

Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie?

Příspěvek k léčbě PPP

MUDr. Vladislav Chvála¹, PhDr. Ludmila Trapková²

¹Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec

²Ordinace klinické psychologie a psychoterapie, Praha

Autoři konstatují, že rodinná terapie je stále samozřejmější součástí léčby poruch příjmu potravy. Setkávají se však s tím, že za rodinnou terapii bývá někdy pokládáno pouhé setkání s rodinou, nebo její instruktáž ohledně kontroly jídla u dospívajícího jedince, který vzdoruje léčbě. Spolupráce s rodinou může být různě intenzivní, od pouhého seznámení a předání informací o nemocném členu, přes specifické úkoly až po skutečnou rodinnou terapii, která míří na podstatu problému poruchy příjmu potravy. Tu autoři vidí především ve stagnujícím separačním procesu. Pro jeho obnovení je podle nich mimořádně důležitá spolupráce s celou trojicí matka – dítě – otec a jejich souhra. Systemická rodinná terapie na rozdíl od individuální psychoterapie míří především do oblasti transpersonálních vztahů v rodině. Nemůže být dostatečná tam, kde převažuje individuální psychopatologie nositele příznaku (např. u poruch osobnosti), ale i zde může účinně individuální terapii doplňovat.

Klíčová slova: porucha příjmu potravy, anorexie, bulimie, rodinná terapie, narativní terapie, externalizace.

Is every encounter of a therapist with a family family therapy?

Contribution to PPP treatment

The authors conclude that family therapy is becoming commonplace part of eating disorder treatment. However, they come across the fact that family therapy is sometimes considered a mere meeting with the family, or a briefing on the food checking of an adolescent who resists treatment. Cooperation with the family can be variously intense, from a mere acquaintance and giving the information about the patient, through specific tasks to actual family therapy, which goes to the substance of the problem of eating disorders. The authors see it mostly in stagnant separation process. In their opinion, it is extremely important to cooperate with the trio of mother - child - father and their interplay to restore it. Systemic family therapy in contrast to individual psychotherapy aims primarily in transpersonal relationships in the family. It cannot be sufficient where individual psychopathology predominant the symptom carrier, e.g. personality disorders, but even here it can effectively complement individual therapy.

Key words: eating disorders, anorexia, bulimia, family therapy, narrative therapy, externalisation.

Psychiatr. praxi 2014; 15(1): 31–34

Úvodem

Rodinná terapie patří ke stále více uznávaným metodám při léčbě poruch příjmu potravy (1). Čím dál častěji se stává, že je k návštěvě lékaře nebo zařízení, kde je dcera hospitalizována, vyzvána celá rodina nemocné. Protože rodinná terapie není běžnou součástí lékařského vzdělání, nemusí být snadné pochopit, co se rodinnou terapií míní a jaký vliv na vývoj poruchy příjmu potravy tato léčba má. Přitom jde dnes už o rozsáhlou teoretickou oblast s bohatou aplikační šíří a relativně dlouhou historií (2–4). Zdravotníci někdy tvrdí, že rodina nemocného léčbu spíše komplikuje a raději se kontaktu s ní vyhýbají. Ošetřující praktik nebo specialista na výživu může být zaskočen sdělením, že pacientka s anorexií nebo bulimií navštěvuje rodinnou terapii, kde rady ohledně složení jídla nebo váhy nejsou zjevně hlavním tématem. Bez potřebných informací může být pro lékaře obtížné takovou léčbu podporovat, zvláště pokud se od některých rodičů doslechne, že s nimi odborník promluvil, ale měli nepříjemný pocit, že jsou snad za vážný stav dcery (nebo i syna)

odpovědní. Podle toho, co se dovídáme od některých rodin, se zdá, že někde je za rodinnou terapii označováno jakékoli setkání s rodinou pacienta. To sice samo o sobě může být také přínosné, ale zvláště u vážného průběhu nemoci je zcela zásadní schopnost a dovednost rodinného terapeuta ošetřovat pocity viny již tak dost zoufalých a bezmocných rodičů. Považujeme za užitečné znovu se podělit o naše zkušenosti s rodinnou terapií právě u poruch příjmu potravy, i když tak činíme opakovaně (5).

