

Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému Eating disorders in aspect of development of family system

MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková

Souhrn

Autoři předkládají svou zkušenost s rodinnou terapií u poruch příjmu potravy, při které respektují vývojovou trajektorii celého rodinného systému v období dospívání dětí. Nabízejí koncept uvolňování dítěte z rodiny ve třech vývojových stádiích. Popisují znaky, které tato stadia charakterizují a umožňují je identifikovat. Všímají si vždy všech tří členů trojúhelníku matky, dcery a otce v dynamice jejich vzájemných vztahů, somatizace a jazyka. Zastavení pohybu vývoje rodiny v průběhu prvního stádia nazvali autoři anorektickou stagnací, zastavení během druhého stádia bulimickou stagnací. Mentální anorexii a mentální bulimii podle DSM III považují za typické, nikoli však jediné možné komplikace těchto období stagnace. V závěru zasazují své úvahy o vývoji rodiny do kontextu teorie chaosu.

Klíčová slova: anorexie, bulimie, rodinná terapie, externalizace, chaos

Summary

Authors are presenting their experience with family therapy of eating disorders, by which they are respecting development trajectory of whole family system in the period of adolescence. They are offering conception of loosening the child from family in three development stages. They describe signs, which characterize this stages and which make possible to identify them. They are giving attention to all three members of the triangle: mother, daughter and father in the dynamics of their mutual relationships, somatization and language. The authors have called the motion suspension of family development in the course of first stage anorectic stagnation, the suspension in the course of second stage bulimic stagnation. They consider mental anorexia and mental bulimia by DSM III typical, but not the only possible complications of these stagnation periods. In the closure they insert their thoughts of family development to context of chaos theory.

Key words: anorexia, bulimia, family therapy, narrative therapy, externalization, chaos

Úvod

Většina přehledných statí o poruchách příjmu potravy (PPP) včetně DSM uvádí, že hlavní příčina poruchy nám dosud uniká. Ani odkazy na multifaktoriální etiologii nepřináší ve své obecné podobě více porozumění. Není divu, že léčba tohoto stále častějšího onemocnění je svízelná a nejisté výsledky tomu odpovídají.¹² Z hlediska rodinných terapeutů, v případě autorů z pozic somatické medicíny a psychologie, je tomu tak proto, že se badatelé obvykle nezabývají dostatečně širokým kontextem poruchy. Přitom na jeho význam upozorňoval již Laségue před více než sto lety.²¹ Koncepty rodinné terapie ukazují, že *jde spíše o poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí hnízdo, než jen o poruchu*

jednotlivce. Dynamiku je obtížné zachytit statickými popisy.

Domníváme se, že nárůst výskytu PPP v populaci souvisí s proměnami rolí muže a ženy v dobovém kontextu a s pokusy o překonání rozporů. Potíže rodinného života se nevyhýbají ani badatelům samotným a díky ochrannému vytěsnění mohou unikat jejich pozornosti. Je snazší poukazovat na genetické nebo biologické předpoklady než např. na roli otce při rozvoji onemocnění, nebo dokonce jen na povrchní proměny módy.

Předkládaná práce shrnuje klinickou zkušenost autorů z několikaleté práce s více než 80 rodinami. Integruje celou řadu popisů, od biologického⁷ přes psychoanalytický až po rodinně - systemický.^{3, 2, 22} Model nevykládá příčinu nemoci ve smyslu lineární kauzality, ale slouží jako mentální vodítko, které usnadňuje rozhodování v průběhu procesu terapie. Jeho využití v praxi je vázáno na znalost systemického způsobu myšlení a teorii radikálního konstruktivismu.⁴

Systemický model vztahu mezi tělesnými a psychickými procesy dobře popsal např. Hans Lieb.¹⁵ Organizmus je v souladu s pracemi fyziologa Humberto Maturany považován za autopoietický systém, který je operacionálně uzavřený, avšak se svým prostředím strukturálně koevolučně svázaný. Podobně se k sobě vztahují tělo a psychika tak, že jsou si vzájemně prostředím, mediem. Mezi oběma oblastmi nejsou možné žádné instruktivní interakce, stejně jako mezi dvěma jedinci, jakkoli se to může zdát podivné. To je také důvod, proč nelze popsat cestu vývoje adolescenta v rodině jako lineární proces. Vždy se jedná o komplikovanou koordinaci vývoje rodinných členů, kteří jsou si vzájemně prostředím.

Intervenujeme do vývoje rodinného systému v duchu narativní terapie a externalizace podle Whitea a Epstona.²⁶ Symptomy jsou nám v kontaktu s rodinou vodítkem. V některé z následujících studií předložíme kritický rozbor souboru léčených za posledních několik let.

Rodinný kontext poruchy příjmu potravy

Dospěli jsme k přesvědčení, že za relativně monotónními příznaky mentální anorexie a mentální bulimie se skrývá *typický vývoj kontextu* psychosociálních vztahů rodinného systému, kterým každá rodina v období dospívání dítěte prochází.⁶ Je možné ho zahlédnout pouze v pohybu systému jako celku. Smysl unikne, jakmile pohyb v kterémkoli místě zastavíme. Při pokusu o generalizaci dostaneme pak jen chaotickou směsici nejrůznějších redukováných pohledů, které mohou vést pozorovatele k závěru, že žádná typická konstelace u PPP neexistuje.¹⁴ Vnímáme-li pohyb celého systému, můžeme v něm zahlédnout místa, v nichž dochází častěji ke stagnaci s typickým obrazem PPP. Podle naší zkušenosti je možné rozpoznávat, v kterém místě pohybu se rodina nachází a v závislosti na tom kontext a s ním i příznaky ovlivňovat.

