

Jak pracuje rodinný terapeut u PPP?

MUDr. Vladislav Chvála, PhDr. Ludmila Trapková

Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch, Liberec

Případ léčby PPP, na kterém můžeme ilustrovat, jak se vyplatí trvat na práci s celou rodinou, tedy nejen se samotnou pacientkou s poruchou příjmu potravy, ale i s jejími rodiči současně. V tomto případě se celá terapie odehrávala v pěti sezeních a hlavním tématem byl zápas o to, zda se otec zapojí nebo ne. Úspěšná léčba končí krátce poté, co jsme otce pro spolupráci získali. Text vznikl postupně jako zápisy terapeuta z jednotlivých sezení s minimálními jazykovými úpravami a s několika vysvětlujícími poznámkami. Jména i některé indicie byly pozměněny v zájmu anonymity rodiny, která dala souhlas k publikaci už před více než 5 lety při ukončení léčby. Naše práce vychází z představy separace jako sociálního porodu, kde sblížení s otcem je jednou z podmínek dalšího postupu separačního procesu, jak jsme uvedli jinde (1). Na tomto případě je vidět, že k tomu, aby se proces posunul dál, není třeba mnoha terapeutických sezení. Bulimické (nebo anorektické) chování přestává, jakmile k posunu dojde. V průběhu sociálního porodu často dochází v rodičovském páru ke krizi. Úporný symptom bere prostor dalším, skrytým tématům. Použití narativní terapie s externalizací je podle naší zkušenosti výhodnější než jiné přístupy.

Klíčová slova: anorexie, bulimie, rodinná terapie, léčba PPP.

How does a family therapist work in the case of eating disorders?

A case of eating disorder treatment is reported that can be used to illustrate that it is worth insisting on working with the whole family, i. e. not only with the patient with an eating disorder herself, but with her parents at the same time. In this case, the whole therapy consisted of five sessions and the central topic was the struggle whether or not the father would get involved. Successful treatment was finished shortly after the father had been persuaded to cooperate. The text was written little by little as a therapist's notes from the individual sessions with minimal stylistic revisions and with several explanatory notes. The names as well as some other identifying characteristics have been changed in order to protect the identity of the family who gave consent for publication more than five years ago upon termination of treatment. Our paper proceeds from the concept of separation as social birth in which rapprochement with the father is one of the conditions for further progression of the separation process, as we reported elsewhere (1). This particular case illustrates that, in order for the process to advance, not many therapeutic sessions are required. Bulimic (or anorexic) behaviour ceases as soon as some advancement is made. During the course of social birth, a crisis often occurs in the parental couple. A stubborn symptom takes away the space for other, hidden topics to be dealt with. In our experience, the use of narrative therapy with externalization is more beneficial than other approaches.

Key words: anorexia, bulimia, family therapy, eating disorder treatment.

Psychiatr. praxi 2014; 15(2): 77–80

Úvod

Jako ilustraci k našemu předchozímu více teoretickému textu předkládáme namátkou vybraný případ léčby poruchy příjmu potravy tak, jak jsme jej zaznamenali během pěti sezení rodinné terapie od března do srpna 2008 na jednom z našich pracovišť. Zde s rodinou pracoval jeden (mužský) terapeut, v závažnějších případech je výhodné pracovat v terapeutickém páru. V našem případě lékař a psychologka, muž a žena, vytvářejí bezpečnější, z hlediska genderové problematiky vyváženější prostředí. Hlavní výbava, kterou v těchto případech využíváme, je narativní terapie s externalizací, která usnadňuje získat rodinu pro spolupráci, snižuje napětí kolem jídla, které v době, kdy rodina přichází, je zpravidla velké. Hlavní výhodou je přesun odpovědnosti za léčbu na adolescenta, který je ve dvojím ohni: z jedné strany je tlačěn rodiči, aby přibral, z druhé strany ho obsedantně cosi nutí redukovat váhu. Tento postup, který do výbavy rodinných terapeutů