Systemická perspektiva a rodinná terapie

V rámci tohoto textu nemáme prostor ani ambici vyložit principy rodinné terapie jako takové. Této problematice se věnují dostatečně jiní autoři, například Skorunka (3) nebo Gjuričová s Kubičkovou (6). Zde je na místě konstatovat, že se systemická rodinná terapie vyvinula od padesátých let dvacátého století ve svébytný myšlenkový prostor. Její teorie absorbovala vlivy nejen z oblasti psychoanalýzy, ale také z teorie systémů, kybernetiky, sociologie, kulturní

antropologie, fyziky nebo matematiky a sama ovlivnila bádání v oblasti neurověd a biologie (7–8). V rámci této nové systemické perspektivy je rozvíjena celá řada směrů a škol rodinné terapie. Každý z nich klade důraz na poněkud jiné faktory. Zjednodušeně lze rozdělit většinu škol rodinné terapie (RT) do tří skupin podle toho, jaké faktory v rodinném systému považuje terapeut za klíčové v rozvoji a udržování tzv. psychopatologie či problému v rodině včetně příznaků poruchy příjmu potravy (9).

- Modely rodinné terapie první skupiny jsou založeny na předpokladu, že problémové chování udržují opakující se vzorce v rodinné komunikaci. Terapeutická práce je zaměřená na narušení těchto vzorců interakce a jejich nahrazení zdravějšími způsoby komunikace (např. strategická terapie, strukturální terapie, kognitivně-behaviorální RT).
- Modely rodinné terapie druhé skupiny jsou založeny na předpokladu, že zásadní jsou tzv. systémy přesvědčení, rodinné příběhy a nejrůznější diskurzy, ze kterých vycházejí opakované interakční vzorce, jež udržují

stávající problém. Cílem terapie je podpořit vytvoření nových systémů přesvědčení, příběhů a vyprávění, které umožní nahradit interakce udržující problém jinými (např. Milánská škola, přístup deShazera a Bergové, narativní přístup aj.)

- Modely rodinné terapie třetí skupiny kládou důraz na historické/kontextuální/konstituční faktory, které predisponovaly rodinné členy k tomu, aby přijali určité systémy přesvědčení, rozvinuli problematické vzorce (např. model Virginie Satirové, transgenerační přístupy, psychoedukační přístupy, ale také praxe psychoanalytické rodinné terapie aj.)

Ať zastává rodinný terapeut jakoukoli teorii, při setkání s rodinným systémem, ve kterém se vyskytuje ohrožující a zdánlivě nepochopitelné chování některého z členů rodiny, musí hned od počátku nikoli jen „diagnostikovat“, ale hned vést diagnosticko-terapeutický rozhovor, který iniciuje změnu. Technika takového rozhovoru není samozřejmá a její osvojování je podstatnou součástí dlouhodobého vzdělávání rodinného terapeuta. V klasické somatické medicíně vyžaduje proces diagnostikování „objektivistický“ odstup, nadhled. Ten není v rodinné terapii z podstaty rodinné terapeutického myšlení žádoucí ani možný, protože terapeut se stává automaticky a reflektovaně součástí systému.¹ Více než o diagnózu jde spíše o orientaci v chaotickém dění rodiny a vytváření bezpečného prostředí pro spolupráci. Rodinný terapeut rodinu neposuzuje, neinterpretuje, představa o tom, co se v rodině děje, se dynamicky mění. Jedním z hlavních nástrojů je hypotetizování. Jednotlivé hypotézy terapeut stále cirkulárně ověřuje přímo se členy rodiny. Klíčové bývá první setkání s rodinou, při kterém má terapeut plné ruce práce. Například: (volně dle Dallos a Draper (10))