Postiženým členem rodiny není zdaleka jen dcera, která hubne. Právě v konfrontaci s příznakem, který lze fyzikálně změřit, se ukazuje, že v trojúhelníku hladoví v nehmotném slova smyslu všichni: Matka obvykle už mnoho let po emoční blízkosti s mužem. Její frustrace bývá tak hluboká, že přestává snášet manželovu tělesnou blízkost. Muž, který své ženě nerozumí, strádá nedostatkem v sexu.⁵

Ve výkladu se omezíme na vývoj rodiny s dcerou a nikoli se synem. Neočekáváme zásadně odlišný způsob uvolňování chlapce z rodiny, ale k PPP dochází u dívků až čtyřicetkrát

častěji než u chlapce.²⁵ Uvolňování chlapce z rodiny doprovází jiné typy příznaků. Pro dívku i chlapce je toto období zásadně důležité. Dochází v něm skrze proměny vztahů k rodičovským postavám k definitivní stabilizaci ženské či mužské identity.¹³ Dívka potřebuje prožít ve vztahu s milujícím otcem odlišnost mužské svébytnosti, aby ji v dalším vývoji mohla potlačit ve prospěch ženství. Teprve to zakládá podle našeho názoru schopnost navázat zralý partnerský a sexuální vztah. Rodičovské postavy jsou v tomto procesu jen těžší nahraditelné.

Pohyb rodinného systému od začátku puberty k oddělení dítěte z rodiny neprobíhá lineárně ale v oscilacích a turbulencích. Naše terapeutická zkušenost ukazuje, že dospívající v tomto období procházejí třemi vývojovými stadii, která připomínají Freudova stadia zrání sexuality, orální, anální a genitální. Každé z těchto stádií můžeme charakterizovat typickými znaky, jejichž váha je v jednotlivých případech různá.

Náš popis nevychází primárně z psychoanalytické či jiné literatury. Při práci s rodinami anorektiček a bulimiček jsme krok za krokem objevovali pravidelně se opakující proměny vztahů mezi matkou, otcem a dítětem tak, jako bychom sledovali pohyb dítěte v pomyslném porodním kanálu sociálního porodu.⁶ (Viz obrázek 1) *Respektování tohoto pohybu se ukázalo být nejúčinnějším prostředkem léčby.*

Psychoterapie se vyvinula vedle jiných směrů také k rodinné systemické terapii. Jevy, ke kterým má terapeut při individuální práci přístup pouze zprostředkovaně, můžeme v rodinné terapii reflektovat a také je ovlivňovat přímo "tady a nyní". A nejde jen o takové fenomény jako jsou např. nejruznější typy obran, rodinný a mimorodinný přenos, protipřenos a paralelní procesy. Především pracujeme s jazykem přítomných členů rodiny. S ním zacházíme jako se stavebním materiálem rodinného prostředí, jazyk je pro nás přístupovou cestou k celému systému a k jeho proměně.²⁴

A. První stadium: sblížení s matkou a separace od ní

1) dynamika:

Dcera se nevědomě potřebuje přiblížit matce po období relativní samostatnosti v mladším školním věku. V příznivém případě regreduje spolu s ní na kratší nebo delší období znovu do symbiotického vztahu. Otec se dostane v očích dcery do pozice konkurenta, stejně jako každý, kdo v té době usiluje o matčinu blízkost, zejména sourozenci. *Jde o kvalitu společně sdíleného času s matkou, nejen o jeho množství.* Dcera potřebuje matku jen pro sebe. K tomu musí být matka dostupná, vnímavá a svolná. Skutečná potřeba může být ve většině případů uspokojena tak rychle, že si toho okolí nestačí ani všimnout. Patrně zvláště tehdy, když došlo v raném vývoji kojeneckého věku k úspěšnému naplnění vztahu matka - dítě bez výrazných separačních problémů.

Čím je matka méně k dispozici, tím nutkavěji dítě zesiluje *projevy regrese* až do stavu, kdy organismus začne vytvářet znaky, kterými už jako kojeneček lákal pozornost matky, aby uspokojil hlad po kontaktu. *Jde o signál, nikoli primárně o poruchu obživného pudu.* Máme za to, že instinktivní potřeba emočního sblížení může být v tomto formativním období krátce silnější než obživný pud. Nepřichází-li matčina příznivá odezva, rozvíjí se zoufalství dítěte s pestrou symptomatologií tělesnou i duševní. Organismus se dostává do stavu mobilizace sil pro boj. Na situaci reaguje vegetativní nervový systém, který je celkově zvýšeně tonizován. Práce z poslední doby ukazují zvýšenou aktivitu vegetativního systému u všech dívek po

patnáctém roce života, což podporuje náš předpoklad, že jde o obecný jev.¹⁷

2) popis z hlediska jednotlivých členů

Při sledování symptomů mějme stále na paměti všechny tři členy základního trojúhelníku matka-dcera-otec a dynamiku jejich vzájemných vztahů.