přinesli její autoři David Epston a Michael White, v našem pojetí bere v úvahu proces separace jako procesu, ve kterém dítě osciluje mezi akceptující pozorností matky a normotvornými nároky otce (2). V mnoha případech jsme si ověřili, že takový respekt k potřebám dítěte významně zkracuje léčbu (3). Jednou z častých komplikací (záměrně neříkáme „příčin“, protože přísně vzato nejde o lineární kauzalitu) je konflikt rodičů, který brání pohybu dítěte k otci. To je také dobře vidět na uváděné kazuistice. Projevy poruchy příjmu potravy, jindy abúzus drog, poruchy chování, závažné somatizace atp., jsou pak jen projevem celkové stagnace rodinného systému. Symptomy ustávají, jakmile dojde k posunu do dalšího vývojového stadia. To se také mezi 4. a 5. sezením odehrálo. Většinu práce zde terapeut vynaložil na získání otce k aktivnímu zapojení do léčby dcery. Proces vrcholil ve 4. sezení, které je popisováno jako namáhavé. Zápisy jsou poznámkami terapeuta po každém sezení, které umožňují nejen se k němu vrátit

před dalším setkáním s rodinou, ale také jistou míru sebereflexe terapeuta. Často ilustruje konverzaci přímou citací.

Jednotlivá setkání s rodinou

1. setkání (26. března)

Přijem do léčby pro potíže s jídlem u 17leté dcery Věrky, trvajících asi rok a půl. Před rokem zhubla o 8 kg při svých 175 cm, přestala mít menses, dostala hormonální léky, po nich menses má, ale poslední půl roku ji „to bere už příliš“, sama vidí, že je to problém, má „jídlu víc v hlavě než v břiše“, když něco sní, má pocit plnosti, a tak si nedá, nebo „mi to říká, že bych neměla jíst třeba větrník nebo čokoládu“. Váží 50 kg při výšce 175 cm (BMI 16,3).

Vypadá hubenější než její matka, ta sedí uprostřed, mezi dcerou a otcem. Má nápadně modré uhrančivé oči, krásná, ale smutná. Otec po mé levici zde vyjednával kontakt, „protože mu žena řekla“. On „živí rodinu“, proto pracuje v provozu ve výrobě, ale pochyboval nejvíc, zda

sem má chodit. Je po noční. Ale je příjemný, zdá se v dobrém kontaktu, působí otevřeně a upřímně. Říká na rovinu, že s ženou se málem rozvedli, krize mezi nimi asi před 5 lety, hádali se už tolik, že málo chybělo, aby se rozestěhovali. Věrka je jedináček, tehdy 12letá prý nestála na ničí straně, jen chtěla, aby toho už rodiče nechali, ať už by spolu zůstali nebo se rozešli. Matka nyní nezaměstnaná, pracovala také ve stejné továrně, ale snižovali stavy. Ptám se otevřeně, jestli toho někdo z nich lituje, že se nerozešli, nebo zda jsou rádi, že to tak dopadlo. Matka říká, nerada a smutně, se slzami v očích, že ona toho lituje, že se nerozvedli. Před 2 lety navíc zemřela otcí matka, byla v domově důchodců, muž se nemohl o ni starat, jeho otec s bratrem „se na matku zcela vykašlali“ a ona jim to má za zlé, od té doby se nescházejí a nesnášejí.

Otázkami ohledávám, jak se vzájemně snáší kdo s kým. Máma s dcerou výborně, mají společná témata. Ale mezi dcerou a otcem to vážne od krize v rodině, skoro rok otec s dcerou nemluvil, matka mu to má za zlé. A teď k sobě s dcerou hledají těžkou cestu, nehádají se, ale nemohou najít nic společného. Ani mezi matkou a otcem to není o moc lepší, jezdí každý sám na dovolenou, protože se jinak pohádají. Nejspíš typický hladový trojúhelník (viz Trapková: F (ženě) se nedostává od M (muže) vztahové potence, emočního sdílení, a tak je na něho našťvaná a čím více je našťvaná, tím méně se otevírá k možnosti tělesné blízkosti, kterou ovšem sama také potřebuje. M reaguje rezignací a je o to méně schopen pečovat o vztah. Vyčerpaní chronickým napětím mezi sebou nejsou k dispozici dceři, která jejich „hlad“ ztělesňuje.) Patrně také sexuální dysfunkce páru, ale necháme to dnes stranou.

Somaticky je dobře vyšetřena, vyloučeno somatické onemocnění. Váhu sleduje praktický lékař, hormony indikoval gynekolog, kam chodí na kontroly. Jiné léky neužívá.

Závěr: Porucha separace, hladový trojúhelník, porucha příjmu potravy – bulimická fáze¹. Hypotéza: dcera stagnuje u „hladové“ matky.