- Mapuje kontext
- Navazuje autentický kontakt s každým členem rodiny, monitoruje a vztahuje se ke vztahům v rodině
- Využívá self-terapeutické reflexe vlastních prožitků ve vztahu k rodinnému tématu (v psychoanalytickém slovníku práce s přenosem)
- Podstatný je neustálý důraz na neobviňující přístup – na spolupráci místo kompetitivního tlaku na výkon, snahy o vyřešení pro-

blému/„opravu“ či „léčbu“ jedince za každou cenu bez ohledu na kontext

- Výhodná je znalost a dovednost práce s externalizací a užívání externalizačního jazyka od samého počátku (11)
- Domluva o žádoucím cíli terapie podle každého člena rodiny a práce s rozdíly mezi očekáváním jednotlivých členů rodiny
- Zajištění settingu (termíny, sestava, v jaké se budeme setkávat...)
- Případně úkoly pro jednotlivé členy

Během dalších setkání sleduje terapeut vývoj problému, společně s rodinou stanovují úkoly a znovu se vrací k výsledkům „pokusů“ o změnu. Setkání s rodinou trvají obvykle 60–90 minut a opakují se 1x za 3–4 týdny. Vliv na symptom nespočívá v „převýchově zlobícího adolescenta“, jak by se mohlo zvenčí zdát. Podstata změny je mnohem hlubší a složitější. Zjednodušeně řečeno, rodina, která trpí anorexií či bulimií (nebo jiným nebezpečným symptomem), je doslova ochromena jediným tématem – ohrožením, zvláště když jde o dítě. Všechno se točí kolem tohoto symptomu, což umrtvuje ostatní témata. Rodina stagnuje, pohyb k dalším vývojovým úkolům se zastavuje. Jednostranná perspektiva zohledňující pouze diagnózu duševní nemoci a biologickou léčbu může bezděčně k této stagnaci přispívat. Důležitým vývojovým úkolům a dynamice rodinného systému, jako jsou např. rigidní interakční vzorce, či transgeneračnímu kontextu pak nebývá věnována dostatečná pozornost (12).

Rodinná terapie otevírá prostor pro tabuizovaná témata, dopřává sluchu mlčenlivým nebo umlčeným členům, doslova obnovuje život rodiny a vyvádí ji ze stagnace. Pokud se to daří, symptom mizí. Proto také není ani tak důležité mluvit o jídle nebo váze jako spíše o tom, komu je s kým dobře, co kdo dělá rád a s kým, jaký mu k tomu dávají ostatní prostor, nebo co komu vadí. Je samozřejmé, že pro lékaře, který je vychován v představě, že nemoc musí mít tělesnou příčinu, tedy nějakou chybu, a proto je třeba zaměřit veškerou pozornost právě na hledání této chyby a její odstranění, je takový postup nepředstavitelný. Ani pro běžného psychologa nebo psychoterapeuta, který je zvyklý zabývat se psychikou jednotlivce, není taková práce s celým systémem samozřejmostí. Proto je průprava rodinného terapeuta značně náročná. (13)

Naše vlastní zkušenost rodinné terapie u poruch příjmu potravy

Přes dvacet let pracujeme s rodinami v oblasti psychosomatické medicíny jako rodinní terapeuti.

Systemická teorie sociálních systémů (14), zkušenosti z klinické psychologie, z porodnictví a společná narativní terapeutická praxe daly vzniknout specifickému popisu *rodiny jako sociální dělohy* (15). V rámci tohoto syntetizujícího popisu rodinných procesů se jeví puberta a dospívání dítěte jako *sociální porod*. Výhodou našeho pohledu je objev řádu v hloubi chaotického separačního pohybu v rodinách našeho kulturního okruhu. Naše práce pak může být specifitější, zaměřená na stagnaci z hlediska představy o procesu separace jako sociálního porodu (16).