Dcera vyhledává blízkost matky, snaží se s ní trávit více času a přizpůsobuje tomu své chování i jazyk. Hledá společná témata, činnost a prožitky. Před otcem se naopak začíná stydět a uzavírat. Pokud byli doposud v dobrém kontaktu, nyní se mu dcera vyhýbá, nebo dochází k otevřeným konfliktům pro maličkosti.

Matka je obvykle spontánně dceři k dispozici, pokud jí v tom nebrání další okolnosti. Někdy si blízkost s dcerou nedovolí, zvláště když se jí dožadují mladší děti, nebo dokonce kojeneček, nebo nemocní prarodiče. Není výjimkou snížená apetence v sexu, podobně jako v období po porodu. Stoupající četnost konfliktů mezi dcerou a otcem ji mohou znepokojovat, může se snažit znesvářené strany usmířovat i za cenu vlastních somatizací (migrény, žlučové koliky, gynekologické symptomy). Ve většině rodin proběhne sblížení matky s dcerou bez pozornosti okolí. Širší norma zřejmě má dvě krajní meze aniž by muselo dojít k riskantnímu zastavení vývoje. Buď matka k dceři přilne až příliš v předtuše blížícího se loučení, nebo naopak nepochopí, proč by se měla omezovat ve vlastní seberealizaci, když už pokládá dceru za dospělou.

Otec reaguje na projevy dospívání dcery způsobem, který je pochopitelný, když si uvědomíme, jak náhlá proměna se s dcerou stala. Z rozpaků před dcerou sarkasticky žertuje, ironizuje témata, na která je dcera nyní extrémně citlivá. Ještě horší je, když se otec začne usilovně kontrolovat v projevech vůči signálům ženství. Takový otec pak vypadá, jako by nereagoval vůbec. Mezi otcem a dcerou propukají konflikty jako mezi konkurenty. Dcera otci ztěžuje přístup k manželce, když podobně jako dítě po narození absorbuje všechnu její pozornost. Konflikty mezi otcem a dcerou se objevují i v pozdějších fázích, ale tam mají jiný význam.

3) somatické projevy

Nápadná je extrémní vagotonie, kterou můžeme pozorovat při vyšetření RR variací srdečního rytmu.¹⁸ Na klinickém obraze se podílejí komplikované vztahy vagu a sympatiku na periférii. Výsledkem bývá mobilizace energetických a funkčních rezerv jako při vystavení velké zátěži (sympatikus) se současným snížením pulsu, tlaku, zúžením bronchů, stažením periferie s typickou zimomřivostí, zvýšeným napětím střev a jejich motility nebo naopak ochablostí, zvýšenou sekrecí slinných i žaludečních šťáv (parasympatikus). Při ztrátě hmotnosti se přidávají komplikace z podvýživy. Projevem hormonální regrese jsou poruchy cyklu až ztráta menses.¹¹

4) jazyk

Všimáme si v jazyce matky a dcery nápadně častého používání množného čísla (“nejedly jsme, byly jsme se projít, uvařily jsme ...”) podobně jako mluví matky s kojenci (“papali jsme, kakali jsme...”). Dcera se k jazykovému fenoménu symbioticky připojuje, přeskakuje do mazlivé intonace hlasu ve vyšších polohách, a je jednou z prvních známek počínajícího oddělování od matky, když se plurálu v matčině řeči začne bránit. (matka: “Uvařily jsme čočku.” dcera: “To tys ji uvařila, ne já”).

B. Druhé stadium: sblížení s otcem a separace od něj

1) dynamika

Dcera se oddělila od matky aby, obrazně řečeno, přešla z její náruče do náruče otce. Tak, jako se předtím potřebovala sblížit s matkou, aby se od ní mohla definitivně odpoutat, zopakuje se podobný proces s otcem. Na cestě od matky k otci proběhne vlastní metamorfóza dítěte v ženu. Není pochyb o tom, že tento proces je mnohem snazší v rodinách, kde mezi matkou a otcem existuje příznivé klima. Naplní-li se potřeba dcery *být otcem přijata a respektována taková jaká je*, bude potvrzena a stabilizována v nové roli. Stejně jako předtím u matky, potřebuje nyní dcera pozornost a lásku otce jen pro sebe. Skrze nepochybně milostný platonický vztah dozraje k ženské sexualitě a přijme mužský svět v jeho odlišnosti od ženského. Podmínkou je, aby byl vztah s otcem po tělesné stránce naprosto bezpečný a aby proběhl jen na úrovni snů a fantazií, kterých si běžně dcera ani otec nevšimnou.

Sourozenci, a nyní hlavně matka, vystupují v roli konkurentů se všemi důsledky pro vzájemné vztahy. Není-li otec sexuálně spokojen ve vztahu se svou ženou, je jeho role extrémně obtížná. Tím spíš, že pohnutkám svým, své dcery a ženy obvykle nerozumí. Dcera jej nereflektovaně vybízí k tomu, co se možná nikdy neuskutečnilo v jeho vztahu s manželkou a stalo se chronickým předmětem manželských konfliktů. Totiž ke sdílení nejen vnějšího světa faktů, ale i vnitřního světa a jeho emocí. V takových rodinách bývá obraz muže ženou démonizován, což stěžuje cestu dcery k otci.

