációkhoz. Laura rendesen ellenállt, ebben semmi meglepő nem volt. Mivel nem hízott, arról beszélünk szüleivel, hogy korlátozni kellene a testmozgást, hiszen még anorexiás, ha nem is életveszélyes állapotban. Kiderült, hogy diszkóba szokott járni, hajnali kettőig. Abban maradtunk, hogy ez bizony most nem lenne jó. Majd ha gyarapodik a súlya, akkor persze mehet.

Legközelebb arról számoltak be, hogy Laura csak eljárt a diszkóba hajnalig, mert a szülők a lányuk zsörtölődése miatt engedtek a nyomásnak és elengedték. Sőt: még elengedték volna tolmácsolni is Franciaországba (francia anyja révén Laura kétnyelvű). Amikor pedig egyszer meglátogattuk őket (a látogatások műfajáról alább külön fejezet szól), akkor az apa nem volt otthon; csak hazatelefonált, hogy megérkeztünk-e már. Előre nem jelezte, hogy nem lesz otthon, különben újabb időpontot egyeztettünk volna.

Mindebből az derült ki számunkra, hogy a szülők kis lépést is nehezen tudnak vállalni a haladás irányában, s mintha nekünk, terapeutáknak lett volna fontosabb, hogy Laura meggyógyuljon. A kezelést itt megszakítottuk – fontos, hogy ez nem holmi sértődés volna a részünkről, hanem a terápiás motiváltság reális felmérése. Ha nagyobb baj lesz, akkor új megállapodás alapján állunk rendelkezésre, de látszattevékenységet nem végzünk. Sokat tanultunk Laura esetéből.

Természetesen nem lehetséges teljes kontrollt biztosítani, azaz hiába marad otthon a lány, ha nagyon akar mozogni, tornázhat otthon, ha egyedül van, vagy éjszaka is megcsinálhat számtalan felülést, amikor szülei az igazak álmát alusszák. A korlátozás sem nélkülözhet bizalmat! El is szoktuk mondani a lányoknak, hogy rövid távon könnyű a szülőket vagy minket becsapni, de hosszú távon saját magukat csapják be.

A következő rutinszerű érv az szokott lenni, hogy akkor mi lesz az iskolával? Néha kifejezetten megdöbbentő, ahogyan a beteg vagy szülei ragaszkodnak az iskolába járáshoz, akkor, amikor életveszélyes állapotban van a lány, 30-35 kg-os testsúllyal. Sajnos, nem tudok kíméletes megoldást, kedves szülők: fontossági sorrendet kell felállítani. Mi a fontosabb? Az iskola, vagy az életben maradás? Na jó, ez demagóg szöveg, mert túlzás lehet – de akkor így tenném fel a kérdést: a krónikus betegségkarrier

elkerülése, vagy az iskolába járás? Ha csak asszisztálunk ahhoz, hogy ne változzanak a dolgok, akkor a betegség krónikussá válását segítjük elő.

De mi lesz, ha annyit hiányzik, hogy évet kell ismételnie? Mi lenne, semmi. Nyelveket tanul, számítógépes ismereteit fejlesztheti, diákévei meghosszabbodnak egy évvel, nem dől össze a világ – mellesleg életben marad. Kellőképpen drámai és hangzatos a következő, iskolásokra érvényes szabály, közhely – viszont a közhelyeknek van egy nagy előnyük: igazak.

10. Szabály

Nem az iskola a fontosabb, hanem az egészség. Ha nem változik a testsúly, akkor az iskolába járás is felfüggesztendő lehet. Ugyanez a testedzésre is vonatkozik. Addig nem kerülhet sor sportolásra, ameddig a testsúly igen alacsony.

Testsúlycélok kitűzése

Ha nem gyarapodik a testsúly, és korlátozásokat szükséges bevezetni a változás megsegítésére, az a legcélszerűbb, ha bizonyos testsúlyhatárokhoz kötik a szülők azt, hogy mikor mehet ismét iskolába, testnevelési órára, balettezni a lányuk. Ez a legmegbízhatóbb mércéje a változásnak. Mint láttuk, semmit nem mond az, mennyit eszik – ez nem objektív mérőeszköz. Szabad azt mondani, hogy ismét mehetsz balettezni, ha eléred a 48 kg-ot. Ha ezt a szülők nem teszik, ellenőrizhetetlenné válik a változás kérdése, minden nyúlik, mint a rétestészta. Ha csak arra hagyatkoznának, hogy jobban eszik a lány, és elkezdenek bízni a tartós változásban, súlyos csalódásokkal kell szembesülniük.

Lehet mondani, hogy ez bizony kőkemény zsarolás. Nem egészen, inkább arról van szó, hogy nemes cél érdekében pozitív feltételeket támasztunk. Ráadásul ez a cél végül is közös, ha a lány is elfogadja, hogy valamennyit híznia kell. Ha nem fogadja el, akkor is híznia kell, mert nem maradhat betegen, csak akkor a szülők veszik át a felelősséget. Ők mondják meg, mi legyen, vagy mi ne legyen.

Ide tartozik még egy javaslat. Nem mindegy ugyanis, hogy kitűzünk valamilyen célsúlyt, aztán egyszer csak egy kg-ot hízik a lány egy nap alatt. A hirtelen ugrás nem

biztos, hogy reális. Másnap gyakran azt látjuk, hogy gondosan visszafogyta ezt az egy kg-ot. Célszerű tehát azt is kitűzni, hogy néhány napig tartsa a célsúlyt a lány, akkor lehet igazán hitelt adni a gyarapodásnak. A szelíd gyanakvás nem árt, ha mögötte azt látja a beteg, hogy igenis, tudatában vagyunk a betegség „trükkjeinek”, és drukkolunk, hogy minél hamarabb tudjon változni. Nem a kákán is csomót kereső, szinte kóros gyanakvást ajánljuk, hanem az anorexiás állapot természetéből adódó, egészséges szkepszist, ami mögött a hosszú távú optimizmus azért jelenjen meg. Azaz: tegyük különbséget a szelíd és a beteges gyanakvás között.

Javaslat: a kitűzött célsúlyt legalább három napig tartania kell a betegnek.

Azt mondjuk például a lánynak: ha három napon át tartani tudod a 44 kg-ot, ismét mehetsz iskolába. Ha viszont 44 kg alá csökken a súlyod, akkor itthon kell maradnod egy hétre legalább, hogy stabilizálódjon a súlygyarapodás.

A testsúlycélok kitűzése csak akkor segít a betegnek, ha következetesen tudjuk képviselni a cél elérését szolgáló változtatásokat. Ha feladjuk az elvünket, megelégszünk kisebb eredménnyel, azonnal felborul a változás menete, ugyanott tartunk, ahol korábban. Nézzünk egy példát: ez is klasszikussá nemesedett kudarcaink egyike.

Franciska 16 éves volt, 36 kg körüli testsúllyal. Hetekig kezeltük evészavar-részlegünkön, keveset javult, de igazából nem volt meggyőző változás. Egy idő után, tekintettel a közelgő ünnepekre, hazaengedtük a hét végére. Amikor visszahozták szülei, mindannyian azt kérték, hogy maradjon még otthon, kissé már jobban eszik (azt, hogy ez nem jelent sokat, még nem egészen tudtuk). Újabb egy hétre elengedtük azzal, hogy legközelebb egy kg-mal legyen több a súlya, ha ezt nem tudja elérni, még kórházban kell maradnia. Ezt el is fogadta a család. Visszajöttek egy hét múlva: 20 dkg hiányzott a célsúlyhoz. Hát akkor itt kell maradni, mondtuk az eredeti megállapodás alapján. Franciska könyörögni kezdett, hogy náthás volt, ezért nem hízott eleget, de már jobb a hangulata és sokkal többet evett. Tényleg többet evett, mondták a szülők; ha lehet, engedjük még haza. Elbizonytalanodtunk kolléganőmmel: tényleg elindult valami, szavazzunk neki bizalmat, hadd menjen el újabb egy hétre. Legközelebb másfél kg-mal volt kevesebb a testsúlya, mint a célsúly.

Komoly leckét kaptunk a következetesség ügyében. Innentől kezdve az lett a gyakorlat, hogy ha egy dekával kevesebb a testsúly a vállalt súlynál, nem tehetünk engedményt, mert a következetlenségre azonnal lecsap az anorexiás kisördög.

Szerződés a beteggel

Legjobb, ha írásos szerződés szentesíti ezeket a célkitűzéseket, vállalásokat. Nagyon jó, igen nemes játék! Arról van ugyanis szó, hogy a szerződés (még ha félig játékosan is, amit azonban nagyon komolyan szoktak venni) a diplomáciai fair-play szabályaira emlékeztetően egyenrangú szerződő féllé emeli a lányt, aki eddig egészen más szereposztáshoz szokott hozzá. Ez a felelősség fejlesztésének kitűnő eszköze.

Javaslat: kössünk írásos szerződést a beteggel arról, mit tud vállalni, s mire számíthat, ha elér bizonyos eredményeket.

Nézzünk egy valós példát a szerződéskötésre. Az alábbi szerződést egyik betegünk, Niki és szülei hozták azután, hogy a szerződések fontosságáról beszéltünk. Sokat csökkentek az evés körüli feszültségek, Niki súlya felfelé halad (súlygörbéjét lásd előbb).

21. kép: Niki szerződése szüleivel

Ide kívánczok egy fontos kérdéskör, a tudatosság az evészavarokban. Mivel az evés tudatos tevékenység is, sokan odáig jutnak el csupán, hogy racionális érvelnek a betegnek: hát nem látod, hogy...? miért csinálod? vegyél erőt magadon! legyen akaraterőd! Mondani persze könnyű. Érzelmi kérdésben viszont a racionális tanácsok mit sem érnek.

Ez a tudatosság azonban nem teljes mértékű. Gondoljunk a következő példára: két napja szomjazik valaki a sivatagban, majd egy oázishoz ér, ahol arra kéri, hogy ne igyon még, legyen türelemmel. Nemigen tudja megállni, annyira hajtja a szomjazás, a létfenntartáshoz szükséges biológiai készlet. Talán tudja néhány percig késleltetni, de nagyobb akaraterő-megnyilvánulásra nem számíthatunk. Valahogy így van ez az evészavarokban is. Részben tudatos az evés, de nagyon erős nyomást fejt ki a betegség

kényszerszerű volta. Erre a részleges tudatosságra azonban szükség van a terápiában: ezt is mozgósítania kell a betegnek. Kicsit erre épül, de mindenképpen több az, ha a felelősséget emeljük ki. Ez magasabb rendű késztetést, etikai-szellemi megközelítést jelent. A felelőségnek engedelmessé nem csupán ösztönszinten tekintünk az evészavarok tüneteire – erről szól a következő alfejezet.

A tudatosság széles skálán mozog. Ennek egyik végén vannak azok a betegségek, amelyekről a beteg nem tehet: ilyen például a tüdőgyulladás, a baleset, vagy a szkizofrénia. A skála másik végén áll a szimuláció: nincs baja a „beteg”-nek, de tudatosan eljátssza, csal. A betegségek többségénél viszont a két szélső pont közötti átmenetekre kell gondolnunk. Ha szorongok, tudatosan kissé mérsékelni tudom a kínzó szorongást, ha például másra koncentrálok. Az evészavaroknál is így van ez.

3.10. A feszültségek szerepe a családban

Az evészavarok sokkal több feszültséggel járnak, mint egy átlagos betegség. Ha valakinek tüdőgyulladása, gyomorfekélye van, műtét után lábadozik, egyértelmű a család szerepe. Támogatniuk kell, segíteni, aggódni és így tovább. Nincsenek a betegre irányuló negatív érzések előtérben. Ha egy tüdőgyulladásban fekvő beteg elégedetlen, indulatos, azt még elviseljük. Az evészavaroknál egészen más a helyzet. A családon belüli feszültségek, indulatok annyira előtérbe kerülnek, hogy az már a betegség központi tényezőjének számít. A feszültségek persze tyúk-tojás problémaként foghatók fel, részben okai, részben következményei a fennálló helyzetnek. A rejtett feszültségek hajlamosítanak pszichoszomatikus tünetek képzésére, amelyek viszont nyílt feszültségekhez vezetnek a tünetek krónikus és a családtagokat befolyásoló volta miatt.

A feszültség szintjére vonatkozóan érdemes eljátszani a következő skálázást: minden családtag saccolja meg, hogy egy 0–100 pontos skálán milyen mértékű az egyes családtagok feszültsége? Gyakori ilyenkor az a válasz, hogy az anyák feszültsége 80–90%, az apáké valamivel kisebb, a betegé 50–60%, a testvére 40–50%. Érdemes aztán ugyanezt a játékos skálázást hetente elvégezni, hogy a tendenciát, a változás irányát meg tudjuk ítélni.

Önmagában nem lenne baj a feszült állapot. Gondoljunk a rajtlázra: az extra teljesítményeket csak megfelelően felajzott állapotban lehet elérni. Lagymatagon, immel-ámmal nem lehet komoly eredményeket kihozni magunkból. A feszültség tehát önmagában nem lenne probléma, annak mértéke viszont már nem közömbös kérdés. Ha túl nagy, akkor gátolhatja a család egészséges működését, sok energia pazarolódhat el.

A pszichoszomatikus tünetek, így az evészavarok tünetei is szoros kapcsolatban állnak a feszültségekkel. Általában a rejtett, apró, hétköznapi emberi feszültségekre reagál a túlérzékeny gyermek valamilyen pszichoszomatikus tünet képzésével. Nem arról van szó, hogy a családi feszültségek lennének az evészavarok „okai”. Nem érdemes itt okon és következményen gondolkodni. Annyit azonban tudunk, hogy a feszültségek szerepet játszanak a tünetek kialakulásában és fennmaradásában. Ezért is érdemes tehát csökkenteni őket, esetleges oki szerepüktől függetlenül.

3.11. A háromszögezés megszüntetése

A családi feszültségek csökkentését célozták az előzőekben leírt étkezési szabályok. Nézzünk egy más típusú, jellegzetes helyzetet. Gyakori az, hogy két családtag vitatkozik egymással, és egy harmadik is beszáll a vitába, esetleg kommentálni próbálja a vitát, vagy – valakinek az oldalán belépve – igazságot próbál szolgáltatni (például a szülők). Ezt a jelenséget háromszögezésnek, triangulációnak hívjuk (lásd a családterápia alapfogalmainak leírásánál is). A trianguláció önmagában szokványos kapcsolati jelenség. Két ember kapcsolatát megerősítheti egy harmadiknak a helyeslése, elfogadása. Ha például egy lakatlan szigeten élne egy boldog szerelmespár, néhány hét múlva valószínűleg egymás torkának esnének. Ha viszont egy harmadik személy tükrében láthatják magukat, kapcsolatukat, a harmadik személy elfogadó magatartása segíti a kapcsolat stabilizálódását. Ez tehát a pozitív oldala a háromszögezésnek. Igen gyakori viszont az, hogy a vitákban történő háromszögezés további problémákat generál. Nézzünk egy gyakori helyzetet!

Ha két testvér veszekszik, a szülő ezt nehezen viseli, igyekszik beleszólni a vitába, igazságot szolgáltatni, rendet teremteni. Hosszú távon mind a hárman rosszul járnak. Rövid távon is csak az a testvér jár jól, akinek az oldalán belépett a szülő. Akivel szemben viszont igazságot szolgáltatott, az rosszul fogja érezni magát. Úgy fogja

megélni a helyzetet, hogy ketten összefogtak ellene. Az a testvér viszont, akinek az oldalán beszállt a szülő a vitába, nem tanulja meg tisztességesen elrendezni a konfliktusokat a testvérével.

A szülők gyakran valamilyen féltés okán igyekeznek beszállni a gyermeki konfliktusba. Félnek, hogy a nagyobbik, durva testvér nagyon elpáholja a kicsit. Ugyanakkor nem veszik figyelembe például azt, hogy a gyerekek sokszor órákig együtt vannak szülői felügyelet nélkül (például amikor a szülők még nem érkeztek haza a munkából), és csodák csodája: ebben az időszakban soha vagy általában nem történik nagyobb botrány. Miért van az, hogy a szülők hazaérkezése után szoktak a viszályok felerősödni? Igen gyakran azért, mert a szülők beavatkoznak a konfliktusba, azaz háromszögeznek. A gyermekek vágya, hogy a szülőket maguk mellé állítsák, ősi késztetés. Ha a szülő „vevő” erre, a mechanizmus fennmaradhat.

Az előzőekből az következik, hogy háromszögezés esetén a következőket érdemes kipróbálni. Két családtag konfliktusába ne avatkozzon be egy harmadik, maradjon ki belőle. Bízson abban, hogy a másik két családtag (például a gyerekek) meg tudják oldani konfliktusaikat. Adjunk esélyt erre. Ha valamelyikük segítséget kér, akkor mondhatjuk azt, hogy oldjátok meg egymás között, beszéljétek meg, hogyan legyen, melyik tévécsatornát nézzétek, melyik játékkal játszatok, ki használhassa az internetet és így tovább. Határozzuk el: csak akkor avatkozunk be, ha már vér folyik a küszöb alól. Erre természetesen soha nem kerül sor, lásd az előző példát: a vitázó családtagok is sokat vannak egyedül, szülői vagy egyéb felügyelet nélkül, és akkor meg tudják oldani konfliktusukat. Illusztrációként álljon itt egy példa.