Tendence k jistým pravidelnostem jsme přirovnali k porodnímu mechanismu, který je znám právě z porodnictví. Sledování dynamiky obvyklých posunů, tlaků a pohybů dítěte uvnitř porodních cest, náprava případných poruch, to je hlavní úloha porodníka. Pokud jde všechno dobře, může uklidňovat rodičku, že ač je proces velmi bolestivý, jde správným směrem a přinese nejen úlevu, ale i žádoucí výsledek: narození zdravého dítěte do světa mimo tělo matky. Protože také cesta dospívajícího dítěte z rodiny je bolestivou cestou pokusů a omylů jak na straně dítěte, tak ze strany rodičů, hledání a nalézání, posunů vpřed k větší kompetenci, je na místě chovat se v roli terapeuta, který se setkává s rodinou v období separace, podobně jako porodník. Jak však vyhmátnout přirozenou cestu sociálního porodu, tedy tu „správnou“ (tzn. bez dlouhých stagnací a s co nejmenšími zraněními) v případě tak složitého děje, jakým je separace z rodiny? Zatímco porod proběhne v řádu hodin, a rozdíly mezi anatomii jednotlivých rodiček a dětí nejsou velké, sociální porod probíhá měsíce až roky, a rozdíly v uspořádání rodin jsou velké, počet možných variant snad nekonečný. Cestu nám ukázaly právě rodiny s poruchou příjmu potravy.

Stovky rodin, které prošly našimi ordinacemi, byly sice velmi různorodé, avšak uspořádání kolem (převážně) dívek s mentální anorexií projevovalo podivuhodné pravidelnosti a zřetelně se lišilo od uspořádání kolem dívek s mentální bulimií. Každopádně se rodiny jeví jako stagnující, téma příjmu potravy zcela ovládlo rodinu a potlačilo ostatní témata právě pro separační proces podstatná? Náš úkol při práci s rodinami se brzy jevil zcela jasně: rozhybat stagnaci, obnovit separační pohyb. Nepřekvapuje, že průměrný věk začátku anorektického chování je o něco nižší než u mentální bulimie a maximum výskytu poruchy příjmu potravy je mezi 15–19 rokem (1). Typický průběh cesty sociálního porodu totiž

1. Tento fakt je jedním z důvodů, proč je rodinná terapie tak opatrně přijímaná psychiatrickými obory, které tradičně trvají na popisných diagnózách jednotlivce. Teorie rodinné terapie změnou perspektivy z jedince na celý systém může jen těžko potvrdit něco takového jako „diagnózu jednotlivce“.

2. Mezi taková témata patří otázky, co bude s rodiči po odchodu dětí, jak zvládne potomek sebeobživu v komplikovaném světě, jak zvládne partnerský život atd.

podle nás představuje oscilační výkyvy, které v první fázi vedou dítě k matce (pokud se pohyb zastaví, dojde k anorektické stagnaci) a ve druhé fázi k otci (může dojít k bulimické stagnaci). Úkolem těchto dvou bytostných setkání už skoro dospělého dítěte je zasvěcení do dospělosti, nejprve v ženském a pak i v mužském světě. Tento pohyb pozorujeme při práci s rodinami i u chlapců, ale u nich je samozřejmě s ohledem na gender odlišný od pohybu dívek. V první fázi je to pro chlapce vztah heteroerotický s matkou (u dcer homoerotický) a ve druhém případě homoerotický s otcem (u dcer heteroerotický). Síly, které jsou totiž ve hře, nejsou nijak odlišné od erotických vztahů s tím rozdílem, že zde jsou dospívající chráněni silami tabu před tělesným sexuální incestem (15). Atypické případy se mohou objevit i v jiném věku, avšak podstatnější než věk kalendářní, je časování podle zralosti separačního procesu. Současný nárůst odmítání jídla u malých dětí do 6 let jde spíše na vrub naprostého nedostatku pevnosti a řádu v současných rodinách, kde přestalo platit téměř cokoli, co zavání režimem. Děti nejsou pevně vedeny k bezproblémovým jídelním návykům (17).