Mobilizují se obrany proti incestu, které celý proces ještě dokonaleji zakrývají přesunem napětí do hádek o bezvýznamných tématech. Incestní tabu má z tohoto hlediska mimořádný význam především proto, že brání těžké komplikaci růstu celého systému. Dvě možnosti jsou pro další sexuální vývoj dívky stejně destruktivní: Když se dcera s otcem vůbec nesblíží, nebo pokud by byla naopak svedena k překročení tabu.

2) popis z hlediska jednotlivých členů

U dcery nelze za fyziologických podmínek sekundární pohlavní znaky držet dále na uzdě. Stoupající váha je plně ve službách estrogenizace a proměny tvaru těla. Tomu odpovídá pudově zvýšený příjem potravy. V případě, že možnost sblížení s otcem z nějakých důvodů vážne a tělesný vývoj předbíhá emoční možnosti vztahu s otcem, dostane se dívka pod tlak nového konfliktu. V něm na jedné straně nutně potřebuje emoční pozornost otce, která je pro ni podstatnou výživou tohoto období, na druhé straně se instinktivně brání tělesnému sblížení.

Otec je v této fázi klíčovou postavou a pro úspěšný vývoj dospívajícího je obtížně nahraditelný. Z mnoha důvodů může být sblížení s dcerou komplikované. Incestní tabu je zesilováno v kontextu neuspokojivé sexuality manželského páru. Tím spíš, že se dcera obvykle podobá matce z doby, kdy se rodiče zamilovali. Jestliže dcera projevuje náklonnost negativisticky vzdorem, přesouvá se na ni snadno otcova zlost, která patří ženě, se kterou není možný uspokojivý sex. Jindy leží mezi dcerou a otcem hráz jeho nedůvěry anebo jazyk nevhodný ke sdělování něžností. To se stává pravidelně tehdy, když je otec neschopen emočně se otevřít nebo vidět a oceňovat jevy nehmotné povahy. Dcery říkávají smutně: "Otec má v hlavě sval. Má v hlavě jen kila." Charakter obran je pochopitelný, když si prohlédneme, jakým způsobem byl vychováván.

Situace matky je neméně obtížná. Dítě se od ní oddělilo, ona se vyrovnává na mentální

úrovni se separací podobně, jako kdysi při fyziologickém porodu dcery na úrovni tělesné. Dělo-li se to tehdy, a pravděpodobně i nyní, bez pochopení partnera, je plná aktuálních i oživených pocitů křivdy. Z dítěte vyrostla konkurentka, která jí bere i poslední zbytky spontánní pozornosti manžela. Je na tom paradoxně tím hůř, čím úspěšněji probíhá proces zrání dcery. Matka se tady doslova musí obětovat, aby zajistila zdravý průběh sociálního porodu. Zralá matka přesto s dcerou sympatizuje a podporuje ji proti vlastním potřebám.

Ocitá se často v nezáviděníhodné situaci překladatelky mezi dcerou a otcem. Snaží se otce získávat pro dceru v tom, čeho se ona samotná ve svém manželství často nedočkala - autentického porozumění a sdílení. Vidáme emočně vyhladovělé matky, které už dávno vzdaly usilování ve svém vlastním zájmu a nyní se cítí bezmocné, když se o totéž neúspěšně pokouší dcera.

3) somatické projevy

Dcera je pod vlivem snižující se tonizace autonomního nervového systému. Je obnovena estrogenisace a bouřlivý růst sekundárních pohlavních znaků. Konečně se prosadily anabolické funkce parasympatiky.

Otcové bývají v této době popudliví, nevyjádřenou zlost somatizují v podobě bolestí v zádech, svalech, kloubech, nezřídka v oblasti kardiovaskulární i gastrointestinální. Mimo rodinnou terapii tyto fenomény unikají pozornosti. Skryté poruchy sexuální funkce jsou pochopitelné.

I matka může svou situaci somatizovat tělesnými příznaky, bolestmi v zádech, kloubech, poruchami hybnosti, bolestmi zubů, hlavy, žlučníku, gynekologickými symptomy, apod. Častěji než muži trpí ženy psychickými symptomy a projevy bilancování první poloviny života. Jsou depresivní, vidíme chronický únavový syndrom a rozmanité potíže, které jsou součástí obrazu klimakteria.

4) jazyk

V prvním období jsme si všimli zvláštností jazyka mezi dcerou a matkou. Ve druhém pozorujeme charakteristické změny v používání a prožívání jazyka mezi otcem a dcerou.

Jsou-li muži mezi sebou vystaveni emočně choulostivé situaci, jejich slovník hrubne, a aby zakryli dojetí, stávají se ironickými. To, co je mezi kamarády silácky ceněno jako společenský vtíp, to u dívky, která ke svému dospění v ženu potřebuje vážné ujišťování o své hodnotě (a jak jinak k tomu má dojít, než skrze otcovskou něhu), se zhojně obrací proti společnému vývojovému úkolu. Dcera, kterou ještě v nedávné minulosti znali jako veselou a vtipnou protihráčku otce, se stává na jeho ironické poznámky alergickou a popudlivou. Podmínkou jejího dalšího růstu je dozrání otce, když už se nerozvinul mnohem dříve vedle své manželky. To jest, aby v sobě integroval podle Junga svou Animu.¹² Otec užívá jazyk obvykle mocensky, dává dětem najevo svou převahu. Dcera pak často ovládá rodinu svými příznaky. V zápase dochází k přerozdělování moci.