Egy fiatal édesanya panaszolta, hogy 9 és 11 éves leánygyermekai egész életükben utálták egymást, folyton veszekszenek. Ő nem bírván a feszültséget, igyekszik rendet teremteni, általában a nagyobbiknak szól, hogy hagyja békén a kisebbet, több esze van, ő a nagyobb. Ebből persze a kicsi megtanulta, hogy elég a felmentő sereg után kiabálnia, jön az édesanya, aki rendet teremt – és neki segít. A nagyobbik pedig azt tanulja meg ebből a menetrendből, hogy ő a rossz gyerek. Amikor ezeknek a konfliktusoknak a természetéről beszéltünk, végül az anya el tudta azt fogadni, hogy ne avatkozzon be a gyermekek konfliktusába, hanem nyugodtan tegye a dolgát a konyhában, nézze a tévét, vagy akár csak füttyörésszen. Mondja nekik azt, hogy

egyezzetek meg egymással, oldjátok meg ezt a vitás helyzetet, engem hagyjatok békén. Amikor életében először ezt megtette, másnap bekövetkezett az, amire a családban még nem volt példa: a nagyobbik lány mesét olvasott a kicsinek, aki egy széken ülve feszülten hallgatta.

Egy másik példa:

A 15 éves, rossz magaviseletű, néha drogozó fiú rendszeresen veszekedett 13 éves öccsével, aki a család kedvence volt. A kicsi megtanulta azt, hogyha a bátyja nekiesett, csak el kellett kezdenie kiabálni az apjuk után, aki persze dühösen a helyszínre érkezett, és rendszeresen úgy próbált igazságot tenni, hogy a nagyobbik fiút igyekezett jobb belátásra téríteni. Ez az édesapa legközelebbi találkozásunkkor aztán elmondta, hogy kipróbálta azt, hogy ne szóljon bele a gyerekek vitájába. Amikor a fiúk szobája felől a szokásos kiáltás hallatszott – a kisfiú kiabált az apja után segítségért –, az apa, bár nehezebbre esett, nem ment be az eddigi forgatókönyvnek megfelelően igazságot szolgáltatni, és legnagyobb meglepetésére a kiabálás fél perc után abbamaradt, majd nevetés hallatszott a fiúk szobájából.

Óriási változásokat képes előidézni egy család vagy akár egy szervezet életében az, ha a triangulációnak ezt a szerepét felismerjük. Rengeteg feszültséget tudunk megtakarítani, világosabb viszonyokat tudunk teremteni a családban, lehetőséget biztosítunk a gyengének hitt családtagok számára, hogy önállóan legyenek képesek működni nehezebb helyzetekben is. Ez tehát a bizalom jele, nem pedig arról van szó, hogy a szülő közömbösen háttal fordít a családi feszültségeknek. Inkább úgy kell felfogni ezt a helyzetet, hogy esélyt adunk a családtagoknak, oldják meg a problémáikat. Egy 3 éves gyereknek is vannak eszközei a 15 éves bátyjával szemben. Jól tudja, hogyan lehet felbosszantani a bátyját, a kicsit pedig nem kell féltetni: a nagyobbak nem okoznak súlyos károsodást.

Javaslat: gondoljuk át, milyen háromszögezések vannak a családban. Ha találunk ilyeneket, hagyjunk fel vele. Adjuk meg az esélyt a vitázó családtagoknak, hogy képesek legyenek egymás között megoldani konfliktusukat.

3.12. A kölcsönös kérések módszere

A feszültségek csökkentése minden család elemei érdeke – ha ráadásul olyan betegség van jelen a családban, amely függ a lelki feszültségektől, akkor még nagyobb a jelentősége ennek a feladatnak. A családtagok idegesek, türelmetlenek, indulatosak – ilyen helyzetben még nehezebb a szükséges kompromisszumok megtalálása.

Van egy egyszerű módja az otthoni feszültségek csökkentésének: *meg kell tanulni kérni egymástól*. Világos, hogy eddig is kértek a családtagok egymástól ezt-azt – ez azonban nem mindig vezetett eredményre. Miért nem? Több oka is lehet ennek. Az egyik az, hogy a szokásos otthoni kérések gyakran indulattal telítettek: mikor viszed már ki végre a szemetet? nincs annyi eszed, hogy rácsavard a kupakot a fogkrémes tubusra? Az előző, gúnyos kérdésbe ágyazott példák mellett egy másik rossz változat: nagyon szépen megkérlek, hogy szíveskedj már végre kivinni a szemetet! A fojtott indulat időzített bombaként működik – nemsokára háromszor verik el ezt a szülön, mint Ludas Matyi Döbrögin. A rejtett vagy nyilvánvaló indulat mellett sokkal jobb eredményt, azaz viselkedésváltozást érhetünk el a családtagunknál, ha az agresszivitás helyett nyíltan, határozottan és következetesen lépünk fel.

Gyakori, hogy nem is kérések formájában intézzük a családtagunkhoz kívánságunkat, hanem elvárásként vagy személytelen formában. Mivel nem világos, hogy mit is akar a megszólaló, kitől kér és mikor, bizonytalan a teljesítés. Ez aztán újabb viták forrása. Példa: valaki behozhatná a szemüvegemet! már megint senki nem mosogatott el! Szomjas vagyok – sóhajt a fáradt szülő a fotelben. Kinek is kellene ugrania? A gyermeknek? A házastársnak?

Ha a családtagok megtanulnak egymástól kérni, csodák történhetnek (lásd a korábban már említett lavina-effektust). Ha megteszek egy gesztust egy családtagnak, azt visszakapom tőle, s minden egyre jobbra kezd válni.

A feszültségek csökkentésének kitűnő módja a kölcsönös kérések módszere. Ezt a feladatot a következő formában érdemes végrehajtani: mindenki kérjen a másik családtagtól valamit. Ez négytagú család esetén négyszer három, azaz tizenkét kérés, és

így mindenki mindenkitől kért valamit. A kéréseknek a következő szabályoknak kell megfelelniük:

- *Legyen a kérés kölcsönös!* Ez azzal teljesül is, ha mindenki kér mindenkitől. Ha ez nem így lenne, felborulna az egyensúly. Így például a szülőknek is kérniük kell egymástól valamit, akkor is, ha a gyermekükkel van a baj. Mondhatnák, hogy miért kell nekik egymástól valamit kérni, hiszen nekik semmi bajuk. Csakhogy a gyermekek árgus szemekkel fogják figyelni, hogy szüleik vajon elvégzik-e a vállalt feladatokat. A szülők tehát modellként, mintaként szolgálnak. Az emberi tanulás egyik legfontosabb formája a modellkövetés.
- *A kérés legyen mérhető és konkrét, sohase általános!* Kérhetünk valamit, amit szeretnénk, hogy a másik megtegyen, kérhetünk olyasmit, hogy mit ne tegyen – ne szaxofonozzon például este kilenc után (egy angol vicc szerint úriember az, aki tud szaxofonozni, de nem teszi). Ha minden tökéletes a másikban és nincs mit kérnünk, kérhetünk egy játékos apróságot, például álljon fejen egy percig naponta. Továbbá: a kérés egy adott viselkedésre vonatkozzon, ne pedig egy tulajdonság megváltozására. Ezt látják be a szülők a legnehezebben: általában tulajdonságokat kérnek, ez pedig zátonyra szokott futni, mert a távolság ködébe vesző változást nem lehet teljesíteni. A „légy szorgalmas”, „legyél pontosabb”, „szeresd jobban nagymamád” típusú kérések helyett célszerűbb olyasmit kérni, mint: naponta tanulj félórát németül, minden reggel legkésőbb fél nyolckor indulj el az iskolába, hetente egyszer menj el nagymamához stb.
- Ugyancsak *fontos a megvalósíthatóság!* A kérés ne legyen túl egyszerűen teljesíthető. Kérjünk minél nagyobbat, de ne lehetlent. Azzal csak visszautasítást váltanánk ki, ami senkinek sem jó. Néha persze az a tudattalan célja a lehetetlen dolgok kérésének, hogy sopánkodhassunk és mutogathassunk a másokra: hiába kérek akármit, úgysem teljesíti.
- Ha nagyon sokat kértek, *szabad alkudni!* Ha például azt kéri a gyermek az anyjától, hogy naponta félórát tornázzon, ez a semmihez képest nagy ugrás lenne, komoly izomlázveszéllyel. Ekkor mondhatja az anya, hogy csak heti három alkalmat tudok vállalni. Ha ez így megfelelő, rendben van, ha viszont nem elég a kérést megfogalmazó személynek a lealkudott gyakoriság, mást kell kérnie.
- *Legyen vétőjoga annak, akitől kérnek!* Meg sem kell magyaráznia, hogy miért nem tudja vállalni a kérés teljesítését. Elég annyit mondania, hogy sajnós, ezt nem tudom

most vállalni. Ne legyen ebből sértődés. Mászt kell kérni, lehet, hogy csak az ötödik kérést tudja vállalni a családtag. Előbb-utóbb azonban valamit vállalnia kell mindenkinek. Ebből a szempontból is egyenlők a családtagok, a legkisebb gyermeknek is lehet vétőjoga. Kényszerből senki ne vállaljon semmit.

- *Magunknak kérjünk*, ne egy másik családtagnak akarjunk jót! Legyünk most önzők egy kicsit! Ne azt kérje az anya a férjétől, hogy segítsen a lányuknak a matektanulásban, hanem saját magának gondoljon ki valamit. Közvetlen legyen tehát a kérés, ne kapcsoljunk be még egy családtagot (lásd: háromszögezés).
- A kérés *rendszeres, ismétlődő tevékenységre* vonatkozzon, ne egyszeri „ajándékra”! Legalább hetente, még inkább hetente 2-3-szor, vagy naponta ismétlődő teendőről legyen szó. Nem megoldás az, hogy a gyermek biciklit kér az apjától – kérjen hetente egy biciklit... Akkor lenne jó a kérés – hogy aztán mit vállal az apa, más kérdés: mint láttuk, vétőjog is van.
- *Csak azt szabad vállalni, amit 99%-os valószínűséggel meg is tudok valósítani!* Ne vállaljunk lelkesedésünkben túl sokat. Apró lépések elegendők. Különbö mindenki csalódik: aki nem teljesítette a kérést, magában csalódik, ürügyeket gyárt és büntudata lesz; akinek pedig nem tették meg ezt a kis szívességet, fájni fog a dolog. Az, hogy na jó, nem bánom: 10%-ban fog teljesülni. Az, hogy megpróbálom: 30%-os teljesítési valószínűség. Az, hogy lehetséges: 50%. Az, hogy megteszek minden tölem telhetőt: 70%. Az, hogy megígérem: 80%. Az, hogy vállalom: 99%! Csak ha baleset ér vagy ehhez hasonló vis major történik, akkor kaphatok felmentést. Egyébként jogos a szemrehányás.
- Ha valaki azt tapasztalja, hogy egy családtagja nem teljesíti a vállalását vele szemben, ne feltétlenül emlékeztesse erre, de jegyezze fel magának, hogy később meg lehessen beszélni, milyen arányban sikerült a kérést teljesíteni. Ennek ellenére a nem teljesítő családtaggal szemben saját vállalásunkat végig kell csinálnunk – *ne legyen a bosszú eszköze a vállalásunk nem teljesítése*, legyen független attól, hogy a partner teljesíti-e a kérésünket vagy sem.
- Ne törődjünk bele abba, hogy valaki nem tud mit kérni a másiktól. Ez súlyos sértés lenne. Az üzenet ennek az lenne: nem tiszteli meg őt a családtag azzal, hogy kér valamit tőle, vagy dacol vele és nem hajlandó azon gondolkodni, mit is szeretne tőle kérni. Ne feledjük: apró játékok is gesztusértékűek. Nem feltétlenül kell nagy dolgot kérnünk.

Sokan mesterkéltnek érzik a feladatokat, a teljesítésük közben azonban inkább a játékosság jön elő. A mesterkélttség néhány napon belül – amikor mindenki rájön, hogy megéri teljesíteni a kérést, mert ő is kap viszonzást – eltűnik.

A kölcsönös kérések vég nélkül folytathatók, érdemes például hétvégeken vagy havonta egyszer összeülnie a családnak, és eltölteni egy félórát ezekkel. Még írásba is foglalhatók a kérések, a legkisebb családtag szokott lenni az íródeák. Újabban egyre gyakrabban fordul elő, hogy a család egyik számítógépbarát tagja táblázatos formában megszerkeszti a kölcsönös kéréseket, s a papírt kiteszik a hűtőszekrény ajtajára.

Javaslat: próbálja meg a család a kölcsönös kérések játékát. Hetente értékelni kell a vállalások teljesítését. Ekkor mindegyik családtag elmondja, hány százalékban látta teljesülni kéréseit. Ha nem volt sikeres egy-egy családtag között a teljesítés, új kérések szükségesek.

Egyszerű a feladat, mindenki jól jár, mellékhatások sincsenek! Vannak családok, ahol nem működik a módszer – ez azonban kivétel nélkül alapvető belső feszültségekre utalt. Ha túl nagyok a feszültségek, és le sem tudnak ülni egymással a családtagok, hogy kérjenek egymástól, akkor a kommunikációs zavar a családon belül már nagyon nagy.

Sokszor előfordult, hogy csak a beteg lány kért mindenkitől és tőle kértek a többiek. Ez viszont azt jelenti, hogy a család közepe lesz a lány – igaz, betegsége miatt eddig is az volt. Nem előnyös! Úgy lehet egészségesebb kapcsolatrendszerteremtést a családban, ha senki nincs olyan kitüntetett helyzetben, hogy körülötte forogjon a világ. Az is gyakori, hogy mindenki megteszi vállalását többé-kevésbé, de a szülők nem csinálták meg, amit a házastársuk kért. Ha ezt látjuk, a házastársak közötti kommunikációs zavarról van szó. A gyermekek pedig erre hiperérzékenyek. Mondhatja persze a két szülő, hogy a gyerekünk a beteg, mi szükség van arra, hogy a szülőket gyötörjék ilyen ostobaságokkal? Két fontos érvem van arra, hogy miért van erre szükség. Az első az, hogy az összecsaládi egyensúly megbomlik, ha a valamelyik ponton nem működik a játék, felbillen a mérleg. A másik az, hogy a gyermekek a szemük sarkából figyelik, hogy a szülők komolyan veszik-e a játékot. Ha nem látják ennek a bizonyosságát, ők sem hajtják végre vállalásaikat becsületesen. Minden elhanyaglik, aztán marad a régiben a

feszültség szintje is. A szülőknek tehát igen erős *modellszerepük* van. A mintakövetés, azaz modelltanulás az emberi tanulás egyik leghatékonyabb formája. Ez az a pont többek közt, amikor is a szülők nem hivatkozhatnak arra, hogy hagyják őket békén, mert nekik semmi bajuk sincs, a gyerek a beteg. Valóban nincs bajuk, szerencsére; azonban úgy tudnak a legtöbbet segíteni, ha beszállnak a kölcsönös játékba, megtisztelik családtagjaikat azzal, hogy részesei lesznek a közös mókának.

3.13. Hogyan kommunikáljunk feszültségmentesen?

A hatékony emberi kommunikáció minden kapcsolatban nagyon fontos. Természetes az a törekvés, hogy mindenki érvényesíteni akarja az akaratát. Az önérvényesítő viselkedés szempontjából többféle típust különíthetünk el, melyek áttekintése igen hasznosnak tűnik a családi feszültségek megértése és a személyiség fejlesztése szempontjából is. A kommunikáció fejlesztését ma már rengeteg szakember űzi hivatásszerűen; a politikusokat és a menedzsereket segítő ún. PR tanácsadók ma már megszokottak. Hogy egy régi példát is idézzünk: az 1960-as amerikai elnökválasztást Kennedy azért nyerte meg, mert a tévéből egy nagyon jól kommunikáló, vonzó fiatalembert ismertek meg a nézők. Ugyanakkor ellenfele, Richard Nixon dadogott és izzadt, amire az emberek évekkel később is emlékeztek, a közvélemény-kutatások szerint. Az, hogy Nixon egyébként igen okos ember volt, nem derült ki a tévénézők számára. Nyolc évvel később, amikor Nixon újra versenybe szállt az elnöki székért – és végül el is nyerte azt –, már igen komoly tréningekkel készítették fel a feladatra. Például sajtóértekezletet szimuláltak, ahol a legdurvább kérdéseket tették fel a játékban részt vevő emberek: ezek szándékosan sértő, durva kérdések voltak, egészen az édesanya szexuális életéig bezárólag. Mindezekre frappánsan és gyorsan kellett válaszolnia, természetesen előre gyártott sablonok és betanult viselkedéselemek alapján. Például: el kellett utasítania a kérdést vagy valamilyen humoros fordulattal kellett reagálnia, esetleg haladékot kellett kérnie és így tovább. Fontos volt viszont, hogy semmitől nem jöhetett zavarba.

Az önérvényesítő viselkedés személyiségünk tanulható részterülete. Senki nem születik úgy, hogy könnyedén érvényesíteni tudja az akaratát. A kisgyerekeknek még kevés eszköze van, leginkább a dac, a toporzékolás, a sírás. A nagyobb gyerekek már más megoldásokat is kitanulnak: a hízelkedést, a büntudatkeltés stb. Gondoljunk csak saját magunkra: felnőtt fejjel mit csinálunk, ha el akarunk érni valamit? Mi is ugyanezeket az

ősregi trükköket alkalmazzuk. Meg lehet azonban tanulni hátsó szándék nélkül, határozottan és magabiztosan érvényesíteni akaratunkat. Ez persze minden ember vágya lehet. Az erre irányuló tréningek, készségfejlesztő gyakorlatok kicsit olyanok, mint a színészmesterség fortélyai. A csoportfoglalkozások során rövid jeleneteket próbálunk el, ezeket videóra rögzítjük, majd az egy-két perces jeleneteket – akár másodpercenként megállítva – visszanezzük, és ötleteket gyártunk, miként lehetett volna más megoldást találni egy-egy konfliktus megoldására, a hatékonyabb önérvényesítésre. Nagyon jó és igen kreatív játék ez, mely játékosan fejleszti azokat a készségeket, amelyekre mindenkinek szüksége van.