Také porucha příjmu potravy v období separace má co dělat s řádem: Nejdřív se dospívající staví matce, později otci, jejich společným úkolem je držet dítě v pevných hranicích a ty postupně povolovat spolu s tím, jak se dítěti daří vnější požadavky na udržování pevné struktury zvnitřňovat, aby si později dokázalo určovat samo své meze. Dospívající s poruchou příjmu potravy nezná míru. Buď drží hranice příliš rigidně a nejí vůbec (restriktivní forma), přestože má hlad, na jídlo chuť, ale současně hrůzu z přejedení. Nebo naopak jakýkoli řád pustí a jí nekontrolovaně, případně zvrací nebo bere projímadla, excesivně cvičí. Často popisované lhaní není symptomem choroby, ale pochopitelná obrana dospívajícího před mocí dospělých, kteří se snaží nemocného kontrolovat. V období anorektické stagnace, která bulimickou stagnaci předchází, jde většinou o kalendářně mladší dívky, méně verbálně zdatné, perfekcionistické, poslušné, se slabou silou ega, špatně diferencující své vlastní prožívání od objektů, které určují vnější normy. Jejich vztah k jídlu je pravé nechutenství. Na jídlo nemají chuť a bojí se ho, mají zkušenost, že ho nebudou moci trávit.

Teprve později jsme si uvědomili, že projevem vývojové stagnace nemusí být jen mentální anorexie nebo mentální bulimie, ale jakýkoli jiný symptom (18). Je celkem jedno, zda tématem, kolem kterého se v rodině všechno točí, jsou jídlo, mdloby nebo drogy. Kontext je obvykle

stejný: stagnace rodiny, rigidní interakční vzorce, zvýšená agresivita nebo její popírání a obecně vyšší hladina negativních emocí. Stagnace jako zavírání perspektiv, zastavení pohybu, strach z budoucnosti. Nápadně častým, ale pečlivě skrývaným faktem v rodinách s obzvláště torpidním průběhem nemoci bývají partnerské krize rodičů, které se neřeší ze strachu z rozpadu rodiny. Teprve po otevření této Pandořiny skříňky dochází k obratu ve vývoji léčby poruchy příjmu potravy. Netřeba zdůrazňovat, že taková témata lze otvírat jen za předpokladu naprosté důvěry a nepatří do běžné ordinace lékaře.

Narativní terapie a externalizace a metafora rodiny jako sociální dělohy

Při používání externalizace v rámci narativní terapie je docela jedno, zda je dospívající vnitřním hlasem vybízen ke kontrole jídla, váhy, ke kontrole čistoty rukou, k excesivnímu cvičení, nebo baží po droze. Symptom by nás neměl zavádět na scestí: zápasem s jídlem, s dýchacími potížemi, s křečemi, s drogami nebo se špatnými známkami jen ztrácíme čas. Ve skutečnosti jde o to, prohlédnout si stav rodinného systému z hlediska separačního procesu a podle toho s rodinou zacházet. Dovednosti rodinného terapeuta se nám přitom dobře hodí. Jak jinak se vyptat na všechno, co k „diagnostice“ stavu rodinného systému potřebujeme? Cirkulární a reflexivní otázky, neutralita a hypotetizování jsou nezbytnou výbavou terapeuta, který přistupuje k rodině s Problémem. V terapeutickém procesu vyvstává Problém jako něco cizorodého, co přišlo do rodiny a co ovládlo do té doby zdravé dítě, ale nyní řídí a terorizuje nejen dítě, ale i celou rodinu. Autoři této metody Michael White a David Epston, rozvinuli celý protianorektický a protibulimický jazyk a vedou zápas dítěte za svobodu s entuziasmem, který je doslova nakažlivý (19). Získat dítě pro tento zápas je klíčem k úspěchu metody. Podstatné je totiž nejen říci, že za nemoc může Příznak a dítě je jeho obětí, ale současně a především učinit dítě zodpovědným v zápase za svobodu (11). Zdánlivá jednoduchost principu externalizace svádí k představě, že její provedení je snadné, a pokud nefunguje, je asi chyba v metodě (20).