C. Třetí stádium: samostatnost

1) dynamika:

Došlo-li k rozvinutí druhého stádia a ke splnění jeho funkce, stala se dcera mladou ženou, která je připravená biologicky i psychologicky rodiče opustit. Je zralá navázat a rozvíjet

trvalý heterosexuální vztah, ve kterém je vyváženě zastoupena tělesná a psychická složka sexuality.

Nemělo by nás mást, že dívky mívají chlapce dříve anebo souběžně s procesem odpoutávání z rodiny, který jsme právě popsali. Není-li totiž sociální porod, to jest koevoluce vztahů v základním trojúhelníku dokončena, zůstávají tyto vztahy sexuálně nezralými, dluh si žena nese životem. Další vývoj se uskutečňuje spíše navzdory než díky neuskutečněným podmínkám. Kdykoli se v budoucnu objeví životní kontext příhodný k tomu, aby byl dluh vyrovnán, projeví se u ženy, možná už manželky a matky nutkavým jednáním, který ztěžuje vývoj další generace. Vztahy mladých žen k mužům o generaci starším slouží často k tomu, aby muž vyrovnal dluh ženina otce. Stane se tak ovšem s tím, že už nejde o bezpečný platonický vztah, ale vlastně je na hlubinné úrovni realizován incest. Dynamiku takového "dědičného hříchu" popsala v jiné souvislosti Alice Millerová v knize Drama nadaného dítěte.¹⁶

2) popis z hlediska jednotlivých členů:

Dcera se vyvázala ze závislosti na otci. Sama se rozhoduje o svých věcech, názory a hodnocení otce ani matky ji neohrožují. Má dostatečně rozvinuté vlastní ženské sebevědomí. Je aktivní a úspěšná v navazování důvěrných vztahů mimo rodinu s vrstevníky obou pohlaví. Rozvíjí se její schopnost dospělé sexuality.

Matka i otec se ocitají v opuštěném hnízdě. Otec je teprve nyní konfrontován s pocitem ztráty, který má matka již za sebou. Je-li jejich vztah nosný sám o sobě i bez dětí, mohou oba pocítit úlevu a rozvíjet společné aktivity, které po narození dětí museli odsouvat. Došlo-li již k nezvratnému odcizení, může být společné soužití nemožné. Zralému dítěti ani taková hrozba nezabrání v osamostatnění, jak by se to mohlo stát ještě před dosažením tohoto stupně vývoje.

3) somatické projevy:

Situace v trojúhelníku matka - dcera - otec už není zdrojem somatických poruch včetně poruchy příjmu potravy. Hmotnost dcery se ustálila a je akceptována. Oblast příjmu potravy ztrácí nad dospělou dívkou svou magickou moc, jídlo ji neovládá, má své všední místo a význam. Udržuje se pravidelný hormonální cyklus a schopnost otěhotnět. Došlo k normalizaci autonomního nervového systému. Případné další somatické problémy patří už hledání životní cesty mimo rodinu.

Rodiče se každý po svém vyrovnávají s novou situací. Jejich psychické i somatické stesky nyní mohou doprovázet hledání nového smyslu života.

4) jazyk:

Dceři už zase nevádí mužský sarkasmus a dovede ho ve společenských situacích ocenit, našla si vlastní nezávislý slovník. Vymanila se z mocenského vlivu rodinného jazyka, rodiče na ní už nemohou žádným způsobem nic vymáhat proti její vůli. Došlo k redistribuci moci v rodině, tradiční jazykové obraty ztratily pro dceru emoční účinnost. To teprve zakládá jistotu mladé ženy, že může svobodně navazovat vztahy i s muži bez nebezpečí bezmocné závislosti. Stává se odolnou vůči zneužití.

D. Anorektická stagnace

Průchod prvním stadiem (viz obr.) proběhne ve zdravé populaci rychle a hladce. Protože se

však jedná o obecně rizikový úsek vývoje, nabízí se tu možnost řady komplikací, které ve svém důsledku mohou zpomalit až zastavit růst celého systému. Pak dochází k projevům **anorektické stagnace**, které jsou v případě, že se plně rozvinou, popsány v DSM III pod diagnosou F50.0 jako mentální anorexie.

Ke stagnaci může dojít například za těchto okolností ve vztazích v rodině:

- a) matka je ke sblížení s dcerou k dispozici, dcera však není schopna ji přijmout,
- b) dcera není ještě nasycena matkou, ale matka jí nemůže nebo odmítá být k dispozici,
- c) dcera je nasycena, ale matka s jí nemůže vzdát a otec nepřebírá svou funkci,
- d) dcera i otec jsou připraveni se sblížit, ale matka tomu brání,
- e) dcera i matka jsou vzájemným vztahem nasyceny, ale otec není k dispozici.

Obvykle vidáme pestrý směr symptomů, které svědčí o neprůchodnosti cesty směrem k matce a pak od ní. PPP je jednou z možností. Pravidelnou komplikací bývá emoční vyhladovělost matky, které se za celou dobu manželství nepodařilo získat muže k emočnímu sdílení jejich vnitřních světů. Cítí se v tomto ohledu vyčerpaná, unavená a mívá pocit, že už nemá z čeho dávat. To se projevuje v manželském vztahu sexuálními dysfunkcemi s důsledky v prožívání ženy i muže.