Miért fontos mindez a családi élet szempontjából? Leginkább azért, mert az evészavaros gyermekek nehezen tudják igazán érvényesíteni az akaratukat, hitelesen kifejezni az érzelmeiket, és feszültségek nélkül elérni azt, amit igazán akarnak. Ebben szeretnénk a következőkben némi segítséget nyújtani. Az evészavarosok – sőt, általában a pszichoszomatikus zavarban szenvedő betegek – nem tudják szavakba önteni, megfogalmazni rossz érzéseiket és szorongásaik forrását. Más módon kommunikálnak, s ez a tünetek nyelve, a szervbeszéd. Ebből következik: ha megtanulják szóban kifejezni nyűgeiket, akkor nem lesz szüksége a tünetekbe kódolt üzenetekre.

Az önérvényesítés szempontjából négy típusra oszthatjuk az emberi viselkedést.

- A *passzív* ember önmagát könnyen aláveti mások akaratának, meghunyászkodó, nem tudja elérni azt, amit szeretne, inkább visszavonul, gátolt, félszeg, szorongó stb. Természetes, hogy nem ér el célt. Hogyan kommunikál a passzív ember? Fejét lehajtja, szemét lesüti, halkán beszél, motyog, beszédében zavarjelek vannak, elakad, szavakat ismételi, túl hosszú szünetet tart és így tovább. Kezeivel idegesen babrál, egyik lábáról a másikra áll, testtartása görnyedt. Ha végigvesszük a különböző kommunikációs csatornákat (a mimika, a mozgások, a tekintet, a tartás, a hangerő és a hangszín, a távolságszabályozás, a gesztusok stb.), akkor mindegyik kommunikációs csatornának megfelelően jól le tudjuk írni a passzív ember viselkedési sajátosságait.
- Az *agresszív* ember ezzel szemben hangosan beszél, szúrósan tekint a másokra, hátraveti a fejét vagy ökölbe szorítja a kezét és hadonászik, fenyegető mozdulatokat tesz, támadóállásban áll meg velünk szemben és így tovább. A kommunikációs csatornákat végignézve pontosan az előző típusra jellemző vonások ellentettjét

tapasztaljuk. Az így viselkedő ember esetleg el tudja érni azt, amit szeretne, de hosszabb távon ez biztosan nem térül meg neki. Feszültségeket kelt a környezetében, hosszú távon szembeszállnak vele, ellenállnak, nem teljesítik kéréseit úgy, ahogy szeretné. Gondoljunk csak egy durva főnökre.

- A harmadik típus a *közvetetten agresszív* ember. Tulajdonképpen ő is agresszív, csak az agresszivitás rejtett formáját használja. Előszertettel kelt büntudatot, lelkiismeret-furdalást a másokban. Jellemző rá a manipulatív magatartás, a hátsó szándékok, a gúny, az ironia, mártírviselkedés, a szemrehányás, a büntudatkeltés, a célozgatás, azaz minden olyan viselkedésem, amely nem nyíltan akarja a másikat a földre döngölni, hanem valamilyen kerülő úton igyekszik rossz érzést kelteni benne. Nagy indulatokat gerjeszthet ez a viselkedés a fogadóban – mondani sem kell, hogy ez a viselkedéstípus sem sikeres.
- A negyedik viselkedéstípus az, amelyre célszerű törekednünk. Ez az *asszertív* viselkedés. Mi az asszertivitás? Az önérvényesítésnek az a formája, amelyben határozottan és magabiztosan érzük el azt, amit akarunk, anélkül, hogy megsértenénk a másikat. Az asszertivitás tehát olyan magabiztos önérvényesítés, amely nem jár együtt agresszivitással. Ez a lényeg, mert ha egy kevés agresszivitás is vegyül a viselkedésünkbe, akkor erre a nagyon érzékeny fogadó fél viszontagresszióval válaszol. Vegyük sorra a határozott, magabiztos (asszertív) módon viselkedő ember kommunikációjának a jellemzőit. Közepes, nyugodt hangerő, egyenletes, folyamatos beszéd zavarjelek nélkül, egyenes, nyugodt testtartás, egyenes fejtartás, nyílt és derűs tekintet, a szemkontaktus tartása, nyugodt és határozott mozdulatok, nyílt gesztusok (a nyitott tenyérrel operáló gesztusok azt jelentik, hogy nincs támadó szándékunk; gondoljunk csak arra, hogy a kéznyújtás szokása onnan ered, hogy annak idején demonstrálnunk kellett, hogy nincs fegyver a kezünkben).

Minden embernek vannak az önérvényesítéssel kapcsolatos jogai. Ezek az úgynevezett *asszertív jogok*. Nézzünk egy ilyen listát:

- Jogod van ahhoz, hogy önmagad dönts viselkedésed, gondolataid és érzéseid felől, és felelősséget vállalj a következményekért.
- Jogod van ahhoz, hogy ne indokold meg a cselekedeteidet.

- Jogod van ahhoz, hogy eldöntsd, felelős vagy-e más emberek problémáinak megoldásában.
- Jogod van ahhoz, hogy megváltoztasd a véleményedet.
- Jogod van ahhoz, hogy hibát kövess el – és vállald a következményeket.
- Jogod van ahhoz, hogy azt mondd: „nem tudom”.
- Jogod van ahhoz, hogy mások jó szándékától függetlenül magad birkózz meg a problémáiddal.
- Jogod van ahhoz, hogy ne logikusan dönts.
- Jogod van ahhoz, hogy azt mondd: „nem értem”.
- Jogod van ahhoz, hogy azt mondd: „nem érdekel”.
- Jogod van ahhoz, hogy nemet mondj anélkül, hogy büntudatot éreznél.

Az asszertivitáshoz szorosan hozzátartozik a hiteles érzelmkifejezés. Az evészavarban szenvedők erre meglepő módon nem mindig képesek. Visszafogottak, ügyetlenül kommunikálnak, nem tudják kifejezni érzéseiket és mások érzéseiben is nehezen olvasnak. Ez a képesség azonban jól fejleszthető.

El kell különítenünk az agresszivitást az indulatok őszinte és hiteles kifejezésétől. Mondhatjuk például azt, hogy nagyon dühösnek érzem magam, nagyon mérges voltam, hogy elkéstél a moziból, zavarban érzem magam, mert nem kaptam elég segítséget, vagy valami nem tetszik. Ha egyes szám első személyben fogalmazom meg azt, ami lejajlik bennem, akkor az érzéseim hiteles kifejezéséről van szó. Ha viszont egyes szám második személyben szólok a másikhöz, abból vádaskodás, szemrehányás, indulat lesz. Ez az, amit kerülni kell. Nézzük a különbséget a kétféle típusmondat között:

- Nagyon mérges voltam rád, mert késtél a moziból, és nem tudtam, mi van veled.
- Te mindig mindenholnan elkésel.

Az első mondatban nyíltan kifejeztem érzéseimet, nem kell szégyellni azt, hogy indulatok gerjedtek bennem. Ez nem támadást jelent, hanem az érzéseim kifejezését. A második változatban már direkt támadás, minősítés van, ami kerülendő.

A megfelelő kifejezési módokat nagyon jól lehet gyakorolni. Ki lehet tűzni például egy olyan feladatot, hogy minden családtag írjon fel hetente két helyzetet saját magának egy papírlapra, amelyben úgy tudta megvalósítani az akaratát, hogy nem sértette meg a másikat. Ez különösen akkor fontos, amikor a szülők abba a hibába esnek, hogy csak követelnek a gyerektől. Szabad kérni is a gyerektől, a szülő-gyermek hierarchia állandó hangsúlyozása ugyanis inkább dacot ébreszt a gyerekekben. Ha udvarias kéréssel fordulunk hozzá, az nagyon megtérül. Ugyanígy rendkívül fontos az is, hogy a gyermekek tőlünk is merjenek kérni apró gesztusokat. És mi is tehetünk nekik szívességet, például behozzuk kedvenc folyóiratukat a szobájukba, üdítőt hozunk nekik a konyhából és így tovább. Ezek a szívességek sokszorosán megtérülnek, hiszen az apró gesztusok jelentik a mindennapi kommunikáció szövetét.

3.14. A jó és rossz veszekedés

A viták nem mindig ártalmasak. Ha két ember véleménye különbözik, s mindkettő érvényesíteni akarja a saját óhaját, törvényszerű, hogy feszültség és vita keletkezik. Aztán tisztázódik a dolog, valamilyen megoldás alakul ki, s megy tovább az élet a maga medrében. Vannak jó és rossz veszekedések. Az előzőek valamilyen vitás kérdés tisztázására irányulnak, változásra, pozitív kimenetelre törekszenek. A rossz veszekedések a másiknak okozott sértést tekintik fő céljuknak. Nézzük a veszekedések anatómiáját.

Szokványos rossz formájukban veszekedések a következőképpen zajlanak, egy jellegzetes típust kövessünk végig a veszekedés gondolatmenetének megfelelően:

- Nem tekerted rá a fogkrémes tubusra a tetejét.
- Tegnap se tekerted rá.
- Mindig elfelejtetted.
- Soha nem törődsz azzal, hogy mi van a fürdőszobában.
- Trehány vagy.
- Persze, volt kitől örökölni: anyád/apád is ilyen.
- Mit is várhatnánk tőle, hiszen az egész családja/fajtája is ilyen volt.

Nézzük ennek anatómiáját. Kezdődik egy most tapasztalt hiányossággal. A következő lépésben belép a múlt: már tegnap se, aztán megyünk vissza az időben, egészen az egész

vérvonalig. Mint a lavina, görög az egyik irányba az egész. Általánosítások következnek: a trehányás általános személyiségvonása jelenik meg.

Ne gondolják a szülők, hogy a gyermek ettől meg fog változni! Egy kicsit behúzza nyakát, de másnap megint elfelejti, hogy rá kellene tekerni a tubusra a kupakot. A szidás, szemrehányás fordítva sül el. Miért? Valószínűleg azért, mert a szemrehányás agresszivitást jelent, amire pedig – örök törvény – viszontagresszióval szokás válaszolni. S persze, a gyermek is megtalálja a módját agresszivitása kifejezésének. Feltehetőleg rejtett agresszióval válaszol, erre a „legjobb” a dac. A passzív ellenállás. Nem tudja megmondani, hogy sérti őt a szülői indulat, hanem csendben megtorpedózza azt, amit a szülő szeretne.

Hogyan fest a jó veszekedés? A következők jellemzik:

- a vitázó felek kimondják, hogy mi nem tetszik nekik, megfogalmazzák a problémájukat: ez az én-közlés, amelyet fentebb már láttunk – ami nyíltságot, hitelességet jelez;
- az adott, a jelenben tapasztalt viselkedést kritizáljuk, ha a múlt előkerül, az egész kudarcra van ítélve – azaz a veszekedés legyen a jelen problémára vonatkozó;
- a vita során a felek törekedjenek konstruktív, a jövőbeni változásra törekvő megoldásra.
- a vita során ne sértsük meg a másikat, minősítéseket ne használjunk. Csak az érintett viselkedésformát kritizáljuk, ne a partner egész személyét.

Szabad tehát veszekedni, de próbáljunk meg konstruktívan, változásra orientáltan vitázni! Mindenki jobban jár.

Ide tartozik még egy divatos, de igen értékes elv: a *pozitív gondolkodás* fontossága. Hajlamosak vagyunk negatív színben látni dolgokat, keveset dicsérünk, mogorva ábrázattal járunk-kelünk. Pedig milyen egyszerű lehetne változtatni a beállítódásunkon, s a közhelyszerűen emlegetett példa szerint a fél pohár vizet nem félig üresnek, hanem félig telinek látni. Vagy megtanulni újra megdicsérni egymást – ne csak a mézeshetek és a kisgyermekkor jellemzője legyen a dicséret, hanem kerüljön át az életszakaszok változásain is, lengjék be a pozitívumok és a dicséret az élet teljes tartamát.

Lehet ezt gyakorolni is, lásd a következő javaslatban megfogalmazott feladatot!

Javaslat: minden nap írjanak fel a családtagok egy papírra két apró pozitívumot, örömet. Ilyen apróságok elegendőek, hogy: kedves köszönt nekem a postás, vagy: öt percre kisütött a nap, vagy: kellemes gitárzenét hallottam az utcán az egyik ablak alatt, és így tovább. Ne nagy dolgokra gondoljanak, apróságokból áll az élet! Azokban kell észrevenni a pozitívumot. Szabad egymástól kapott dicséreteket is felírni.

3.15. A gondolatolvasás

Sok pszichiáternek, de gyermekgyógyásznak is feltűnik, hogy az anyák – általában rájuk jellemző kommunikációs jelzés ez – többes szám első személyben beszélnek gyermekükkel kapcsolatban. Ennek néha kifejezetten humoros következményei is vannak:

- a múlt héten nem híztunk...
- nem mentünk iskolába, mert lázasak voltunk...

Vagy az egyik legfurcsább példa, éjszakai ágybavizelő gyermekekről:

- a héten nem pisiltünk be...

És a csúcs – egy aggódó édesapa mondta javuló anorexiás lányáról:

- ... hát a *menzesünk* még nem jött meg...

Ezen persze jót mulattunk, vigyázat: nem kinevetésről van szó, hanem *együtt nevetés*ről. (Ez a humor eszközként való felhasználásának a lényege a pszichoterápia során.) Meg lehet ragadni a humoros oldalát ezeknek a hétköznapi jelenségeknek. Nem kell félni a humortól! Néha óriási nevetések (egész pontosan: röhögések) hallatszanak a terápiás szobából. Nehéz dolgokon is lehet nevetni. A nevetés erőt ad, segít más oldalról látni komoly problémákat. Kitűnő humorú lányok, testvérek és szülők szoktak megfordulni a konzultációinkon.

Volt olyan édesanya, aki, amikor felfigyeltem a többes szám első személy használatára, azt mondta, hogy ő nem szokott ilyen fordulatot használni a lányával kapcsolatban. A mellette ülő apa viszont buzgón bólogatott. Amikor ugyanazon a megbeszélésen harmadszor is előfordult a többes szám a lányról beszélve, az édesanya is elgondolkodott: lehet a dologban valami.

Nem hibáról, vagy üldözendő jelenségről van szó, csupán jelzésről, amin viszont megéri két percet gondolkodni. Az együvé tartozás, szoros kapcsolat jelzése az ilyen szóhasználat, az anyai szereteten alapszik – miért kellene ebbe belekötnünk? Semmi baj nincs, csak hát a felnövekvő lánynak nagyon fontossá kezd válni a felnőttesség, az önálló válás. Ilyenkor túlérzékeny lehet a hasonló jelzésekre. S ha ezt figyelembe tudja venni a szülő, segíti a leválás zökkenőmentes alakulását. A többes szám első személy használata azt jelzi, hogy a szülő még nem tudja önállóan tekinteni gyermekét.

Lehet, hogy gumicsonton rágódásnak tűnik ez a fejtegetés a kedves olvasó számára. Ad absurdum: attól gyógyul meg a gyermekem, ha nem használok többes szám első személyt?! kérdezheti az olvasó. Nem önmagában ettől, de az autonómiatörekvések hasonló célzatú megsegítésétől lehet, hogy igen! Javaslom, hogy kérdezzék meg a szülők a gyermeküket, zavarja-e őket az, ha többes szám első személyben beszélnek róluk?

Ugyanez a kategória a gondolatolvasás jelensége, amelyről a családterápia alapfogalmainak kapcsán már volt szó. Ez azt jelenti, hogy egymás szavába vágva beszélnek a családtagok, az egyik meg van győződve arról, hogy tudja, mit gondol, mit akar a másik, meg sem kérdezik a véleményét. Például egy vendégségben megkérdik a hatéves gyermeket: Pistike, szereted a tejbegrízt? Mire a mama válaszol: Pistike nem szereti a tejbegrízt. Álljon meg a menet: hadd mondja meg Pistike, hogy szereti-e vagy sem a tejbegrízt, hadd tanulja meg az önálló véleményformálást, netán a nemet mondást, az elutasítást és egyéb fontos dolgokat. Rendkívül fontos, hogy ha a gyermekünktől kérdeznek valamit, ne mi válaszoljunk helyette. Ha válaszolt, utána elmondhatjuk a saját véleményünket is (a példát folytatva: érdekes, én úgy láttam eddig, hogy Pistike nem szereti a tejbegrízt...), de a hiteles válasz igenis Pistikétől származik.

Javaslat: a szülők ne beszéljenek lányuk nevében. Ha róla beszélnek, ne használjanak többes szám első személyt.

És egy másik, szintén fontos ajánlás:

Javaslat: fontos dolgok megbeszélésekor ne vágjanak a családtagok a másik szavába, várják meg, míg a másik végigmondja, amit akar.

3.16. A kommunikációs forradalom szerepe a családok életében

Számos új kommunikációs technológia jelent meg az utóbbi néhány évben. Közhely, hogy ezek alapvetően megváltoztatták hétköznapijainkat. Ma már több ilyen módszer kínálkozik az internettől a mobiltelefonig, nemsokára a videotelefonig. Miért is érdekes ez a kommunikációs forradalom a gyógyítás szemszögéből? Azért, mert a kommunikáció eszközeiben bekövetkezett változások az emberi kapcsolatokra is erős befolyást gyakoroltak.

A mobilhasználat – többek között – megváltoztatta az elérhetőséget. Hatalmat is jelent: az állandó elérhetőség illúziója lép fel. Emellett hozzászokás is kialakulhat: ha nem hívnak bennünket az elvárt gyakorisággal, hiányérzetünk támad. Van még egy szembeötlő oldala a mobilhasználatnak: a távolabb lévő családtag kontrollálását is jelentheti. Sok szülő azért vesz mobiltelefont gyermekének, hogy bármikor elérhesse őt. Már az óvodában is vannak mobiltelefonnal szaladgáló gyermekek.