V našem pojetí nepoužíváme externalizační slovník odtržený od kontextu sociálního porodu. Neustále sledujeme jeho průběh, odhadujeme, v jaké fázi se rodina nachází, „vyhmatáváme“ místa stagnace, a podle toho také zaměřujeme pozornost rodiny na její vývojové úkoly. Když se například zdá, že rodina stagnuje v první fázi

(anorektické), ať už se stagnace projevuje jakkoli, navrhujeme spíše úkoly, které povedou ke sblížení dítě s matkou, „dosycování“ mateřstvím a zasvěcování do ženského světa. Ve druhé fázi (bulimické) rodinu podněcujeme na cestě dítěte k otci a během sezení s rodinou vyzrávají úkoly k jejich sblížení a zasvěcování ve světě mužském. Období přechylování ze světa matky do světa otce je nejcitlivější a nejméně snadné. Všichni tři musí podporovat a často bolestivě zvládat separační síly od matky a k tomu současně hledat společné spontánní přitažlivé síly dcery a otce. Motivujeme rodinu, aby experimentovala. Komu je s kým dobře, mezi kým se spíš objevují konflikty? Jaký mají význam? Kdo má na chování symptomu vliv a jaký vliv má symptom na jednotlivé členy rodiny? Nejčastěji vidíme rodiny zastavené v místě mezi anorektickou a bulimickou fází separačního procesu. Zapojit otce bývá méně snadné než získat pro spolupráci matku. Je tomu tak na celém světě, jak ukázaly výzkumy jazykovědců už v sedmdesátých letech (21). Tak např. dokládají, že málokterý otec odpoví už na třetí opakování otázky dítěte, kdežto málokterá matka neodpoví už napoprvé. Většina otců používá častěji slova pro dítě neznámá, méně otců pozná své dítě jen podle hlasu atd. Zkrátka, ukázalo se, že otcové jsou pro dítě v komunikaci obtížnější, méně srozumitelní a méně chápaví. Vedle empatictější matky to oceňujeme jako výhodu. Dost dobrý otec nutí k výkonu, otužuje. Glaesonová předložila na základě výsledků rozsáhlého výzkumu teorii mostu (22). Podle ní otec tvoří pro dítě jakýsi most mezi ochranným prostředím rodiny a nároky okolního světa. To dobře souhlasí s našimi zkušenostmi z rodinné terapie ještě i dnes, v době, ve které dochází k zásadním posunům v genderových rolích muže a ženy.

Pokud se podaří dobře odhadnout, v jakém místě separačního pohybu se rodina nachází, a pokud se podaří odstranit překážky vývoje, obvykle nic nebrání tomu, aby symptom zmizel. Ztratí totiž svůj význam. Samozřejmě tam, kde je porucha organizovaná hlubší osobnostní psychopatologií, kterou nelze vyléčit rodinnou terapií, tam je na místě individuální práce s nositelem symptomu, medikace, pobytová režimová léčba atp. (23). Ale ani v takovém případě není rodinná terapie bez významu a urychluje individuální proces. Hlavní přínos metafora rodiny jako sociální dělohy vidíme v tom, že můžeme lépe porozumět významu nejroztodivnějších symptomů v období separace. Metafora dává smysl všem. Zážitek porodu je univerzální, každý chápe, že bolí a přitom ta bolest není patologická

ká, ale vede ke vzniku nového života. Při takovém pochopení snadněji vedeme rodinu pevně obtížným obdobím, bolesti se dají vydržet s nadějí na dobré vyústění. To je ostatně úloha porodníka. Provázet bolestnou a nadějeplnou zkušeností. Na konci sociálního porodu mladý dospělý, který převzal většinu funkcí a odpovědnosti na sebe, opouští rodinu.