Pokud neprobíhá u dcery vývoj tělesný a mentální synchronizovaně, může se stát, že se sekundární pohlavní znaky vábíci muže (včetně otce) objeví proti psycho-sociální potřebě dítěte dříve, než se dcera mohla přiblížit k matce. Předčasně vybudované tvary desynchronizují koevoluci dcery a matky. Matka se začne mimoděk chovat, jako by byla dcera mentálně starší. To odpovídá terapeutické zkušenosti, že matky ztrátu hmotnosti v tomto období zpočátku nevědomě popírají a málokdy terapii v této fázi vyhledávají. Na vyhublost jako první může upozornit pediatr nebo učitelka. Sekundární pohlavní znaky staví dceru a matku do kontextu ženské konkurence. To je vývojová síla až dalšího stadia, v prvním překáží.

Vzniká zdánlivě abnormální soustředění na váhu a příjem potravy. Jsme toho názoru, že nejde primárně o hmotnost, ale o tvar těla. Tvar, nikoliv váha, přitahuje zájem okolí. Radikální redukce váhy je nástrojem k likvidaci sekundárních pohlavních tvarů. Popisovaná zkrácená představa dívek o vlastním těle je omyl pozorovatele. Ten totiž vychází z racionálního předpokladu, že hmotnost a tedy i tvary dospívající dívky by měly odpovídat jejímu kalendářnímu věku. Ona sama sebe však vnímá a hodnotí z pohledu své regrese, které nižší váha přirozeně odpovídá.

Boj o splnění vývojového úkolu se soustředí převážně do oblasti přípravy a konzumace jídla. Matka kontroluje stravování dcery stejně jako by šlo o tabuizovaný sex. Pokud otec citlivě nereaguje na měnící se kontext, přidá se ke kontrolující matce, místo aby byl emočně k dispozici dceři. Rodina ve stádiu anorektické stagnace zpravidla přichází s tím, že dcera nechce jíst, lže a podvádí. Přestože ji rodiče stále kontrolují v jídle, paradoxně kontroluje dcera je.

Projevem vztahové frustrace je smutek, melancholie, pláč. Dcery se stávají samotářskými a matky se podivují, jak se jejich radostné dítě změnilo. Situaci obvykle dcera ani matka nereflektují a nemohou ji tudíž na vědomé úrovni bez dopomoci změnit. Dcera potřebuje od okolí něco, co nedostává, a neví, co to je. Matku trápí strádání dcery a neví, co by pro ni mohla udělat. Jsou-li nyní odděleny např. hospitalizací jedné z nich, může se porucha spíše

prohloubit.

Časté a také výhodnější jsou agrese různé intenzity ze strany dcery i matky mimo oblast stravování. Mají na začátku prvního stadia jiný význam než na jeho konci. Odhadneme-li, že jde o začátek, je třeba tyto agrese v terapii z cesty odstraňovat a sblížení dcery s matkou dopomáhat. Ke konci prvního stadia bychom měli tytéž projevy vzájemné agrese naopak podporovat a v případě, že je systém ochablý, dokonce vyhledávat a zesilovat.

Pestrý obraz tohoto stádia ovlivňuje mnoho faktorů, např. historie matčina dětství a dospívání. Je otázkou, zda se jí nyní podaří splnit vývojový úkol s dcerou, jestliže jí samotné nebyla matka v jejím dospívání k dispozici tak, jak potřebovala. Matka může oscilovat mezi současným a tehdejšími stavem jakoby upadala do transu. Její vlastní emoční hlad z minulosti může způsobovat, že není dnes připravená emočně nasytit a uspokojit dceru. Není divu, že klinik může uvidět při pečlivém zkoumání stále se zhoršující stav z generace na generaci až do propuknutí zřetelné patologie.

E. Bulimická stagnace

K *bulimické stagnaci* dojde tehdy, když se přirozený pohyb zastaví v některém místě druhého stadia vlivem nepříznivých okolností ve vztazích. Symptomy mentální bulimie (F50.2) jsou extrémním vyjádřením neschopnosti rodinného systému pokračovat v k dokončení separace. Setkáváme se nejčastěji s těmito situacemi:

- a) otec by byl k dispozici, ale dcera ho nepřijímá,
- b) dcera touží po sblížení s otcem, ale otec není k dispozici způsobem pro dceru přijatelným
- c) matka brzdí sblížení dcery a otce, když váže pořád ještě dceru na sebe,
- d) matka s otcem jsou příliš těsně svázáni a nelze uzavřít alianci dcera-otec bez matky,
- e) otec není dostupný,
- f) stádium sblížení dcery s otcem je dokončeno, ale dcera se neodváží odpoutat od rodiny, protože vztah rodičů je přes ni udržován a rozpadl by se.

Pokud otec nepochopí, že svádění ze strany dcery na rozhraní prvního a druhého stádia nepatří jeho tělesné ale psychické potenci, něžnému nikoli smyslnému proudu sexuality⁸, rozvíjí se osudové nedorozumění. Čím je otec slepější, tím zoufalejší boj musí dcera svádět s vlastním tělem. To odpovídá představě H. Maturany o vzájemné operacionální uzavřenosti tělesného a mentálního. Pocit emočního hladovění může být tělesně zpracováván jako hlad po materiálním jídle.