Az egyik bulimiás egyetemista lány esetében előfordult, hogy a szülők éjjel keresték a diszkóba elment lányukat, majd miután a lány nem vette fel a telefont (készülékén már 17 nem fogadott hívás sorakozott), hajnalban elutaztak érte a 40 km-re lévő városba. Így a mobiltelefon meghosszabbított pórúzként is értékelhető.

A mobilhasználat két alapvető kommunikációs formával él, a szóbeli használattal és a rövid szövegek küldésével. Mára a képzünetek küldése és a készülékek univerzális felhasználása (internet-elérhetőség, digitális fényképek készítése, stb.) is szokványossá vált. Az SMS-küldés szintén járhat hozzászokással. Ezen túlmenően a családtag (például házastárs) kontrollálásának eszköze is, nemegyszer válóokot jelentenek a társ telefonján elolvasott üzenetek. Új szempont merül fel, a telefontitok kérdése. Megnézhetik-e a szülők gyermekük SMS-eit, felvehetik-e telefonját?

javaslat: az önállósági törekvéseket segítsék a szülők azzal, hogy ne nézzék meg gyermekük SMS-eit – legyenek azok az ő titkai. Ha már megajándékoztuk őt a készülékkel, ajándékozzuk meg önállóságának ilyen tiszteletben tartásával is.

Az információ adásvétele hatalmi eszközzé vált – elég csak a televíziók irányításával járó politikai vitákra utalni. A fogyasztói társadalom az információfogyasztásra is rányomja a bélyegét: a gyorsan fogyasztható információk korát éljük, amelyben a maradandóság már nem számít eléggé értékesnek. Az írott levelek helyét átvette az elektronikus levelezés, amely sokkal célszerűbb, rövidebb kommunikációt tesz lehetővé. A gondosan elkészített levelek helyét a gyors levélváltások veszik át, s e leveleket hamarosan kitörlik, nem őrzik meg olyan rituális módon, mint például egy szerelmi levelezést néhány évtizeddel korábban. A névnapi üdvözlőlapok helyét átvette a gyorsan elküldött SMS. Így a mulandóság is a modern kommunikáció fontos ismérve lett – a maradandóságot a sűrűn ismétlődő, rövid kommunikációs formák látszanak helyettesíteni, mintha a minőség helyett a mennyiség lenne fontos követelmény. A gyorséttermek mintájára az információfogyasztás is a sebességre és a mennyiségre törekszik.

Az információs forradalom az orvoslásra is rányomta bélyegét. Olyan módszerek jelentek meg, amelyekre korábban álunkban sem gondoltunk. A *telemedicina* (távgyógyászat) a modern technológiák segítségével történő orvosi ellátást jelenti (a tanácsadást és ismeretterjesztést, az egészségügyi távoktatást is beleértve), fogyasztók és egészségügyi szakemberek számára. A telepszichiátria a telefonos és komputeres felvilágosítástól a videotelefonon át történő betegevizsgálatig, konzultációig sok mindenre használható. Komoly csoportprogramokat dolgoztak ki, amelyek internet segítségével működnek. Az internet szerepe továbbá a sok-sok felvilágosító anyagban van. Sok jó anyagot lehet találni, azonban vannak vegyes színvonalú írások is.

Az internet csevegőoldalai vadonatúj lehetőségeket teremtettek. Összefoghatnak az ország (vagy a világ) különböző területén élő lányok, kicserélhetik tapasztalataikat. Rendszerben is volna ez, ha csak a mások sorsából tanulás, egymás segítése a cél. Sok esetben ezt látjuk, vannak viszont olyan internetes honlapok is, amelyeken az evészavaros betegek a „trükköket”, anorexiás fortélyokat tanulják el egymástól. Ez a veszély az önségítő csoportokban is megvan: a szubkultúra-képződés veszélye. Szerencsésebb lehet ezért a vezetett önségítés, ami azt jelenti, hogy egy ápoló, vagy más segítő személy (nem orvos vagy pszichológus) is jelen van, és segítségére van a csoportnak sok mindenben, például a szaksegítség fellelésében, de megakadályozzák a tünetek dédelgetését jelentő szubkultúra-képződést. Azok a lányok, akik erre

hajlamosak, minden ürügyet felhasználnak arra, hogy ne változzanak. Büszkélkednek azzal, hogy milyen nehéz betegségben szenvednek, aztán a közös szenvedés után hazamennek. Változást viszont ez nem hoz. Szükség van az önségítésre, de feledjük e veszélyeket sem.

Számítógépes önségítő, terápiás programok is születtek – a kognitív terápiás programok például már régóta elterjedtek szorongásos zavarokban, újabban sok más kórképben is. Az e-mailen folytatott terápiáról is egyre több megfigyelés olvasható. Az egyes tünetekkel kapcsolatos kérdések gyorsan megvitathatók e-mail útján, a rendelési időben így több idő marad más érdemi munkára. Az e-mail terápia jó kiegészítője lehet a kezelésnek. Előny, hogy a betegek bármikor írhatnak, nincsenek fix időkhöz kötve, s nem kell aggódniuk amiatt, hogy rossz időpontban zavarják a terapeutát. Emellett jól tudják kifejezni magukat – félbeszakítás nélkül.

3.17. Mit fejez ki a környezetünk?

Az emberi kapcsolattartásnak van direkt formája: egyszerűen megmondjuk, mit akarunk a másiktól. Ez a szavakban közölt, más néven verbális kommunikáció. Vannak olyan jelzéseink, amelyeket nem szavakban fejezünk ki, de elárulják véleményünket, érzéseinket. Ez a nem szavakban kifejezett, azaz nonverbális kommunikáció: a testtartástól a mimikán át a hanglejtésig sok ilyen közlési csatornák ismerünk. A fentiekben e kommunikációs csatornákkal foglalkoztunk. Vannak azonban olyan további eszközök, amelyek e két fő csatornán kívül fejeznek ki fontos információkat rólunk, gondoljuk például a ruházat, hajviselet jelzéseire.

Ugyanezen kommunikációs lehetőségek közé tartozik személyes környezetünk is. Jóval kevésbé tudatos, de határozott információkat jelez a külvilágnak az is, hogyan rendezzük be környezetünket, hogyan lakunk, kik alszanak egy szobában, vagy például milyen magas kerítés választja el kertünket, házunkat a szomszédoktól. A személyes környezettel való bánás igen mély lelki tartományokkal összefüggésben lévő, üzenetértékű viselkedésforma. Elég arra utalni, milyen készülődések előzik meg a szobák átrendezését, mennyire nem mindegy, hogy mi hová kerül. Ebből még veszekedések is származnak. Vagy a másik gyakori vitaforrás: melyik családtag mennyi személyes területre tarthat igény. Kinek van külön szobája, kinek jut csupán íróasztal a

közös szobában. Ezekkel az érdekes kérdésekkel foglalkozik a környezetpszichológia. Röviden tekintsük át, mire is jó ez a tudományág.

A környezetpszichológia a gyakorlatban a családlátogatások során válik fontossá. E viziteket be szoktunk iktatni a konzultációk közé, azaz néhány találkozás után felajánljuk, hogy a legközelebbi konzultációt a család lakásában tartjuk meg. Igen hasznos lehet a látogatás a családnak is, a terapeutáknak is, mert mód nyílik egyes környezetbeli feszültségforrások megbeszélésére. Zavaró lehet valami egyik-másik családtag számára, de talán meg sem tudják fogalmazni, mi nem tetszik nekik a lakásban. A változtatásra pedig a legjobb alkalom lehet a közös beszélgetés a család otthonában. A terapeuták jobban „képbe kerülnek”, amiről eddig csak a rendelőben esett szó, hirtelen elevenné válik: lehet látni, kinek hol van a szobája, hol alszik a kutya, ki gondozza az állatkákat, tengerimalacot, papagájt, ki tud könnyen elvonulni, bezárkózni, s kinek a szobáján járnak át a családtagok. Akkor, amikor az önállóság kiharcolása igen fontos programponttá válik az életben (s ez a korszak leginkább a serdülőkor és a korai ifjúkor), ilyen rejtett üzenetekre megéri odafigyelni.

Mire jó a családlátogatás? Elsősorban arra, hogy a terapeuták hozzásegítsék a családtagokat ahhoz, hogy kis környezetbeli változtatásokkal komfortosabbá tegyék hétköznapjaikat, és csökkenjenek a feszültségek. Másodsorban arra, hogy a segítő személyeknek a családdal való kapcsolata is erősebb legyen. A látogatás ugyanis nem szemle, hanem udvariassági vizit, ahol a két fél (a család és a terapeuta/terapeuták) egyenrangúsága nyilvánvalóbb, mint a hivatalos rendelőben. Ahová esetleg nem szívesen mennek el egyes családtagok. Jobban megnyílnak, ha otthonukban ők fogadják a vendégként, nem pedig zord ellenőrként érkező segítőket. A vizitre természetesen nem mindig kerül sor, ha a család részéről a legkisebb aggály is felmerül, lemondunk róla. A családok azonban szívesen fogadják a látogatás ötletét. El szoktuk mondani, hogy nem vendégségbe megyünk, ne készüljenek vendéglátással. Csupán rövid, fél-egyórás látogatásra kerítünk sort, amelynek során megbeszéljük a legutóbbi találkozás óta végzett feladatokat, változásokat is. Ha a család meg akar mutatni valamit (például a gyermekek szobáját, háziállatokat, kedves játékokat), szívesen vállalkozunk a megtekintésre, viszont spontán nem kérjük, hogy mutassanak meg valamit – ezt a családra bízuk. Távol áll a terapeutáktól a tolakodás.

A családlátogatások hasznáról szólva meg kell említeni azt a furcsaságot, ami a fentiek fényében talán érthető. Válási krízisben lévő párokkal fordult elő, hogy pszichológushoz mentek segítséget kérni. A környezetpszichológiában jártas szakember azt ajánlotta, hogy legközelebb elmenne hozzájuk látogatásra. El is ment, majd ott megbeszélték, ki mit szeretne változtatni a lakásban. A pszichológus csak közvetített, hogy meg tudjanak állapodni. Aztán a megtervezett változtatásokat végre is hajtották a következő napokban. A pszichológus a vizit végén felajánlotta, hogy akkor legközelebb a rendelőjében folytassák a beszélgetést. Most jön a meglepetés: sokszor előfordult, hogy a pár telefonon jelezte, köszönik szépen, már nem jönnek, megoldódtak a gondjaik.

javaslat: tekintse át a család, kinek mennyi személyes tere van a lakásban. Szülessék kölcsönös egyezés a szükséges átrendezésről. Törekedni kell arra, hogy a személyes területek aránya ne okozzon feszültséget, hiányérzetet egy családtagban sem.

A környezet szerepe az emberi kapcsolatokban is fontos: a területi, téri viszonyok a társas viszonyokat is meghatározzák. Az egyszerűen földrajzi értelemben használt *tér* fogalmát elkülönítjük a pszichológiai jelentéssel bíró *hely* fogalmától. Bizonyos viselkedések bizonyos környezetben jelennek meg, így például máshogy kell viselkedni a templomban, máshogy a könyvtárban. A viselkedés az adott helytől is függ, vagyis a viselkedések más helyeken másként zajla(ná)nak le.

Az épített környezet és az emberi viselkedés kölcsönösen függ egymástól. A viselkedés és az épített környezet kapcsolatával foglalkozó szakemberek kezdettől hangsúlyoznak egy alapfogalmat, ez az odailés fogalma. Ez a felhasználó szükségletei és az adott épület/környezet tulajdonságai közötti összeillést jelenti. Kulcsfontosságú a személy-környezet illeszkedés.

Az épített környezet nem csupán tartozékként értelmezhető, hanem megkönnyítheti vagy gátolhatja a benne lakók kapcsolatait. Megfigyelték például, hogy a székek elrendezése és a társalgás gyakorisága összefügg: ha vonalban vannak elhelyezve a székek, akkor a társalgás esélye kisebb, mintha körben lennének. A székek tulajdonságai is meghatározóak lehetnek. Más példa: feszültség forrása lehet, hogy

nincs összhang a szülői üzenetek és a környezeti üzenetek között (például a szülő bünteti a gyermeket a játékok széthagyása miatt, de nem biztosít teret a tárolásukra).

A következőkben néhány gyakorlati példával illusztráljuk azt, miért tartjuk hasznosnak a látogatást. A kedves olvasók is talán ötletet kapnak arra, hogy a családtagokkal együtt, nagyobb lelki komfortérzésük érdekében kisebb-nagyobb változtatásokat próbáljanak ki személyes környezetükben.

Réka 17 éves és mérsékelten súlyos anorexiás volt. Szülei sokat aggódtak miatta. A családlátogatáskor feltűnő volt, hogy a szülők hálósobájának ajtaja a két lány szobája felé nyílik, s nem szokták bezárni – így szokták meg, mert kisgyermekkorban az egyik lány asztmás volt, s figyelni kellett, hogyan légzik. Csakhogy ennek már tíz éve volt. Azóta asztmának nincs nyoma, önállósági törekvéseknek annál inkább. Amikor ezekről a kérdésekről tudtunk eszmét cserélni, a szülők vállalkozni tudtak a változtatásra, az ajtó becsukására.

Az elmondottakból fontos ajánlás következik:

Javaslat: a szülők hálósobaaajtaja minden éjjel legyen bezárva. A gyermekek ne aludjanak a szülők szobájában, akkor sem, ha egyedül élő szülőről van szó.

A zárt ajtók egyébként fontos jelzések: utalnak arra, hogy külön dolguk is lehet az ajtót bezáró családtagoknak. Hadd legyen lehetőségük arra, hogy megbeszéljék, kinek milyen titkos ajándékot vesznek karácsonyra, kit hogyan sértett meg a főnöke – nem tartozik minden a gyermekekre. Fordítva is igaz ez, vannak dolgok, amibe nem célszerű a szülőket bevonni. Miért ne beszélhetnék meg egymás között a gyerekek, hogy milyen csínnyel bosszantották a tanárukat, melyik osztálytársuknak csapja a szelet a szomszéd fiú, vagy akármi mást.

Erika 21 éves volt, cukorbeteg és bulimiás, elvált édesanyjával élt. A lakásban három ajtót kivettek, mert feleslegesnek érezték azokat. Erika csak az anyja szobáján keresztül tudott kijárni a szobájából, s közöttük nem volt ajtó. Lett volna egy másik ajtó, de azt lezárták egy raktárnak használt szoba miatt – ott lakott korábban a nagymama.

Nem sok változást sikerült elérni Erikaék együttélésében. Erika három évvel később a cukorbetegség szövődményeiben meghalt.

A következő két rövid példa azt illusztrálja, hogy néha milyen nehéz a fiatalok függetlenségét a személyes tér tiszteletben tartásával segíteni.

Egy fiatal pár mesélte (nem evészavar miatt kerestek fel), hogy összeházasodásuk után az apa/após hajnalonta mindig benyitott hozzájuk, hogy a fiatalok szobájában lévő szekrényből kivegye a munkásruháját. Hasonló eset: nyitva kellett tartaniuk a fiatal házásoknak az előszoba felőli ajtót, hogy arrafelé szellőzzön a szoba.

A személyes tér igen lényeges kérdés, amint láttuk. Ugyanilyen fontos a határok kérdése. Ezeket részben a külvilág felé jelzi a család: a kerítés magassága, átláthatósága, az ablakok elfüggönyözése, a kijáratok lehető elrejtése jelentheti a külső határokat. A belső határok a lakáson belül szabályozzák azt, kinek mekkora a személyes tere, milyen territórium fölött rendelkezik. A külön szobák jelzik ezt, vagy az ajtók. Láthatatlan határvonalak is vannak: megállapodhat két gyermek azon, hogy például a könyvespolc vonaláig a fél szoba az egyiküké, a másik fél szoba a másikuké.

3.18. A határok kérdése a családok működésében

A személyes terek után tárgyalnunk kell még egy téri fogalmat, amely a pszichológiában elterjedté vált. A *határokról* van szó, amelyek igen fontos részét képezik a család életének (lásd „A családterápia alapfogalmai” című fejezetben is). Az önállóság és a leválás folyamata a pszichológiai határok fogalmával is megközelíthető. Volt már szó arról, hogy az összemosott határok mit jelentenek (a Minuchin által leírt ismérveket a családterápia áttekintésénél vettük számba). A világos, tiszta határok kiépítésére kell törekednünk. Váljanak külön a szülői feladatok a házastársi funkciótól, a gyermeki teendőktől. A pszichológiai határok egybemosódására utal például az fentebb tárgyalt jelenség, ha a családban gondolatolvasást tapasztalunk.

A pszichológiai határok a személyes térhasználaton túl az élet legkülönbözőbb területein megjelennek. Például: mennyire használják egymás ruháit a gyermekek. Gyakran találkozunk ezzel lánytestvérek között. Előfordul vegyes nemű testvérek esetén

is: a testét leplezni kívánó lány például bátyjának a pólóit viseli, hogy elrejtse idomtalannak vélt testrészeit vagy álcázza kóros soványságát. Fontos, hogy ezekben a kérdésekben világos határok alakuljanak ki. Belenyúlhatnak-e a szülők a gyermek szekrényébe? Rendet csinálhatnak-e íróasztalának fiókjában? Ugyanezt megtehetik-e a gyermekek? Turkálhatnak-e a szülők íróasztalában, régi fényképeken, levélrészleteken töprengve? Ez vajon az ő dolguk-e? Komoly és megválaszolendő kérdések ezek.