Diskuze a závěr

Každé setkání lékaře s rodinou nemocné není samozřejmě rodinnou terapií a nemělo by tak být označováno. Přesto může být samozřejmě užitečné v mnoha ohledech. Doherty a Baird uvádějí pětistupňový model takové spolupráce podle míry angažovanosti rodiny v léčbě svého člena (24). Intenzita spolupráce se zvyšuje od malé v prvním stupni, když lékař poskytuje informace o nemocném, přes rostoucí integraci rodiny do léčby ve druhém stupni, kdy rodina získává soustavně medicínské informace a rady od lékaře. Ten může s rodinou spolupracovat bez speciálního školení v rodinné terapii. Ještě ani ve třetím stupni spolupráce, když lékař povzbuzuje rodinu v tom, aby jednotliví členové vyjadřovali své pocity k průběhu nemoci, a zvyšuje se podíl rodiny na léčbě jejího člena, nemusí jít o rodinnou terapii. Vzhledem k tomu, že se již mohou objevit náročná témata a problémy, je vzdělání lékaře v rodinné terapii u třetího stupně spolupráce s rodinou podle autorů vhodné. Takový postup se vyplácí u závažných somatických nemocí s výrazným vzájemným psychosociálním působením. Teprve poslední dva stupně spolupráce s rodinou patří do rukou zkušených rodinných terapeutů nebo dokonce týmů, které mají zkušenosti s vážnými onemocněními s psychosociálním významem. Zde je na místě diagnostikování rodinného systému a specifické postupy rodinné terapie, kterou provádí lékař nebo klinický psycholog se specifickým školením v rodinné terapii. A sem patří také léčba rodin s poruchou příjmu potravy.

Je samozřejmé, že i rodinná terapie bez specifického použití naší metafory rodiny jako sociální dělohy má na vývoj poruchy příznivý vliv. Jakákoliv její forma se dotýká fungování rodinného systému, přivádí k životu zamlklá témata, snižuje napětí a oživuje komunikaci mezi členy rodiny (25). Tak je jistě účinná i vícerodinná terapie, jak ji k nám přivedl Ivan Eisler (26) (4).

Nám se vyplatilo podívat se navíc podrobněji na celkový kontext poruchy v rodině s dospívajícím členem a přirovnat separační proces k porodu. Pokud můžeme využít dynamiky separačního procesu spolu s externalizací v rámci narativní terapie, významně urychlíme léčbu poruchy příjmu potravy. (5) K tomu využíváme rozdílných potenciálů matky a otce. Výhody rodiny s oběma genderově odlišnými rodiči oproti jiným rodinným konstelacím a kontextům jsou v tomto procesu nesporné. V našem konceptu rodiny jako sociální dělohy a separace jako sociálního porodu hrají významnou roli. Za tento názor býváme kritizováni ve světě, který se pokouší rozdíly mezi ženami a muži popírat a setřít v zájmu „politické korektnosti“ (17). Dnes už to není jen otázka víry nebo osobního názoru. Výzkumy mozku ukazují významné rozdíly ve struktuře a fungování ženského a mužského mozku, které se plně ustavují právě v období dospívání mezi 14. a 17. rokem věku. Tým z Calgary vedený Glorií Mak, nedávno u myši prokázal, že dvojice rodičů vytváří výhodnější podmínky pro mláďata než osamělý rodič. Taková mláďata mají významně lepší neurogenezi, která je navíc pohlavně odlišná (27). Pozoruhodné je, že tento rozdíl v uspořádání některých částí mozku se u myši přenáší i do další generace. Aniž bychom hodlali přenášet výsledky pokusů se zvířaty na člověka, pokládáme za pozoruhodné, že je naše klinická zkušenost s lidskými rodinami a s transgeneračním přenosem poruchy, jakou představuje chybění jednoho z rodičů, nápadně podobná (28). Ve světě, kde stále častěji dospívají děti v jednopohlavních rodinách, musí přibývat poruch separačního pohybu, jsou-li podle našeho názoru k jeho úspěšnému naplnění potřební dva rodiče s odlišným chováním genderově rozdílným potenciálem. A porucha příjmu potravy svým průběhem i načasováním mezi takové poruchy patří.