Dcera je pod vlivem přetrvávající, i když menší tonizace autonomního nervového systému. Konečně se prosadily anabolické funkce parasymatiku. Zaživací trakt bývá ochablý s útlumem sekrece. Může se objevit zácpa nebo nedostatečné trávení potravy. Jídlo bývá zvraceno nenatrávené. Přitom i to málo, co zůstává přijato, bývá využito k tvorbě tělesných zásob. Tomu napomáhá i obvyklý režim hladovění, který si dívky stále ještě ukládají. Při zvýšeném zvracení se objevují symptomy související s velkými ztrátami tekutin a minerálů. Výjimečně jsme zaznamenali v našem klinickém materiálu rupturu žaludku, nebo polknutí lžičky jako následek hltání potravy.

Patologizací dceřina chování je fatální *circulus vitiosus* uzavřen. Čím méně se dostává dceři od otce uznání, tím méněcenněji se cítí. Návist obrací hlavně proti svému tělu, bojuje s jeho tváří a tím méně ocenění od nechápajícího otce dostane. Mnohokrát jsme byli svědky

toho, jak změna otcova postoje proměnila zázračně sebeobraz dcery a umožnila sblížení.

Bylo by chybou se domnívat, že jde jen o volní jednání. Není tomu tak ani v případě, kdy dívka zvracení sama vyvolává. Dcera se obvykle neúspěšně snaží zhoubnému procesu vůli předejít. Zvýšenou chuť k jídlu přemáhá, ale obrana bývá pravidelně prolomena novým záchvatem sycení. Na souvislost se sexuálním chováním poukazuje řada klinických zkušeností: postižená se se svým chováním skrývá, často je ritualizuje, zažívá pocity zvyšujícího se napětí, vyvrcholení a uvolnění. Projevuje-li se ochablost GIT spíše zácpou, dívky nadužívají projímadla a klysmata. Objeví-li se diabetes mellitus, může dívka manipulovat i s inzulínem.

Zvyšující se direktivní tlak a apelování na vůli situaci dívky zhoršuje, ať už přichází od otce, matky nebo lékaře. V naší praxi se nesetkáváme s tím, co bývá u těchto pacientek popisováno, že by nám nedůvěřovaly a lhaly. To považujeme za přiměřenou reakci, ochranu proti neporozumění ze strany okolí.

Vídáme otce, které teprve utrpení a obavy o život dcery donutí, aby se za naší dopomoci učili životadárně projevovat to, co předtím pokládali za slabošství. Aby se naučili otcovské laskavosti a mužné něžnosti.

Závěr

Zabývali jsme se vývojovým obdobím rodiny, které jsme na jiném místě nazvali sociálním porodem.⁶ Popsali jsme jeho tři stádia: sblížení s matkou a separaci od ní, sblížení s otcem a separaci od něho a konečně definitivní odpoutání dospívajícího z rodiny k samostatnosti. Zdůraznili jsme význam koevoluce v základním vývojovém trojúhelníku matka- dcera- otec.

Anorektickou stagnací jsme nazvali stav tohoto trojúhelníku, když se díky desynchronizaci jeho členů pohyb v průběhu prvního stádia zastaví a nemůže pokračovat. *Bulimickou stagnací* jsme nazvali obdobnou komplikaci během druhého stádia. Poruchy PPP pokládáme za typický avšak nikoli jediný možný důsledek anorektické a bulimické stagnace. Především u chlapců a také u některých dívek se nedostanou do popředí problémy s jídlem, ale mohou se objevit jiné tělesné i psychické příznaky (psychosomatický symptom, poruchy chování, školní fobie, psychotické stavy, abusus drog, polymorfní somatizace všech členů rodiny a pod.)

Znovu musíme zdůraznit, že model slouží především k mentálnímu nastavení terapeutického týmu, který volí strategii léčby. Ta se podobá práci porodníka, který pomáhá dítěti na svět přirozenou cestou, jejíž existenci na základě zkušeností předpokládá. Zasahuje jen tehdy, když se přirozený pohyb zastavil. Napomáhá tak, že podporuje vlastní síly matky a dítěte a jejich souhru.

Z hlediska teorie chaosu nahlížíme rodinu s dospívajícím dítětem jako systém, jehož chování nelze nikdy do detailu předpovědět, ani náš model nemůže mít tuto ambici. Tři členové trojúhelníku představují na sobě závislé proměnné, jsou si vzájemně prostředím pro růst, aniž by byla možná mezi nimi instruktivní interakce. Chování takového systému, je-li pozorováno v dostatečně širokém kontextu a na dostatečném množství případů, začne pozorovateli ukazovat pravidelnosti ve smyslu tendencí k vytváření vzorců. Tak se nám ukázal v průběhu naší praxe jeden takový vzorec, totiž postup dospívajícího `porodním kanálem A nejprve k matce, pak k otci a nakonec z rodiny ven. To však neznamená, že v

jednotlivých případech neexistuje mnoho jiných variant a výjimek, např. nejprve k otci a pak k matce, nebo vířivým pohybem mezi oběma rodiči. Je úkolem terapeutů rozpoznat tendenci v systému a pohyb podpořit. Není vyloučeno, že právě tehdy, kdy je možné v rodině určitou tendenci rozpoznat, to jest identifikovat pevný vzorec, znamená to, že se pohybujeme v oblasti patologie rodiny. Neboť zdravé rodiny se vyznačují právě tím, že si udržují svůj tvořivý potenciál, který se navenek jeví jako chaos. Existují práce o tom, že se zdravé rodiny podobají jedna druhé mnohem méně, než rodiny s patologií.²³