A határok szorosan kapcsolódnak a különbségekhez is. Ha valamilyen egységek között különbségek vannak, akkor határok is megjelennek közöttük. Nem ritka, hogy a szülők meglehetősen éles különbséget tesznek gyermekeik között. Erre a szülőknek valamilyen belső, lélektani okuk lehet. Természetes is ez a különbségtétel annyiban, hogy nem lehet pontosan egyformán, patikamérlegesen kimérve adagolni a szülői figyelmet, szeretetet, gondoskodást, vagy az anyagiakat és az időráfordítást. Célszerű azonban egyértelmű szabályokat felállítani ezen a téren. Nem baj, ha különbségek vannak a gyermekek között, csak ezeknek világos magyarázatuk legyen. Előfordulhat, hogy az egyik gyermek az élet egyik területén kap nagyobb figyelmet, például rendszeresen eljárnak a szülők az ő sportversenyeire, ha élsportoló. Ugyanakkor a másik gyereknek a művészeti érdeklődésére fordíthatnak nagy figyelmet, vagy a kertészkedésre, az állatgondozásra – sok ilyen példát mondhatnánk még. Sok szülői szorongás, feszültség előzhető meg azzal, ha a szülők elfogadják: nem kell teljesen egyformán bánni a gyermekekkel – nem is lehet. A különbségtevésnek azonban legyenek meg a világos magyarázatai vagy szabályai. A határok fogalma ebben is segíthet.

Sok gyermek nehezményezi, ha a szülők rendet csinálnak a szobájában, és rendszeresen nem oda teszik például a tévé távirányítóját, ahova ő szokta. Ezek apró, de fontos jelzések arról, hogy a szülő továbbra is fokozott kontrollt akar gyakorolni a gyermek fölött. Megannyi határsértésről van szó – a szülő pedig nem veszi észre, hogy mennyire megsérti a gyermek „felségterületét”. A gyermeknek is van felségterülete! S ha nem mer tiltakozni a gyermek, rejtett agresszióhoz, dachoz, testi tünethez fordulhat.

Javaslat: a szülők tartsák tiszteletben gyermekeink személyes terét, ne kutassanak a fiókjukban, a táskájukban. A levéltitok megsértése súlyos intimitássértésnek számít.

A pszichológiai határok ugyanígy kiterjednek a családban vállalt funkciókra, feladatokra, például a házimunkák elosztására is. Érdeemes világos szabályokat felállítani ezen a téren, akkor nincs vita abból, hogy kinek mi a feladata. Ha csak az elvárásokra hagyatkozunk, akkor visszatérő viták fakadnak abból, hogy senki nem tudja pontosan, mi is az ő teendője. Az általánosságban megfogalmazott kérdések helyett jobb a célzott, személynek szóló, szerződészerű kérés (mint ahogyan azt a kölcsönös kéréseknél láthattuk).

3.19. A felelősség és a kontroll

A felelősség alapvető fontosságáról többször esett már szó; foglaljuk össze ezt a kulcsfogalmat. Különböző terápiás elképzelések vannak, nem mindegyikük helyezi a középpontba a felelősséget. Saját gyakorlatunkban azonban igen jó vezérelvként használtuk.

A felelősség kérdése evészavarokban elsősorban a saját test iránti felelősségként merül fel. A beteg tudattalan céljainak elérése érdekében nagyon erőteljes eszközt talált. Még a saját testét is feláldozná, legalábbis súlyos veszélyhelyzetnek teszi ki. Úgy tűnik, az evészavarokat meg lehet fogalmazni a felelősség csapdájaként, vagy súlyos torzulásaként. Ha komoly testi betegsége van valakinek, az megviseli, szorongással tölti el, javulni akar. Az evészavarok ebből a szempontból bizarr kivételnek látszanak. Hiába van igen súlyos állapotban a beteg, nem képes belátni, milyen veszélyek leselkednek rá. Nem akar változni.

Van néhány olyan agykérgi károsodás, különösen a fali lebeny tájékán, amely a betegségek felismerésének a zavarával járnak. Azon betegek némelyike, akiknek e területeken alakul ki agyi vérkeringészavaruk (stroke, magyarul gutaütés), képtelenek betegségüket felismerni. Vannak, akik féloldali bénulással fekszenek az ágyban, és bár tiszta a tudatuk, éberek, nem vesznek tudomást durva károsodásukról. Ha felhívjuk a figyelmüket arra, hogy miért nem mozgatják az egyik oldali karjukat avagy lábukat, azt válaszolják például: elzsibbad, mert ráfeküdtem. Vagy azt, hogy az nem is az ő karjuk. Mintha az anorexia is ilyen betegség lenne. A legdurvább testi tünetek egyike, ha valaki fokozatosan kezd elfogyni. Mégsincs saját, reális felelősségérzetük a betegeknek. Itt egyfajta csapdát láthatunk: ha a szülő túlvédő magatartású jogos aggodalmai miatt,

akkor a gyermek sokszor az evésben és a saját testében találja meg az önállóság területét. Paradox módon így szolgáltat még súlyosabb okot arra, hogy igenis óvják. A szülő igyekszik átvenni a felelősséget, ami korholásban, aggodásban, néha indulatosságban nyilvánul meg. A gyermek dacol, igazát hirdeti – s végeláthatatlan küzdelem kezdődik.

Fontos, hogy a felelősség elosztása megfeleljen a reális helyzetnek. Ha a gyermek nem hízott, nem változott, akkor még a szülők döntenek. A szülők egyébként minden helyzetben szabadon dönthetnek – kivéve, ha nem képesek valamilyen okból reálisan megítélni a gyermek állapotát.

Az elmondottakhoz szorosan hozzátartozik a kontroll kérdése. Mennyire gyakorolnak kontrollt, ellenőrzést a szülők a gyermek fölött, mennyire szólnak bele az ügyeibe. Az evészavarok kezelésében a kontroll kérdése az egyik legfontosabb terület. Mondhatni: *a szükséges, de nem túlzott kontroll következetes biztosítása alapvető*. Hogyan is jelenik meg ez a gyakorlatban? Remélem, az előző fejezetek többsége is illusztrálta a kontroll témáját.

Ha a gyermek nem tud hízni, a szülei veszik át a felelősséget. Ha ők sem tudnak eredményt elérni, orvoshoz fordulnak. Ha a járóbeteg-kezelés nem elegendő, az ezt végző orvos sem tudja vállalni tovább a felelősséget, és a kórházi felvétel következik. A felelősségek így háramlanak különböző személyekre, intézményekre, akik részt vesznek a beteg ellátásában.

A cél természetesen az, hogy minél hamarabb, de azért semmit nem kockáztatva kerüljön vissza a gyepelő a beteg gyermek kezébe. S ha már megérett a helyzet arra, hogy visszakaphat kisebb-nagyobb jogkört, felelősséget a lány, akkor ezzel ne késlekedjünk. Ennek a folyamatnak fokozatosan célszerű zajlania. Például: ha gyarapodni kezd a lány testsúlya, ne kapjon vissza hirtelen minden tevékenységet, amit a szülők kénytelenek voltak átmenetileg megvonni tőle.

Mіндеzen gondolatok szorosan kapcsolódnak a bizalom és a következetesség kérdéseire, amelyeket korábban már érintettünk. Gyakori a zsarolás a bizalom ügyében: miért nem bízol bennem? már a saját szülője sem bíz meg az emberben?

milyen szülő az ilyen? Ne habozzunk ilyesmit mondani a zsarolásra, ahogyan azt már láttuk a beteg személyiségének jó és rossz részre hasításáról, hogy: benned megbízom, de a betegségben (kisördögben) természetesen nem! Már miért bíznék meg benne? Ha bedől a szülő a zsarolásnak, akkor nagyon nehéz újra a következetességet gyakorolni. Furcsa kettősséget kell a szülőknek kitanulniuk: a szeretetbe ágyazott teljes következetességet. Ha kell, szigorú nemet mondást. Mindezt a beteg gyermek érdekében.

A kontroll és a bizalom a szülői féltéssel kapcsolatos alapvetően. Igyekszenek megkímélni a lányt az élet nehézségeitől. Nemes törekvés, de komoly hátránya van: nem lesz felkészült a gyermek arra, hogy az élet nem habostorta (idézzük meg a Tanú című, klasszikussá vált filmet). Ha mindentől megkíméljük a lányt, nem alakulnak ki természetes védekező eszközei, bejárat sablonja, amikkel kapásból meg tudna birkózni az élet zűrzavarosabb időszakával. Sajnos, hagyni kell, hogy néha fejfel menjen a falnak. Az egyik leghatékonyabb tanulás az, ha valaki a kudarcából tanul. Szükséges a fejlődéshez ez a bizalom.

3.20. A provokáció természetrajza

Az evészavaros lányok szülei igen sokszor említik, hogy lányuk mennyire makacs. Ez nagyszerű! Komoly akaratere utal. Persze, vannak vadhajtásai, mint a dac, de alapvetően érték. Akiben nincs nagyon erős akarat, abból nem lesz anorexiás vagy bulimiás beteg. Annál nagyobb akarat nem kell, mint amennyi az éhség legyőzéséhez kellett. Éljen a makacsság! Ezt könnyebb megfordítani és a terápia szekerébe befogni, mint „kitermelni” olyan betegből, akiből ez a készség alapvetően hiányzik. A makacsság kitartást is jelent. Tulajdonképpen olyan spektrumot vázolhatunk fel, amelynek egyik végén a teljesen befolyásolható, hajlékony személyiségek vannak, a másik végén pedig az álláspontjukhoz a végletekig ragaszkodó természetűek. Egyik szélsőség sem kényelmes. Ha valaki nagyon következetes, bolondnak is tarthatjuk. Egy japán katonát negyven évvel a második világháború után megtaláltak egy őserdőben. Még mindig úgy tudta, hogy nem ért véget a világháború. Talán nem a következetesség a legjobb jelző erre a helyzetre...

Az akarat, az akaratosság, azaz a makacsság és a dac szorosan kapcsolódó személyiségjellemzők. Érdekes azonban mögé pillantanunk ezeknek a sok feszültséget

keltő, nagy családi veszekedésekhez vezető jelenségeknek. A dac a passzív ellenállást takarja, míg a provokáció ennél aktívabb, mondhatni, keményebb kapcsolatszabályozó eszköz. Ennek sokszor az a tudattalan célja, hogy a gyermek igazi dühöt akar kiváltani a szülőkből, mert ez intimitást, valódi érzelmet jelent, nem pedig mesterkéltséget. Ha a szülő nem mer dühös lenni, mesterkéltséges lesz. Sok szülőben félelem lakozik: mi lesz, ha elvesztem a fejem, az önkontrollomat? Holott a gyermek őszinte, nyílt indulatra vár. Talán furcsa, de ez megtiszteltetés volna számára. Sok példa van arra, hogy a nagy indulat kiváltása büszkeséggel töltötte el a gyermeket. Az őszinte dühnél, indulatnál sokkal rosszabb a közömbösség: bármit csináljon is a gyermek, mi nem törődünk vele. Ez viszont a gyermeknek azt jelenti, hogy ő nem fontos a számunkra. Ha merek mérgező lenni rá, akkor fontos a számomra.

Sok oka lehet a szülőnek arra, hogy féljen „bántani” a gyermeket. Például egy régi abortusz után a pár megfogadja, hogy jó szülők lesznek. Csakhogy az őszinte szülő a jó szülő, nem pedig a mesterkéltséges.

Szakmai pályafutásom egyik legfontosabb élménye ebből a témakörből az volt, amikor egy 12 év körüli fiút hoztak vizsgálatra hozzám. A gyerekekkel sok magatartásbeli probléma volt, magántanuló lett, anyja tanult vele otthon. Szüleivel néha igen durván bánt apja elmondása szerint. Amikor másodszor találkoztam velük, a kórházi folyosón várahoztak rám. Amikor megjelentem a folyosó végén, azt láttam, hogy a fiú a legocsmányabb trágárságokkal szidta az apját. Az apa pedig bánatos mosollyal tárta szét a kezét: most akkor mit is csináljon?

Vannak viselkedések, amiket nem lehet elfogadni. Nem azt akarom mondani, hogy jól el kell páholni a gyermeket, de hogy vissza kell utasítani ezt, és valamilyen következményének lennie kell az ilyen viselkedésnek, az bizonyos. Milyen következményének?? kérdezi néhány szülő. Nem tudom – tessenek kitalálni, kedves szülők. Ne várjanak mindenre kész receptet. Azt el tudnám mondani, hogy én mit csinálnék, mert mi felelne meg a saját természetemnek (nem biztos, hogy pszichológiai könyvekből merítenék...), de az orvos nem varázsló, aki megmondja a „tutit”.

A provokáció a határok kitapogatását jelenti. Kötelező viselkedésformáló erő gyermekkorban – meg akár később is. Ha hároméves gyermek a konnektor felé közelít a

kezével, közben lesi az anyját. Ha a mama kedves rászól, hogy nem szabad, lehet, hogy ez nem elég. Ha a gyermek még közelebb megy, az anya rákiált: nem szabad, hagy abba! Ha ezek után is be szeretné dugni az ujját a konnektorba, akkor hagyná az édesanya? Nyilvánvalóan nem. Emberi jogok ide, gyermeki jogok oda, odaszalad az anya és elkapja a gyermeket a veszélyes helyről. Nem kell bántani, csak határozottan közbeavatkozni.

A tünetek igen gyakran kifejezetten provokáló célzatúak. Már volt szó arról a bizarr bulimiás tünetről, hogy a lány a hányadékkal teli zacskókat a lakás különböző pontjain helyezi el. Ez egyértelműen a családnak szóló üzenet. A provokációt általában addig folytatják a betegek, ameddig el nem érnek valamilyen határozott változást a szülők viselkedésében. A bulimiás tünetek mellett anorexiásoknál az étel turkálása, a dacos elutasítás is sokszor értelmezhető így.

3.21. A vezető szerep nyílt vállalása, a döntések

Folytassuk utunkat a dacok és provokációk, kötelező szülői teendők és hétköznapi belviszályok terepén. Hogyan működik egy családban a demokrácia, ki hoz döntést, hogy is van mindez?

Ha a család a demokráciára hivatkozva nem tud dönteni egy fontos helyzetben, az bizony nagy bonyodalmakkal, feszültségekkel jár. Pedig valakinek vállalnia kell a vezető szerepet, különben nem lesz eredmény, csak anarchia. Szellemes pszichológiai csoportjátékokkal illusztrálható, hogy vannak olyan helyzetek, amelyek csak akkor oldhatók meg, ha valaki vállalja a vezető szerepet.

Nézzük, mi történik akkor, ha a család nem tud dönteni a vasárnap ebéd után, hogy mit is csináljanak: a nagymamához menjenek, vagy a strandra, esetleg kirándulni, vagy kosármeccsre? Ha a demokrácia jegyében elkezdik megvitatni a programot, s a négytagú család minden tagja ragaszkodik elképzeléséhez, akkor lemegy a nap döntés nélkül. Valakinek vállalnia kell tehát a szavazás szabályainak kialakítását, aztán valamilyen szempont alapján dönteni kell! Akár pénzfeldobással is, ha máshogy nem megy. Innentől kezdve viszont a döntés közös! Ne legyen ezután ilyen dohogás: „ugye, megmondtam, hogy kár a strandra jönni, nézzétek meg, milyen idő lett!”, vagy „ha rám

hallgatók, nem kellett volna nagyanyátok veszekedését hallgatnotok egész délután”. A család közösen vállalja a közösen meghozott döntés következményeit. Ha nagy nehezen, de végül is eldöntötte a család, hogy kirándulni megy a hegyekbe, és közben jókora zápor adódik, közösen lehet sopánkodni, de a másikkal tett szemrehányás és egymás szidása nélkül.

Nincs ellentmondás aközött, hogy valakinek vezetnie kell, és aztán mégis közös a döntés felelőssége. Ugyanis a vezető szerep a döntéshozatalhoz kell, a szabályok vagy a szavazás kialakításához. Határozottság, következetesség, nyílt szabályok, tiszta határok kellene, a látszatdemokrácia ezekben az esetekben anarchiát szül.

Problémát jelent, ha az egyik szülő döntését a másik rendszeresen megtorpedózza, kritizálja – ez igen jó módja a szülői tekintély aláásásának. Ha ez rendszeresen tapasztalható, akkor a szülők között nagy feszültség alakul ki. A rivalizálás az emberi kapcsolatok szokványos jelenségei közé tartozik. A szülők sem kivételek. Gyakori, hogy az egyik szülő nem enged meg a gyermeknek valamit, de a gyermek már ismeri a jó bevált kikapuzást, s megy a másik szülőhöz, aki persze megengedi a kívánt dolgot. A szülők aztán jól összevesznek ezen, a gyermek pedig nevet a markába. És a mechanizmus változatlan megy tovább.

Ha a betegség kérdéseiről van szó, arról például, hogy a gyermek kórházba kerüljön-e vagy nem, milyen testsúly elérése esetén mehet iskolába, edzeni, diszkóba, akkor a legfontosabb az, hogy a két szülő egyetértsen, közös álláspontot alakítsanak ki. Nem kell szégyellni azt sem, hogy a szülő haladékat kér. Sokan félnek, hogy szülői tekintélyük csorbul, ha valamit nem tudnak eldönteni. Nem erről van szó: a későbbi vitákat lehet megelőzni azzal, hogy megkérdezi az egyik szülő a házastársát ezekről a fontos kérdésekről. Igenis szabad haladékat kérni akkor, ha a gyermek azért rágja a fülünket, mert vasárnap táncolnia kellene a táncegyüttesben. Hívja fel a házastársát, beszélje meg vele, vagy várja meg, amíg hazajön. Nem kell eldönteni mindent, nem kell kapkodni, elhamarkodott döntéseket hozni.

Szabály: a gyermek körüli fontos dolgok esetében egyetértés szükséges a szülők között. Szaba a döntés előtt vitázni, de a döntés meghozatala után közösen kell vállalni a később előnytelennek bizonyuló döntést is.