Literatura

1. Papežová H. Spektrum poruch příjmu potravy. Praha: Grada 2010: 424.
2. Minuchin S. Familie und Familientherapie. Freiburg: Lambertus 1977: 376.
3. Skorunka D. Rodinná terapie. In: Vybíral Z, Roubal J. Současná psychoterapie. Praha: Portál, 2010: 235–269.
4. Scholtz M, et al. Multiple family therapy for anorexia nervosa: Concepts, experiences, results. J Fam Ther 2005; (27): 132–141.
5. Chvála V, Trapková L. Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. Prakt Lék 2000; 80(9): 515–524.

6. Gjuričová Š, Kubička J. Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy. Praha: Grada 2003: 182.
7. Bateson G. Mind and Nature: Necessary Unity. New York: Bantam Book, 1988: 197.
8. Maturana HR, Varela FJ. Autopoiesis and Cognition: The Realization of the Living. Dordrecht: D.Reidel Publ. Comp. 1972: 141.
9. Carr A. Family Therapy: Concepts, Process and Practice. (3rd edition) New York: Wiley and Sons 2012: 650.
10. Dallos R, Draper R. An introduction to family Therapy; Systemic Theory and Practice. (3rd edition). Berkshire: Open University Press 2010: 246.
11. Marner T. Letters to Children in Family Therapy. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers 2000: 107.
12. Skorunka D. Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují. In: Mareš J, Vachková E. Pacientovo pojetí nemoci III. Brno: MSD 2011: 53–74.
13. Trapková L. Zpráva o Výcviku v rodinné terapii psychosomatických poruch v Liberci. Psychosom 2013; 2: 114–128.
14. Luhmann N. Sociální systémy. Nárys obecné teorie. Praha: CDK 2006: 550.
15. Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál 2004: 227.
16. Chvála V, Trapková L, Skorunka D. Social Uterus: A Developmental Concept in Family. Contemp Fam Ther 2012; 5: 293–312.
17. Lipovetsky G, Juvin H. Globalizovaný Západ. Polemika o planetární kultuře. Praha: Prostor 2012: 231.
18. Chvála V, Trapková L. Indikace rodinné terapie v psychosomatice. Psychosom 2013; 10(3): 146–164.
19. White M, Epston D. Narrative Means to Therapeutic Ends. New York: W.W.Norton 1990: 229.
20. Eisler I. Výhody a nevýhody v používání externalizačních technik v léčbě poruch příjmu potravy. Praha: Solen, 2013. IX. mezinárodní interdisciplinární konference o poruchách příjmu potravy a obezitě: s B9.
21. Šulová L. Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum 2004: 247.
22. Glaeson BJ. Fathers and other strangers: men's speech to young children. D.P. (Ed.) Dato. Developmental psycholinguistics; theory and applications. Washington D.C.: Georgetown University Press 1975: 171–222.
23. Eisler I. Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5 year follow up. Arch Gen Psychiatry 1997; 54(11): 1025–1030.
24. Doherty WM, Baird MA. Family therapy and family medicine. N.Y.: The Guilford Press 1983: 291.
25. Anderson H. Konverzace, jazyk a jejich možnosti. Brno: N.C. Publ. 2009: 235.
26. Eisler I, et al. A randomised controlled treatment trial of two forms of family therapy in adolescent anorexia nervosa: a five-year follow-up. J Child Psychol Psych 2007; 2: 552–560.
27. Mak K, et al. Bi-Parental Care Contributes to Sexually Dimorphic Neural Cell Genesis in the Adult Mammalian Brain. PLoS ONE 2013; 8(5): e62701.
28. Tóthová J. Úvod do transgenerační psychologie rodiny. Praha: Portál 2011: 256.

Článek doručen redakci: 4. 11. 2013

Článek přijat k publikaci: 30. 1. 2014

MUDr. Vladislav Chvála

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch
Jáchymovská 385/25, 460 10 Liberec
chvala@sktlib.cz