Pro popis rodinného systému v období změny je výhodnější aparát teorie chaosu nebo teorie katastrof.¹⁸ Argentinský psychiatr A. J. Mandel klade přímo otázku: "Je možné, že by matematická patologie, tj. chaos, znamenala zdraví? A že by matematická patologie, tedy předvídatelnost a diferencovatelnost takovéto struktury, byla chorobou?"⁹

Předneseno na 1. Kongresu české psychiatrické společnosti J. E. P. ve Špindlerově Mlýně v červnu 1997

Citovaná literatura:

¹ Blum, K., Cull, J. G., Braverman, E. R.: Comings DE. Reward Deficiency Syndrome, American Scientist 1996; 84, s. 132-145

² Borecký, M.: Mentální anorexie z hlediska psychoanalýzy, "as. lék."es.1990; 129, s.321-324

³ Boszormenyi-Nagy, I., Ulrich, D.: Contextual family therapy, In: Gurman, A.S., Kniskern, D.P.: Handbook of Family Therapy, New York 1981, s.159-186

⁴ Chvála, V.: Radikální konstruktivismus a klinická praxe, Prakt.lék.1993; 73(7),s. 305-309

⁵ Chvála, V., Trapková, L.: O nenasycených ženách a spících mužích aneb o Anorexii, Sborník Pražské psychoterapeutické fakulty, Praha 1995

⁶ Chvála, V., Trapková, L.: Sexualita a nemoc, Praktický lékař (Praha), 1996; 76 (supl.1), s. 8-11

⁷ Ericsson, M., Poston, W. S., Foreyt, J. P.: Common biological pathways in eating disorders and obesity, Addit-Behav.1996; 21(6),s. 733-43

⁸ Freud, S.: Práce k sexuální teorii a k učení o neurózách, Vybrané spisy III, Praha, Avicenum 1971

⁹ Glieck, J.: Chaos, Praha, Ando publishing, 1996

¹⁰ Golden, N. H., Jacobson, M. S., Schebendach, J., Solanto, M. V., Hertz, S. M., Shenker, R.: Resumption of menses in anorexia nervosa. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine 1997; 151(1), s. 16-21

¹¹ Jung, C. G.: Anima and Animus. in Collected Works of C.G.J.,VII Routledge & Kegan Paul, London and Henley 1977, s.188-211

¹² Keel, P.K., Mitchell, J.E.: Outcome in bulimia nervosa. Am.J.of Psychiatr. 1997;154 (3), s.313

- ¹³ Kocourková, J.: Přínos psychoanalytického myšlení pro diagnostiku a terapii mentální anorexie v adolescenci, "S.Psychiatrie 1992; 88(1), s. 48-50
- ¹⁴ Krch, F.: Rodinná problematika psychogenních poruch příjmu potravy, Kontext Praha 1992; VIII(1), s.11-16
- ¹⁵ Lieb, H.: Psycho-somatika: nerozlišitelný celek, instruktivní interakce, nebo strukturálně sdružená koevoluce? Z.system.Ther. 1992, 10(4), s. 256-267
- ¹⁶ Miller, A.: Das Drama des begabten Kindes und die Suche nach dem wahren Selbst, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main 1994
- ¹⁷ Pariežeková, I. Javorka, K., Petrášková, M., Štritz, I., Zacharovská, A., Strmeňová, S.: Development of heart rate variability in adolescent age, Mezinárodní kongres Aerosols in diagnostics, therapy and prophylaxis & Cardio-respiratory relations, Štrbské pleso, květen 1996
- ¹⁸ Petretta, M., Bonaduce, D., Scalfi, L., Defilippo, E., Marciano, F., Migaux, M.L., Themistoclakis, S., Ianniciello, A., Contaldo, F.: Heart rate variability as a measure of autonomic nervous system function in anorexia nervosa. Clinical Cardiology 1997; 20(3), s. 219-224
- ¹⁹ Presl, J.: Teorie katastrof a mentální anorexie, "s.Gynekol.1980; 45(6), s.433-435
- ²⁰ Stierlin, H., Levi, D., Savard, R.: Zentrifugale und zentripetale Ablösung der Adoleszenz: zwei Modi und einige ihrer Implikationen. In: R.Döbertm J.Habermas, G.Nunner-Winkler (Hrsg.) (1980): Entwicklungs des Ichs. Meisenheim (Anton Hain)
- ²¹ Špitz, J.: Anorektický proces v rodině, Kontext VII-2-1991, s.20-22
- ²² Špitz, J.: Rodinná konstelace a mentální anorexie, "s.Pediat.1981; 11,s. 664-665
- ²³ Trapková, L.: Pozorování rodin v přirozeném prostředí, dipl. práce, Praha 1982
- ²⁴ Trapková, L., Chvála, V.: Bulimie, Kontext Praha 1995; XI(4),s. 20-39
- ²⁵ Turnbull, S.,Ward, A.,Treasure, J., Jick, H., Derby, L.: The demand for eating disorder care. An epidemiological study using the general practice reserch database. Br.J.Psychiatry 1996; 169(6), s.705-12
- ²⁶ White, M., Epston, D.: Narrative Means to Therapeutic Ends. New York; W.W.Norton,1990

<http://www.sktlib.cz/publikace/kritfalt.htm>