Rendkívül erőteljes hatása van annak, hogy a gyermek hiába könyörög valamiért, az egyik szülő nemet mond, s a másik ott áll, nem szól semmit, de hallgatásával támogatja a szülőtárs állásfoglalását. Ha egyébként nem ért egyet az egyik szülő a másikkal a döntésével, azt külön célszerű megbeszélni vele, semmiképpen nem a gyermek előtt.

A döntésekre vonatkozóan fel lehet osztani a terepet: az egyik téren az anya döntsön, a másikon az apa, a másik fél pedig fogadja el a döntést. Mivel mindenkinek megvan a maga kompetenciaterülete, senkinek nem kell meghunyászkodottnak éreznie magát. Ha nehezen megy az egyetértés kialakítása, akkor tréningezni is lehet azt, például a következő javaslatban megfogalmazott feladattal:

Javaslat: a szülők heti két esetet jegyezzenek fel, amikor egyetértettek a gyermekekre vonatkozó valamilyen döntésben.

3.22. Az önállóság problémái

Az evészavarok jellegzetesen a serdülő- és az ifjúkor betegségei, így kialakulásuk az önállósági törekvések fontossá válásának időszakára esik. Ez még nem jelent oki összefüggést, de legyen gyanús az egybeesés. Azt látjuk, hogy a krónikus zavarok esetén sokszor előtérbe kerül az önállósodás kérdése, ami a szülőknek és a gyermeknek egyaránt nehéz. A gyermek születésétől kezdve megpróbál egyre önállóbb lenni, igyekszik felfedezni a világot. Ez ütközésekkel, kudarcokkal is járhat. A külvilág kellemes és kellemetlen ingereinek feltérképezése során a gyermek kitapogatja határait. Meg kell tanulnia, hogy mi a veszélyes és mi a kevésbé veszélyes.

Sok szülőnek nehezebb esik, hogy asszisztáljon gyermekei leválásához. Akkor érzik magukat kompetens szülőknek, ha még gondoskodhatnak gyermekükről. Mindegy, ha már közben egyetemistává is serdült a gyermek, akkor is rászólnak, hogy evés előtt mosson kezet és így tovább. Természetes, hogy az önállóságra törekvő gyerek számára az ő kisgyermekkorából visszamaradt szülői reakciók kellemetlenek lehetnek. A válasz erre a dac, az indulatosság. A szülő ennek láttán természetesen megsértődik, esetleg a gyermeki hálátlanságot kárhoztatja.

Itt érdemes egy rövid kitérőt tenni. A szülők iránti hála megkövetelése az egyik legrosszabb szülői taktika. A büntudatkeltés gyakori formája, amely lelkiismeret-furdalást okozhat a gyermekben, hosszú távon sem fizetődik ki. Távolságtartás, elutasítás, indulatok lehetnek a következményei. Paradox módon azzal erősíthetjük a szülő-gyermek kapcsolatot, ha a szülők iránti hála erősnek vélt kötelékét nem emlegetjük a gyermekek előtt. Ezzel jelentős mértékű dacot takaríthatunk meg. Ostoba szólam, de a gyermek tényleg nem kérte, hogy világra hozzák, azt sem, hogy felneveljék. Ha már így történt, köszöni szépen, de hogy a hála vezérelje minden tettét szüleivel kapcsolatban, az torzulások, lelki gubancok forrása lehet – leginkább a saját maga által alapított családban.

A túlzott óvás nem segíti az önállóság fejlődését. Hogy egy példával illusztráljuk mindezt:

Egy négyéves gyermeket még kézen fogva vezetnek át a zebrán. Egy nyolcéves gyermekkel ezt még meg lehet tenni. Egy tizennégy éves gyerek már nem hagyja, hogy kézen fogjuk. Ha pedig egy tizennyolc évessel próbálnánk ezt tenni, mindenki kinevetné. Ő már nem is a zebrán megy, hanem a maga dolga után.

Világos, hogy valamikor be kell következnie a gyermek elengedésének nemcsak a zebrán, de – képletesen szólva – a való élet más területein is. Ha erre nem készítik fel a szülők, később súlyos problémákkal kell szembenéznie a gyermeknek. Hogy ennek az elengedésnek mikor kell megtörténnie, azt nem lehet pontosan tudni. Az előző példára visszatérve: valamikor 4 és 18 éves kor között... Majd jelzi a gyermek, legyenek a szülők érzékenyek a jelzésre. A fejlődés nem kerülhető el, legfeljebb késleltethető.

Az önállóság segítése bizalmat és felelősséget is jelent. Bizalmat, hogy a gyermek meg tud élni a nagyvilágban, szembe tud nézni a nehézségekkel. Ezzel egyúttal fel is készítjük a jövődő zűrökre. Ha ebben a folyamatban nem segítjük a gyermeket, akkor képtelen lesz ügyesen megoldani a különböző problémákat. Az ilyen gyermek 30–40 évesen is az édesanyja szoknyájához szalad haza panaszkodni a rossz főnökre.

Az önállóság kérdéséhez tartoznak a *titkok* is (részben már érintettük a problémakört). Mindenkinek joga van a saját titkokhoz. Az önálló egyéniség kialakulásának az egyik

feltétele az, hogy saját titkai is legyenek. Nem áruljuk el a gyermeknek, hogy mit vettünk neki karácsonyra, nem részletezzük a kisgyermeknek a nagymama súlyos betegségét stb. Vannak dolgok, amik nem a gyerekre tartoznak. Ez fordítva is így van. A gyermekeknek is lehetnek olyan dolgaik, amikhez a szülőknek semmi közük. Például, ha a gyermekek meg akarják ajándékozni a szüleiket, összebeszélnek egymással és kedves titkokat őriznek. Azt sem várhatjuk el a gyermekektől, hogy az elalvás előtti szexuális fantáziáikról beszámoljanak. Ez az ő magánterületük, saját intimitásuk. Ezt a szülőnek tiszteletben kell tartania. Idézzük fel annak az édesapának az esetét, aki akkor döbrent rá arra, hogy lánya önálló egyéniség, amikor a három éves gyerek sírva mesélte, hogy rosszat álmodott, de nem akarta elmondani, hogy mit. A szülői túlvédő magatartás a titkok terén gyakran jelen van. Tiszteljük meg gyermekünket azzal, hogy korától függetlenül önálló egyéniségnek tekintjük!

Egy 19 éves lány mesélte, hogy anyja minden este leült az ágya mellé, és megkérdezte tőle, hogy mire *gondolt* aznap. Nem volt elég az, hogy mit csinált, hanem azt is szeretne volna tudni az anya, hogy mire gondolt a lánya. Világos, hogy ilyen gondolat-ellenőrzés esetén az önállósodás erősen csorbul. A háttérben az állt, hogy jelentős feszültségek voltak a szülők között, s az édesanya odaadó figyelme teljes egészében lányára irányult.

A leválás egyik fontos feltétele az, hogy a szülők között harmonikus kapcsolat legyen. Ha például az apa nem érhető el igazán érzelmileg, mert sokat dolgozik és későn jár haza, akkor az édesanya legfontosabb magánterületének a gyermekek nevelését érezheti. Minden figyelmével rajtuk csüng, nehéz elengednie őket önálló programokra. Például a fiatal felnőtt, már munkába állt gyermekére rátelefonál az édesanyja, hogy vitt-e magával uzsonnát. Ez aztán a munkatársak multságát is szolgálja, és képzelhetjük, milyen feszengést jelent a drága gyermeknek.

Ha nehéz a leválás, akkor ennek hátterében gyakran a szülők közötti feszültség érhető tetten. Az evészavarok mélyebb jelentésének megfejtésekor nem ritkán az a logikus magyarázat kínálkozik, hogy a gyermek gondosan „kitermelte” a tünetet, hogy szülei között valamivel összhangot tudjon teremteni – ez a valami pedig az ő betegsége. Ebben aztán – mármint abban, hogy a gyermeket kezelni kell, és aggódni kell az állapota miatt –garantáltan egyetértenek a szülők. Gondoljunk csak bele: a feszültségek között élő szülők számára az egyetlen igazán közös terület a gyermek idült betegsége lehet. A

krónikus betegségeknél mindig értékelnünk kell ennek a lehetőségét is, gyakorlatilag függetlenül attól, milyen betegségről van szó; krónikus gyulladásról, lelki zavarról vagy egyébéről. A tünetek nyelve sok mindent elárul, meg kell tanulnunk megfejteni azt. Nem könnyű szembesülések adódnak így az élet legkülönbözőbb érzelmi problémáival.

Párkapcsolatok, szexualitás

Az önállósodással párhuzamosan a szexuális fejlődés is döntő szakaszához érkezik a pubertás környékén. Ebben a korban tehát – amikor az evészavarok is jelentkeznek – igen nagy változások következnek be a fiatalok életében. A szexualitás nagyon erős biológiai késztetést, ösztönt jelent. Gyakori, hogy az evészavarban szenvedő fiatalok még nincsenek rendesen felkészülve a szexuális ösztönök elfogadására. Viaskodnak szexuális késztetéseikkel, nehéz beszélniük azokról, szüleikkel gyakran nem tudják megtalálni a megfelelő kapcsolatot ennek a kérdésnek a megbeszélésére. A szexualitás tabui megnehezítik az önállósodást. A szülők is gátjai lehetnek a szexualitás fejlődésének, ha féltik a gyermeküket a felnőtté válástól és ragaszkodnak ahhoz, hogy gyermekük még kicsi, önállótlan. A szexualitással kapcsolatos szigorú tiltások gyakran oda vezetnek, hogy a tabuként tiltott terület még érdekesebb lesz, noha a fiatalnak még nincs kellő ismerete róla. Sok feszültség jelenik meg így e téren, ami nem kedvez a harmonikus személyiségfejlődésnek.

A szülők szerepe – mind az anyáé, mind az apáé – ezen a téren is döntő. Az anya modellt nyújthat, milyen a nőiesség, hogyan bánjon a nagylány az erotikus késztetéseinek jelzéseivel. Kérdés persze, ha az édesanyának megoldatlanok a saját szexuális problémái, akkor mennyire tud segítségére lenni a nagylányának. A másik fontos hatás az édesapáké. Ők jobban féltik a lányukat, mint a fiúgyermeket, ez pedig néha a lány szexualitás iránti érdeklődésének a gátja is lehet. A tiltás komoly nyomokat hagyhat a lányban. Szuggesztív üzenetek szólhatnak az apa részéről arról, hogy a fiúkkal vigyázni kell.

A szexualitás harmonikus és rendezett volta azért fontos az evészavarokban, mert a két alapvető ösztön, az evés és a szexualitás közel van egymáshoz. Gyakori a szexuális zaklatás evészavarban szenvedő lányok között. Erről nehezebben beszélnek a család előtt – a szülők sokszor nem tudják, hogy ilyen esemény előfordult lányuk életében. Ha

a családi konzultációk során tud erről beszélni a lány, segíti a nyitottságot, a feszültségek kezelését. A sexualitás problémái azonban inkább egyéni terápia tárgyai lehetnek.

3.23. Önfeláldozás – leválás

Az önállóság szorosan összetartozik a szülői önfeláldozás problémakörével. Ha a szülők életüknek legfontosabb területének a gyermeknevelést tartják, és keveset tudnak törődni saját magukkal, házasságukkal, kapcsolatukkal, akkor ezt az igen érzékeny gyermek egészen biztosan megérzi. Megérzi, de nem díjazza. Semmi szüksége nincs arra, hogy szülei mártírhalált haljanak az ő oltárán. Ez egyébként a gyermekekben élethossziglan tartó büntudatkeltés legjobb eszköze. Gondoljunk csak arra, hogy egyes öngyilkosságok üzenete is a síron túl tartó bosszú. Ha valaki azt írja a búcsúlevelében, hogy miattad öltem meg magam, akkor ez a hátramaradottnak élete végéig komoly lelkiismeret-furdalást, büntudatot, önmarcangolást jelenthet. Nem kevés élet kerül így vakvágányra. Kíméljük meg gyermekünket az ilyen útra tévedéstől!

Láttuk korábban, hogy a mártírviselkedés rejtett agresszivitásnak felel meg. Mindenáron el akarok érni valamit, semmilyen eszközt nem sajnálok erre. Érzelmi zsarolás, s mivel nem lehet erre nyíltan dühösnek lenni, marad a rejtett agresszió, a dac.

Arra, hogy az önfeláldozás nem hasznos stratégia, egy példát hozok. Ha valaki gödörbe esik, azt csak úgy húzhatjuk ki, hogy a fél kezünket odanyújtjuk neki, a másikkal viszont megkapaszkodunk egy bokorban, mert ha mind a két kezünket nyújtjuk, a lent lévő leránt minket is a mélybe. Miért jobb az, ha ketten pusztulnak oda? Ez csak egy dolgot elégít ki: a segítő önfeláldozási szükségletét, aminek viszont már nincs köze a realitáshoz, a valódi, ésszerű segítségnyújtáshoz. A legtöbb, amit ilyen helyzetben tehetünk, hogy a fél kezünket nyújtjuk.

Dóra, egy 18 éves anorexiás lány anyja azt mondta, hogy ez a példa volt számára az egyik döntő momentum lánya betegségének átértékelésében. Miután a szülők visszanyerték stabilitásukat a túlvédő kétségbeesés fázisa után, a lányuk állapota igen hamar rendeződött. Mindössze 3-4 családi konzultáció történt.

Mit tegyünk önfeláldozás ellen? A szülők között jól működő kapcsolat egyik legfontosabb jele az, hogy a szülők mennyi időt tudnak együtt eltölteni. Itt a közös programokra gondolunk, a sétákra, a rövid kirándulásokra, az ismerősök meglátogatására, a közös vásárlásra és így tovább. Fontos, hogy ezeken a szülői programokon a gyermekek ne vegyenek részt; nem összecsaládi programról van szó, hanem kifejezetten a szülők közös időtöltéséről! Gyakran látjuk azt, hogy a szülők csak a gyermekekkel közösen vagy egyedül mutatkoznak. Az, hogy házaspárként kettesben lássák őket a szomszédok, együtt sétáljanak az utcán, gyakran már a múlté. Pedig milyen jó lenne, ha a gyermekek már egy kicsit megnőttek, újra moziba járnak, néha elmenni egy-egy színházba, vagy egy kirándulást tenni a környéken. A visszatérő hivatkozás az, hogy nincs időnk, mi mindent megteszünk a gyermekekért, nehéz időkből áldozatot kell hoznunk és így tovább. Ne felejtsük el azonban, hogyha a gyermekek igazán őszintén válaszolnának arra a kérdésre, hogy jólesik-e nekik az ilyen mértékű szülői önfeláldozás, valószínűleg azt mondanák, hogy nem kérnek belőle. Jobban szeretnék harmonikus szülőket látni, akik mintául is szolgálhatnak számukra ahhoz, hogy a felnőtt életet kellemesen is lehet élni. Hol van az megírva, hogy megtört arcú, fáradt, pedig valójában még nem is idős emberek legyenek a szüleik? Mindezekből nagyon fontos házi feladat következik.

javaslat: a szülők rendszeresen csináljanak közös programokat!

E programoknak nem kell több órás vagy egy-két napos, nagy programoknak lenniük; elég egy húszperces séta a környéken, negyedórás presszói beszélgetés ásványvíz és kávé mellett, közös bevásárlás, vagy rövid látogatás egy volt munkatársnál, osztálytársnál, rokonnál. Az nem lehet meglepetés, hogy a gyermekeket nem merik magukra hagyni. Ne felejtsük el, hogy a gyermekek általában igenis órákat töltenek el egyedül – ahogyan erről már korábban volt szó –, például az iskola után, amíg a szülők nem érnek haza a munkából. A közös szülői programok azt üzenik a gyermekeknek, hogy a szülők még tudnak mit kezdeni egymással, van teendőjük egymással, van közük egymáshoz.

A 15 éves, anorexiás Petra szülei nem hagyták még egyedül a két gyermeket (Petra öccse 13 éves volt). Végére is eljutottak oda, hogy egy napra elmenjenek az 50 km-re lévő hétvégi házukba kettesben. Persze, este még rátelefonáltak a gyerekekre, hogy mi

van velük. Másnap, amikor hazamentek, nem volt semmi baj, Petra elég rendesen evett is, a gyermekek jól megvoltak együtt.

A másik történet hasonló. Lili 15 éves volt és bulimiás, egy évvel fiatalabb öccsével nevelte őket korán megözvegyült édesanyjuk. Az anya nagy nehezen rászánta magát, hogy négy napra a tantestületével Párizsba menjen. A gyermekek jól töltötték a négy napot, Lili közben nem hányt egyszer sem, a mosatlan eléggé felhalmozódott, más érdekes nem történt.

Még néhány gondolat az önálló szülői programokhoz. Sokan annyira féltik a gyermeküket, hogy még néhány órára sem mernek eltávolodni tőle. Ez a szorongás már a szülő problémája. Minden veszélytől nem tudjuk megkímélni a gyermekünket. Veszélyes az iskola, tornaórákon baleset történhet, veszélyes az utca, nem kell mondani, hogy milyen helyzetek adódhatnak, veszélyes a közlekedés és folytathatnánk. Meg kell tanulni felismerni a veszélyeket, elkerülni őket, bánni velük. Ha a szülő élete végéig szorong attól, hogy gyermekét akár a legkisebb veszélynek is kitegye, saját lelkiállapotát teszi ki nagyon nagy veszélyeknek. Hagyjuk gyermekeinket önállóan lenni! Szabad a gyermekeket egyedül hagyni, a veszekedő felek között is megnövekszik az egyetértés, ha egyedül vannak otthon. Ez egy szokványos szociálpszichológiai tétel. Az egymásra utaltság mindig közelebb hozza a személyeket. Igen gyakran találkozunk azzal a helyzettel, hogy a gyerekek tulajdonképpen egész jól megvannak és eljátszanak otthon mindaddig, amíg a szülők haza nem érnek, onnantól viszont kezdődnek a cirkuszok, a veszekedés és a hajtépés. Ez a műsor azonban leginkább a szülőknek szól.

Nagyobb gyermekeknél akár egynapos kirándulásra is érdemes elmenniük a szülőknek. A nagyobb gyerekek már önállóan is eltölthetnek egy éjszakát, előre elkészíthetjük nekik az ételt stb. Próbálják ki, hogyan tudnak egyedül megbirkózni az étellel. Igen gyakran az a szakember meggyőződése, hogy a szülőkről való leválás sokkal inkább a szülők problémája, mint a gyermekeké. A gyermek tudja a kötelességét: neki fel kell nőnie, meg kell ismerkednie a valós világ kihívásaival, örömeivel és veszélyeivel, ki kell bontakoztatnia a saját életét. A szülőknek viszont, ha a gyermekek kirepülnek, szembe kell nézniük azzal, hogy kapcsolatuk működik-e még egyáltalán. Egy kiüresedett kapcsolatban nagyon nehéz lehet a közös élet folytatása. A gyermekek ezt

pontosan érzik, ezért teszik meg néha azt a szívességet, hogy akármilyen ürüggyel, de még otthon maradjanak (nyomós érv lehet egy krónikus betegség).

A szülői programokat tervezetten érdemes csinálni. Határozzák el a szülők, hogy hetente egyszer egy félórát közösen töltenek valahol. Érdemes megállapodni abban, hogy ez hétfélig nap legyen vagy esetleg hét közben, ne bízzák teljesen a véletlenre, mert akkor csak halogatják a dolgot. Ha ilyenkor a gyermekek könyörögni kezdenek, netán sírni, hogy ők is hadd menjenek a szülőkkel, akkor ezt célszerű kedvesen leállítani. Meg lehet nekik mondani, hogy találjanak ki ők is valamilyen külön programot. Töltsék el valahogy az időt, mert most a szülőknek arra van szükségük, hogy elmenjenek otthonról és megbeszéljenek egymással valamit.

A leválás problémái generációkon át hagyományozódhatnak. Ha a szülők nem tudnak rendesen leválni a saját szüleikről, büntudattal terhelt tartozásérzésük van, akkor ezt továbbadhatják a saját gyermekeiknek.

Az egyik édesapa (egy szimpatikus tanárember) szabad ideje java részét szülei kertjében, gazdaságában töltötte, mert úgy érezte, segítenie kell idős szüleinek. Emellett saját családja némileg háttérbe szorult, gimnazista nagylányai (egyikük anorexiás) kevesebbet kaptak az apjukból, mint szerettek volna. Az apa nehezen tudta feldolgozni a szüleivel kapcsolatos nagyon erős tartozásérzését. Az apa szülei, azaz a nagyszülők még azt is megengedték maguknak, hogy némileg visszaéljenek a fiuk szabadidejével. Előfordult, hogy amikor az apa megérkezett a szőlőt kapálni, akkor az édesapja azt mondta, neki most nincs kedve a dologhoz. Az apa pedig szó nélkül hazament, majd eljött újra a következő hétfélig.

Az ilyen helyzetekben tehát világos a feladat: meg kell találni a helyes arányokat a saját eredeti család (a származási család) és a jelenlegi család között. Nem könnyű azonban megtalálni ezt a kényes egyensúlyt. A nagyszülőknek is megvan a maguk története. Okuk lehet arra, hogy erősen kössék magukhoz gyermeküket, gondoljunk például a világháborús traumákra, veszteségekre, családok széthullására és így tovább. Ezek óriási erejű és nagyon mélyen lévő, generációkon át öröklődő, némileg már a kevésbé tudatos tartományba lenyomott élmények.

Megesik, hogy a szülőknek nincs is közös fényképük, sőt még olyannal is találkoztunk, hogy az esküvői képeiket sem tartották meg (mert nem jól sikerültek), így azok a nagyszülőknél maradtak. Csak a gyermekek születése utáni képeket őrizték meg, amiből arra következtethetünk, hogy a szülői feladatok kerültek előtérbe, a házastársi funkciók pedig háttérbe szorultak. A közös múlt felemlgetése, megidézése, a fényképalbumok nézegetése jótékony hatással lehet a kapcsolat erősítésére.

Javaslat: érdemes átgondolni, hogy mik voltak azok az értékek, amelyek alapján a szülők egymást választották. Miért pont őt választottam? Mi tetszett benne? A házaspár két tagja külön írja le ezeket az értékeket, aztán beszéljék meg.

Akkor, amikor a kapcsolat kiüresedőben van, és leginkább a gyermek tartja össze a házasságot, ezeknek a kérdéseknek az újbóli átgondolása nagyon hasznos lehet.

A szülővé válás nem könnyű feladat, a gyermekek is nevelik, alakítják a szülőket. Ez ugyanolyan dialektikus folyamat, mint a tanár-diák kapcsolat. A tanítás sem egyirányú dolog: az éles eszű diákok váratlan kérdéseiből rengeteget tanul a tanár. A szülők sokszor azt gondolják, hogy a nevelés egyirányú, mert a szülő mondja meg, hogy mi a helyes, és a gyerekek ezt érdemes megszívlelnie. Ez a beállítottság leginkább az önállóság kialakulásának az időszakában okoz feszültséget a gyermekekben. Érdemes megkérdezni a nagyobbacska gyermekeket, ők hogy képzelik ennek és ennek a helyzetnek a megoldását, mit szeretnének, mit látnak veszélyesnek és így tovább. A szülő csak akkor éljen vétőjogával, ha ez elengedhetetlen. A rutinszerű tiltásokon alapuló korlátozás inkább dacot, ellenállást vált ki. A következő arány jótékony lehet: a gyermekekre bízhatjuk – persze koruktól függően – dolgaik intézésének a háromnegyedét, a dolgok 20%-ában megszívlelendő tanácsokat adhatunk, és kb. 5%-ban mondjuk azt, hogy ezt vagy azt semmiképpen nem szeretnénk, vagy egyenesen megtiltjuk az adott dolgot. Az a szerencsés, ha ez a tiltási százalék minél alacsonyabb, és minél hamarabb kialakul a gyermekekben a korlátok helyes felismerésének képessége. Ehhez azonban a kudarcok elviselésének, megtapasztalásának az élménye is kell. Ha nagyon kipárnázzuk a gyermekek életét, kevésbé tanulják meg az önállóságot.

Az önállóság kérdéséhez tartozik a már említett felelősség is. A gyermekek fejlődése folyamán egyre nagyobb felelősséggel ruházzuk fel őket. Ezt meg kell tanulniuk, élniük

kell, gazdálkodniuk kell ezzel a tőkével. Ha mindig átvállaljuk a felelősséget a gyermek ügyében, az önállóság csorbát szenved. Szabad például a gyermeknek hibáznia, utána viszont vállalnia kell a hiba következményeit. Nem kell büntetnünk a hiba miatt, tökéletes ember nincs. Nem az a cél, hogy tökéletesek legyünk és mindig 100%-ot teljesítsünk, inkább az, hogy jó átlagot hozzunk ki magunkból. Ne a 100% legyen tehát a cél, hanem például a 90–95%-os átlag. Ez azt is jelenti, hogy néha elég, ha csak 60–70%-os teljesítményt nyújtunk, így el tudjuk érni azt, hogy ihletett pillanatokban 101%-ot teljesítsünk.

3.24. Perfekcionizmus

A tökéletességre való törekvés az evészavarban szenvedők között nagyon gyakori. Megszokott dolog, hogy a szülők (leggyakrabban talán a pedagógus szülők – ez van, én is pedagógus szülők gyermeke vagyok!) elvárják a gyermektől a maximális teljesítményt, a tökéletességet. Ezzel viszont nagy terheket raknak a gyermek nyakába, erős teljesítményszorongás léphet fel, amely hosszú távon gátolja a teljesítményt. Ha megengedjük a gyermeknek azt, hogy néha hibázzon, vagy a kevésbé fontos dolgokra ne fordítson túl sok időt, akkor jobban megtanul gazdálkodni az energiáival. Számtalan példát lehet mondani a tudománytörténetből, amely arról tanúskodik, hogy a később Nobel-díjassá vált tudós fiatal korában igenis elhanyagolt bizonyos területeket. Ez nem felmentés akar lenni a gyermekek számára a lógásra, hanem annak átgondolására való buzdítás, hogy sokkal többet segítünk a gyereknek akkor, ha megtanítjuk őt a fontossági listák felállítására. Ezt a kérdést nagyon el szokták hanyagolni a szülők, pedig a mai menedzserszemléletű világban ez már a különböző szervezéstechnikai és szervezészélektani kérdések egyik fontos tantétele is. Tessenek prioritásskálákat felállítani! Tanuljon meg a gyermek különbséget tenni a lényeges és a lényegtelen dolgok között, a fontos és a kevésbé fontos dolgok között, a sok időt igénylő és a kevés időráfordítást is elviselő dolgok között.

Álljon itt egy rövid sportpélda. Sok évvel ezelőtt egy kispuskaszámban 600 kör volt az elérhető maximum, amit a sportoló akkor érhetett el, ha 60 lövésből mindig tízest lőtt. Az idő tájt 597 kör volt a világcsúcs, melyet egy versenyző egy körrel megjavított, azaz 598 kört ért el. Az interjúban, melyet a világcsúcs elérése után készítettek vele, azt nyilatkozta, hogy amikor először lőtt a sorozatban kilencest, akkor megnyugodott. Nem

esett kétségbe, mert tudta, hogy ennek be kell következnie. Utána nyugodtan lőtt tovább, majd lőtt még egy kilencet, és ezzel a két kilencessel lett összesen 598 körös az új világcsúcs, azaz 58-szor tízest lőtt és csupán kétszer kilencet (ami mindössze néhány milliméterre van a nagyon kicsi átmérőjű tízes körtől). Gondoljunk csak bele: bosszús is lehetett volna, gondolkodhatott volna úgy, hogy ha már (mondjuk) 30-szor tízest lőttem, miért nem lehetett a harmincegyedik lövés is tízes? Ez viszont az örökös elégedetlenségnek a táptalaja lenne.

Említsünk fel egy, az iskolai teljesítményekre adott jellegzetes szülői reakciót is. Ha a gyermek azzal jön haza az iskolából, hogy a tesztje alapján ötöst kapott matematikából, akkor a teljesítményorientált szülő nem azt mondja, hogy bravó, csak így tovább, hanem megkérdi: hány pontot értél el a teszten? A válasz: 100 volt a maximum, én pedig 93-at. Erre a szülő: és a maradék hét pont? Tehát nem az elismerés, a buzdítás, a serkentés nyilvánul meg a szülő részéről, hanem a maximális teljesítmény elérését célzó szelíd szemrehányás. Hát nektek semmi sem elég? – kérdezheti a gyermek.

A felelősség és az önállóság kérdése gyermekkorban természetesen leginkább a tanulás körül csúcsosodik ki. Máris tegyük hozzá, hogy ne csupán a tanulás legyen a gyermek életének fő színtere. Legyen felelőssége a család életének valamelyik szejletében, például a takarításban, a szülőknek való segítségnyújtásban, a kistestvérrel kapcsolatos valamilyen programban, a nagyszülők gondozásában és így tovább. Gondoljunk arra, hogy a fürdőszoba felmosása kb. kettő perc időráfordítást jelent. A beágyazás másfél-két perc, sokszor fél perc alatt is elintézhető. Ezek a dolgok tehát nem veszik el a figyelmet és az energiát a tanulástól, viszont növelik a felelősséget a gyerek saját életének, életkörülményeinek rendezettebbé tételében.

Nem egyszer találkoztunk olyan helyzettel, hogy a szülők nem akarták terhelni a gyermeket, mert érettségire készült. Még a fenti, igen kevés ráfordítást igénylő feladatokat sem jelölik meg számukra. Semmi felelősségük nem marad a család hétköznapi teendőiben.

Sok szülő vagy együtt tanul a gyermekkel, vagy rendszeresen kikérdezi minden tárgyból. Ez eléggé sikamlós terület. Természetesen jó a segítség azokban a tantárgyakban, ahol a gyermek esetleg nehézségekkel küszködik. Viszont a túlzott

szülői felügyelet ezen a téren azt jelenti, hogy a gyermek nem lesz önálló, nem tanul meg egyedül felkészülni. Van még itt egy probléma. A gyermek kettős kontrollal kénytelen szembenézni. Egyrészt a szülőnek tartozik beszámolóval, másrészt a tanárnak. A gyermek engedelmeskedik a kontrollnak, viszont valamilyen téren garantáltan ki fogja azt játszani, vagy pedig önállóságának harmonikus fejlődése szenved majd csorbát. Előfordult például, hogy egy orvos szülő együtt tanult joghallgató fiával. Ennek aztán végképp semmi értelme. Ha a gyerek nem rendelkezik kellő képességekkel, ne menjen egyetemre. Ha viszont van némi esze, tanuljon meg önállóan tanulni.

Ismerek olyan felnőttet, akinek 40 éves kora ellenére a 75 éves szülei pucolják a cipőjüket. Magyarázat természetesen van: a csípőficamos férfit gyermekkorától kezdve óvni kellett. De ha nem tanulja meg önállóan megtisztogatni a cipőjét, akkor abból problémák lehetnek.

Egy extrém példát hadd említsünk meg. Egyszer egy 13 éves gyermeket azzal hoztak a szülei egy kolléganőmhöz, hogy táborba kellene mennie, de még nem tudja önállóan kitörölni a fenekét. Kiderült, hogy életének mind a 13 évében volt valaki a családban, aki ezt a feladatot elvégezte helyette – vagy a szülők, vagy a nagyszülők, de valaki mindig ott volt, a gyermek mindig kapott segítséget ebben a szokványosan intim feladat elvégzésében, amelyet pedig a gyermeknek már 3–5 éves kora körül érdemes megtanulnia.

3.25. Családi örökségek

Általában nem tudatos számunkra, hogy milyen értékeket, üzeneteket hozunk szüleinktől, nagyszüleinktől, a korábbi generációktól. Egy-egy döntésünk alkalmával nem válik tudatossá az, hogy milyen komoly hatást jelentenek a döntés meghozatalában a korábbi generációkból származó minták. Vegyük például a pályaválasztás kérdését. Sok gyermek számára teljesen nyilvánvaló, hogy ugyanazt a foglalkozást kell űznie, mint valamelyik szülőjének. Így alakulnak ki aztán a pedagógus vagy orvos családok, amelyekben generációkon keresztül öröklődik a foglalkozás. Ha megkérdezzük ismerőseinket, miért is azt a szakmát választották, amit, gyakran azt a választ kapjuk, hogy egyszerűen nem volt más elképzelésük. Nyilvánvaló volt, hogy ezt kell csinálnom

– hangzik a válasz. A pszichológus számára ez a „kell” az érdekes. Miért pontosan azt kellett tennie? Ezekre a nem tudatos, de szükségszerű döntésekre a mélylélektani mozgatórugók megértése vethet fényt. Miért érdekes ez az evészavarok szempontjából? Például azért, mert az *étel értékének* a különböző családokban más és más szerepe lehet. Gondoljunk a világháborúkat átélt nagyszülők szokásaira. Emlékszünk, hogy nagyszüleinknél nem volt szabad kidobni a száraz kenyeret, mert az még jó lesz valamire. Akkor, amikor az étel a túlélés záloga, az életben maradás feltétele, akkor szóba nem jön az, hogy pazarolni lehetne, vagy vissza lehetne élni az étellel. Ahhoz, hogy manipulálni lehessen vele, az ételnek bizonyos fokú elértéktelenedést kellett elszenvednie. Fekete Afrika éhező országaiban például nincsenek evészavarok. Ott reális éhezés, súlyos alultápláltság van, de anorexiáról szó sincs. Csak a fogyasztói társadalmakban következhetett be az, hogy az étel pazarolható árucikké vált. Korábban pedig, jól tudjuk, szentség volt. Mi lett a „mindennapi kenyérünk”-ből? Láthatjuk tehát, hogy nemcsak a foglalkozásunkat, alapvető szokásainkat, hanem a legfontosabb értékeinket is szüleinktől, származási családukból hozzuk, ez az a közeg, amely közvetíti a társadalmi értékeket.

Újabb fontos szempontot jelent a *közös evés* erős kohéziót jelentő volta. A nagy vasárnapi ebédek a család összetartozását jelentik. Hét közben gyakran alig találkoznak a családtagok, kapkodnak, rohannak. Igazából a hét vége a legfontosabb, kitüntetett időszak az együttétkezés és a család összetartozásának szempontjából. Mégis gyakori, hogy ez az idő feszültséggel telített. A szülők fáradtak, pihenni szeretnének, ugyanakkor sok ház körüli munka vár rájuk, vagy a kertben kell tevékenykedni, nem érnek rá a gyerekekkel foglalkozni, a fáradtság és a fásultság lesz úrrá a családon. Ilyen körülmények között a közösen elköltött ebéd inkább feszültség-, mintsem örömforrássá válik. Meg kell teremteni a hétvégék nyugodtabb hangulatát is, és ez nem kis feladat. Ehhez hozzátartozik a békés együtt-étkezés is, mint az összetartozás jelképe.

Sok családnál előfordul, hogy a hétvégét valamelyik nagyszülő házában töltik el, legalábbis a vasárnapi ebédet. A nagyszülők egyik kitüntetett kompetenciaterülete lehet a család etetése. Elvárják, hogy a család megjelenjen náluk, megegye a főztjüket és megdicsérje annak minőségét. Ha nem eszünk a nagymama által készített ételből, az sértésnek számít, amiből aztán különböző feszültségek támadnak. Előfordul, hogy a nő nem megy el a vasárnapi ebédre az anyósához, mert korábban ebből viták származtak.

Elviszi a családot az anyósához, de ő maga nem ül le vele egy asztalhoz. Ez természetesen különböző bonyodalmakat okoz. Az egyik szokványos feszültségforrás az, amikor a nagyszülők gyermeke két malomkő között őrlődve próbál a szülei és a házastársa között lavírozni. Az ilyen őrlődések nagyon nehezek, és ne gondoljuk, hogy a gyermek nem veszi észre ezek lényegét. A család szerkezetét tekintve ilyenkor a szakemberek arra próbálják felhívni a figyelmet, hogy az új család az az önálló egység, mely dönt a saját sorsáról. A nagyszülőknek már csak tanácsadói szerepük van, de a család mindennapi döntéseiben nagyobb szerepet vállalniuk nem célszerű. Illetve nem célszerű nagy teret biztosítani annak, hogy a nagyszülők döntsenek el alapvető kérdéseket: melyik iskolába menjen a gyerek, milyen ruhát vegyenek neki, hogy illik viselkednie és így tovább.

Gyakran hallunk olyasmit, hogy az anya a pszichológusnak, az orvosnak panaszkodik, hogy mennyire megszidta őt az édesanyja. A szülők sokszor nem tudnak önállóak lenni, elszakadni saját szüleiktől. Ha nem tudták harmonikusan megoldani a saját leválásukat a szülői háztól, akkor – büntudattal telve – képtelenek védekezni az ilyen szemrehányásokkal szemben. Nehéz feladat, de a szülőknek meg kell tanulniuk leválni a saját szüleikről, és indulatok, felesleges feszültségek, agresszivitás és sértés nélkül derűsen elmagyarázniuk azt, hogy az ő családjuk most így és így képzelte el a dolgokat, ezt vagy azt a megoldást választják. Köszönettel elfogadják minden tanácsot, de engedték meg nekik, hogy a végső döntést ők hozzák meg. A nagyszülőknek viszont meg kell tanulniuk tehermentesíteni magukat, és a közvetlen döntéshozó felelősségteljes szerepéből kissé hátralépve, a bölcs tanácsadó szerepét vállalniuk. Hadd nyüglődjenek a fiatalok, azaz a szülők a nehéz döntések jelentette felelősséggel. Így adódik át a felelősségviselés képességének megtanulása egyik generációról a másikra. Ha a gyermek azt látja, hogy az ő szülője képtelen felelősségteljesen dönteni, és a nagyszülőkre vár, akkor nagyon nehéz lesz megtanulnia azt, hogyan is vállaljon komoly felelősséget. Ebben a mintaadás megint jó eszköz.

Minden család működésében, lélektani alapállásában fontos szerepet játszanak valamilyen alapvető *hiedelmek, mítoszok*. Az, hogy hogyan fogja fel a világot egy család, az a saját történetétől, hagyományaitól, értékeitől, szokásaitól függ, melyek természetesen családonként különböznek. Érdemes elgondolkodni azon, hogy a mi családjunkban milyen alapvető értékek a fontosak? Milyen szempontok alapján

igyekszünk tenni a dolgainkat? Érdemes összeülni és megtárgyalni ezeket a kérdéseket. Van olyan család, ahol a becsületesség a legalapvetőbb érték, és ennek mindent alárendelnek. Kínosan ügyelnek arra, hogy becsületbeli dolgokat illetően a legkisebb sérelem se essék; ennek mindent alárendelnek, karriert, anyagiakat, előremenetelt és egyebeket. Természetesen az nem baj, ha fontos a becsületesség, de a túlhajtott, görcsös erőlködés valamilyen irányban figyelemreméltó lehet. Bizonyosan megvan ennek az oka, és érdemes rajta elgondolkodni, hogy mi lehet az. Más családokban a teljesítmény lehet a központi vezérlő motívum. Így például a pedagóguscsaládokban nem ritka, hogy az iskolai teljesítmény jelenti mindennek a mércéjét. Megint más családokban a gyermekek felnevelése, gondozása, kiszolgálása válik a központi vezérlő eszmévé. Ennek nyomán a szülők elhanyagolják a saját magukkal való törődést, és mindent a gyermekek igényének, néha kénye-kedvének rendelnek alá.

A családi üzenetek megértésének az egyik legjobb módja a *családfa* (szaknyelven genogramm) készítése. Ezt legalább három generációra célszerű elkészíteni. Szerepeljenek benne a gyermekek, a szülők és a nagyszülők, mindenkinek a családtagjai és testvérei. A női családtagokat körrel, a férfi családtagokat négyzettel jelöljük. A házasságot a kettejük közé húzott vonal jelenti, és az ebből a vonalból leágazó újabb vonalak jelentik a gyermekeket. A négyzetekbe és körökbe célszerű beírni a családtagok életkorát, vagy ha meghaltak, akkor keresztet tenni melléjük.

A családfakészítést érdemes kiegészíteni a *családi fotók* rendezésével is. Ha elővesszük régi képeinket, fényképeinket, azokból is összeállítható valamilyen családfa. Az is jellemző lehet, hogy milyen korról nincs fénykép. A családfa sok mindenről árulkodhat. Ha végiggondoljuk a családban előfordult válások történetét, vagy azt, hogy ki miben halt meg, volt-e abortusz, házasságon kívül született gyermek, eddig eltitkolt öngyilkosság, ennek mind-mind szerepe lehet. Megdöbbentő lehet például az, ha a családfaelemzésekből derül ki, hogy a gyermekben már korábban lappangott és motoszkált valami, valamilyen irányban komoly feszültséget érzett, sejtett valamit korábban meghalt testvéréről, öngyilkosságról, házasságon kívül született gyermekről. Megdöbbentő felismerések lehetnek ezek – kérdés persze, hogy mikor kell az ilyen dolgokról tudomást szereznie a gyermeknek. Ha jelzéseket kapunk tőle, hogy szeretné tudni, mi is történt valójában a családban, akkor mindenképpen érdemes tiszta vizet önteni a pohárba. Ha egy gyermek nem tudja, hogy ő miért az édesanyja nevét viseli,

míg testvére az apja nevét, akkor 10-12 éves kora körül komoly dilemmái lesznek. Rossz esetben az iskolatársak csúfolódása hívja fel a figyelmét arra, hogy valami szokatlan van a családnevekben.

Javaslat: készítse el a család közösen a családfát, illusztrálja azt a családi fényképek előkeresésével. Próbálják felderíteni a hasonlatosságokat a névadásban, foglalkozásokban, betegségekben. Beszéljék meg azokat a családi titkokat, amelyet már meg lehet beszélni a gyermekekkel.

Meg kell tanítanunk gyermekeinket arra, hogy emelt fővel nézzenek szembe a családi múlttal. A családi múlt elemzése – a foglalkozások választásától a visszatérő döntésekig – sok-sok tapasztalatot hoz. A dolgok néha kísértetiesen ismétlődnek a családon belül. Ugyanabban az életkorban házasodunk meg, mint a szüleink, ugyanakkor lesz gyermekünk, mint amikor mi megszülettünk a szüleinknek és így tovább. Ennek a jelentőségét akkor látjuk igazán, ha valamilyen súlyos negatív üzenet, például az öngyilkosság veszélye jelentkezik valamilyen életkorban. Drámai erejű lehet például szembesülni azzal, hogy az apám 50 éves volt, amikor öngyilkosságot követett el, és én 50 éves koromhoz közeledvén szintén hasonló gondolatokkal foglalkozom, ugyanúgy kilátástalannak látom a további életet. Miért ne szakadhatnának meg azonban az ilyen láncok? Miért volna szükségszerű az, hogy megismételjük az eddigi családi forgatókönyvet? Miért ne lehetne új forgatókönyvet írni, és azt továbbhagyományozni utódainkra?

Tudjuk persze, hogy hajlamosak vagyunk ugyanazokat a botorságokat elkövetni, amelyeket őseink, döntéseinkben van valamilyen ismétlési kényszer. Ennek az egyik oka az, hogy nincs előttünk más minta. Aki csak néhány megoldástípust ismer az életből, az természetesen csak ezek közül válogat. Ebből a szempontból a személyes élettapasztalatoknak óriási értékük van. Nehezebb ugyanis a moziból átélni ugyanazokat az élményeket, a filmvászonról levett minták korántsem olyan intenzívek, mint a személyes tapasztalás. Nem arról van szó természetesen, hogy mindenféle eshetőséget végig kellene élnünk ahhoz, hogy választani tudjunk közülük. Ha viszont a család sokféle megoldásra nyitott, mindenfélét képes kipróbálni, akkor az sokat segíthet a döntésekben. Nyitottabbá válnak az utódok, nem a görcsös elakadást látják valamilyen téren, hanem a további lehetőségek közötti kreatív válogatás lehetőségét.

3.26. A terápia lezárása

Sikeresen befejeződött tehát a családi konzultációk sora, a terápia. Mi lesz ezután? Számíthat-e a család visszaesésre? Sok kérdés merül fel, de már könnyebbek, mint a családi konzultációk előtti, kezdeti tanácsstalanság idején.

Láttuk az evészavarok ismertetésénél, hogy jó esély van a felépülésre. Azokban az esetekben, amelyekben több komoly probléma társul egymáshoz, rosszabb a prognózis. Ezt látjuk például a multiimpulzív betegek esetében. Számukra intenzívebb, intézeti kezelés jelenti sokszor a javulás lehetőségét.

A családterápia műfaja azért is jó, mert nem zár ki más megoldásokat. Attól, hogy a családnak el kell mennie néhány hetente konzultációra, még kaphat a bulimiás lány gyógyszert, járhat csoportra is. Fontos azonban, hogy ezeket a kombinációkat megbeszéljék a terapeutákkal. Néha lehetnek nemkívánatos ütközések is, ha például a beteg a csoportterápiás találkozásokon nem akar érdemben megnyilatkozni, mert „kibeszélte magát” a családi konzultációkon.

A konzultációsorozat nem azt jelenti, hogy a terapeuta pusztán „gyógyít”. Az együttműködésen van a hangsúly. Ajánlanék egy metaforát ennek illusztrálására: a családi konzultációk olyan társalgásnak felelnek meg, mintha egy vonaton utazna a család, aztán valahol felszáll a vonatra egy ember, akit beengednek a fülkájukbe, beszélgetnek egy ideig, aztán a jövevény leszáll. Mindenki megy a maga útjára – remélhetőleg megváltozottan, és gondolatokban, az emberi kapcsolatokat megváltoztatni képes ötletekben gyarapodva. Nemcsak a család: a jövevény is.

A konzultációk végén el lehet mondani, hogy kapcsolat alakult ki egy segítő szakemberrel, akihez alkalomadtán később is lehet fordulni. A jelen kötet nem pótolja ezt a kapcsolatot, bár nem lehetetlen, hogy sokat segít. Egyszerűbb problémák megoldódhatnak csupán a leírt gondolatok egyikének-másikának kipróbálásával. Valószínűbb azonban, hogy a könyv kiegészítéséül szolgál a családi konzultációkhoz.

Azok viszont hatékonyabbak lehetnek, ha már sok mindent megismert a család ennek az érdekes zavartípusnak a furcsaságaiból.

3.27. Választhat-e egészségügyi pályát evészavarban szenvedő beteg?

Érdekes felvetés, hogy az evészavarból kilábalt betegek választhatnak-e olyan pályát, amely hasonló betegekkel való találkozást feltételez. Különös élesen merül fel ez kérdés akkor, ha a beteg nem gyógyult meg teljesen. Sok szakembert foglalkoztatott ez a probléma, mellyel kongresszusok fő témájaként is találkozhattunk. Ebből is látszik, hogy nem egyedi esetekről van szó – sok evészavaros lány szeretne később pszichológus, szociális munkás, ápolónő lenni. Ilyenkor célszerű, ha nem egészségügyi foglalkozást választ a beteg. Ha mégis így dönt, éretten és megfontoltan, akkor is legalább két év tünetmentes szakaszt javasolnak, mielőtt valaki ilyen pályára adja a fejét. Ha nem lábalt ki teljesen a beteg az evészavarából, akkor nagy a kísértés, hogy saját – nem teljesen megoldott – problémáját viszi tovább és más betegek tükrében tulajdonképpen magát gyógyítgatja. Amellett, hogy ez nemigen sikerül, rejtett csapdákat állít a megsegíteni kívánt személy elé. Tudattalan mechanizmusok tömege akadályozná a tisztánlátást és a hatékony segítségnyújtást. Például észre sem venné, hogy miért lesz indulatos, ha speciális helyzetekbe kerül a kliense. Ennek magyarázata lehet, hogy azért, mert saját betegségében a hasonló helyzet nem tisztázódott. A kliensek hamar átlátnak a terapeuta(jelölt) bizonytalanságán.

Mindenesetre ne feledjük, hogy a betegség nem csupán szenvedés, hanem személyiségérlelő kaland is. És ha sikerült változást elérni egy nehéz időszak végén, az egész család jogosan lehet büszke magára!

Irodalom

Családszichológiai, nevelésméleti, pszichoterápiás könyvek:

1. Asen, E.: A boldog család és a hozzá vezető út. Park Kiadó, Budapest, 1997.
2. Berne, E.: Emberi játszmák. Gondolat, Budapest, 1987.
3. Biró S., Komlósi P.: Családterápiás olvasókönyv. Animula, Budapest, 2001.
4. Cseh-Szombathy L.: A házastársi konfliktusok szociológiája. Gondolat, Budapest, 1985.
5. Koltai M. szerk.: Családorientált gyógyítás az alapellátásban. Családorvosi vademecum. Pécsi Orvostudományi Egyetem, Továbbképző Központ, é.n.
6. Peseschkian, N.: A tudós és a tevehajcsár. Keleti történetek – nyugati lelki bajokra. Helikon, Budapest, 1991.
7. Satir, V.: Az új családműhely. A család együttélésének művészete. BFI-Budapest, é.n.
8. Scott, V., Runnels, P., Doub, G.: A sikeres család. Alexandra, Pécs, 1999.
9. Watzlawick, P.: A helyzet reménytelen, de nem súlyos. Helikon, Budapest, 1989.
10. Watzlawick, P., Weakland, J.H., Fisch, R.: Változás. A problémák keletkezésének és megoldásának elvei. Gondolat, Budapest, 1990.

Szépirodalmi példák:

1. Kelley-Lainé, K.: Peter Pan, avagy a szomorú gyermek. Filum Kiadó, Budapest, 1997.
2. Kafka, F.: Az éhezőművész. <http://mek.oszk.hu/00400/00416/html/36atvalt.htm>
3. Kun E.: Családmesék. Magvető, Budapest, 1986.

Magyar nyelven elérhető, a családoknak ajánlható irodalom az evészavarok területéről:

1. Cooper, P.J.: Farkaséhség (bulimia). Springer, Budapest, 1994.
2. Dahlke, R.: Súlyproblémák. Bioenergetic Kft., Piliscsaba, 2000.
3. Kirkpatrick, J., Caldwell, P.: Evészavarok. Anorexia nervosa, bulimia, kényszerezés és egyebek. Hajja & Fiai Könyvkiadó, Debrecen, 2004.
4. Túry F.: Anorexia – bulimia. Az evés zavarai. Képzett Beteg Könyvek sorozat. B+V Kiadó, Budapest, 2001.

Magyar nyelvű szakirodalom:

1. Csabai M., Erős F.: Testhatárok és énhatárok. Az identitás változó keretei. József Műhely Kiadó, Budapest, 2000.
2. Csabai M., Erős F. szerk.: Test-beszédek. Köznapi és tudományos diskurzusok a testről. Új Mandátum, Budapest, 2002.
3. Dévald P.: Öndestruktivitás az evészavarokban. A Pszichoanalitikus Gyermek- és Serdülőterápiás Intézet kiadványa, Budapest, 1993.
4. Featherstone, M., Hepworth, M., Turner, B.S.: A test. Társadalmi fejlődés, kulturális teória. József Műhely Kiadó, Budapest, 1997.
5. Riskó Á. szerk.: Étkezési zavarok. Magyar Pszichiátriai Társaság, Budapest, 1993.
6. Túry F., Szabó P.: A táplálkozási magatartás zavarai: az anorexia nervosa és a bulimia nervosa. Medicina, Budapest, 2000.

Felhasznált idegen nyelvű szakirodalom

1. Richardson, R.W.: Family ties that bind. A self-help guide to change through family of origin therapy. Self-Counsel Press, Vancouver, 1984.
2. Treasure, J.: Anorexia nervosa: a survival guide for families, friends, and sufferers. Psychology Press, Hove, UK, 1997.
3. Vine, P.: Families in pain. Paantheon Books, New York, 1982.
4. American Psychiatric Association [APA]: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Washington, D.C. APA, 1994.
5. Dare, C., Eisler, I.: Family therapy. In: Handbook of eating disorders (szerk. Szmukler, G., Dare, C., Treasure, J.). New York, Wiley, 1995, 333-349. old.
6. Garner, D.M., Garfinkel, P.E. szerk.: Handbook of treatment for eating disorders. New York, Guilford, 1997, 145-177. old.
7. Minuchin, S.: Families and family therapy. Harvard University Press, Cambridge, Massachusetts, 1974.
8. Van den Broucke, S., Vandereycken, W., Norré, J.: Eating disorders and marital relationships. London, Routledge, 1997.
9. Vandereycken, W.: The families of patients with an eating disorder. In: Eating disorders and obesity (szerk. Brownell, K.D., Fairburn, C.G.). New York, Guilford, 1995, 219-223. old.
10. Vanderlinden, J., Norré, J., Vandereycken, W.: A practical guide to the treatment of bulimia nervosa. Brunner/Mazel, New York, 1992.
11. Vanderlinden, J., Vandereycken, W.: Overview of the family therapy literature. In: The family approach to eating disorders (szerk. Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J.). PMA Publishing Corp. New York, 1989.