1. To neodpovídá popisu dle MKN 10, podle které by šlo spíše o anorexii (F50.0). Statický popis volního omezování příjmu potravy, redukce pестrosti jídla, hubnutí pod BMI 17,5, amenorea, nevypovídá o dynamice procesu v rodině. Podle naší zkušenosti je odmítání jídla u anorexie skutečným nechutenstvím, organizmus jídlo nepřijímá a jen obtížně tráví. Tomu odpovídají vysoké hodnoty RR variací srdečního rytmu, tedy tonizací vegetativní nervové soustavy se všemi následky. V bulimické fázi je hlad potlačován vůlí nemocné a někdy trvá určitý čas, než je zprvu epizodicky, později rituálně a stále častěji, hladovění prolamováno záchvatem vlčího hladu, přejídáním a teprve následně „regulací“, tedy zvracením, cvičením nebo abúzem prožíváním.

Doporučuji: Rodinnou terapii s externalizační zatím s jedním terapeutem, domlouváme se na pěti sezeních. Nemáme dřívější termín než 15. května.

Mezi prvním a druhým setkáním píše dcera elektronickou poštou:

Dobrý den, byla jsem u vás asi před 14 dny na sezení společně s rodiči. Řešili jsme můj problém s jídlem. Na další schůzku jsem objednaná až na 15. května a tak bych Vás chtěla poprosit, jestli bych nemohla přijít trochu dříve? A bez rodičů. Myslím, že mi to společné sezení s nimi moc nedává. Nemůžu se před nimi otevřít a říct vše, co bych chtěla. Necítím se moc dobře, nemůžu se pořádně vyspat, a tak bych to chtěla začít už nějak řešit. . . alespoň si promluvit. Předem děkuji za odpověď.

Odpověď terapeuta:

Milá slečno Věrko,

chápu, že se necítíte s rodiči moc dobře při konzultaci, protože bulimické chování patří k intimitě. Naše zkušenost je taková, že se porucha příjmu potravy rychleji léčí rodinnou terapií – ono obtížnější domlouvání k tomu patří. Je to obtížnější, ale účinnější. Snazší by bylo absolvovat individuální psychoterapii, to však má u nás menší pravděpodobnost úspěchu a mnohem déle se to vleče. Faktem však nyní je, že já až do 15. 5. nemám ani jediný termín volný, kam bych Vás mohl objednat. Je to jistě škoda, protože toho dlouhého intervalu se jistě pokusí Nemoc využít k tomu, aby Vás od léčby odradila. Nedejte se, pokud možno. Až se sejdeme, domluvíme si podmínky pro Vás co nejvhodnější. S pozdravem. . .

Následovalo ještě několik e-mailů, které se však v dokumentaci nezachovaly, ale podařilo se nám domluvit dřívější termín.

2. setkání (11. dubna)

Matka s dcerou bez otce, který by sice mohl, ale tak moc se mu nechce, skoro jako dceři. Dnešní termín byl těžce získaný, místo jiné rodiny, už to vypadalo, že se rozejdeme, protože nechceme uznat, že se má Věrka chodit léčit sama. Matka se ještě v čekárně přimlouvá, abychom se věnovali Věrce samotné, ona že počká, tak to příjmu s tím, že matka počká. Co má Věra takového, že by se to nehodilo před ostatními říkat? Vlastně ani nic, stěžuje si, jak se nesnáší před zrcadlem, jak se na sebe nemůže dívat. A taky si vyjasňujeme, že se tak ohnala, že nemá přece bulimii, když jsem v e-mailu její nemoc tak nazval, ale co tedy má jiného? Ona že přece nezvrací, no to není pro nás znak bulimie, to jen nemá dost informací. Pro mě je rozhodujícím znakem ten strach jíst, že to nezabrzdí, že se přejí a přibere. Co by skutečně nechtěla ani před

mámou říkat? Že si ubližuje, někdy se tak rozvzteklí, že do sebe buší až má modřiny – ukazuje na stehna. Aha? A co se to děje, co ji to tak bere? Neví, chvíli trvá, než se dohodneme, že vlastně není se sebou spokojená, a tak na sebe útočí, pro přehlednost to rozdělujeme na Ni a na Toho, kdo ji trestá, jako by šlo o dítě a otce. Dítě něco spáchá a otec ho seřeže, to ano, ale nemá se ráda a nesnáší se, otec nesmí dítě tluoci. . . no jo, ale když dítě dělá něco špatného a otcí na dítěti ZÁLEŽÍ? Co pak? Není to, že do svého těla Věrka tluče, snad známkou toho, že jí na něm záleží? Asi ano, nepřemýšlela o tom.

Navrhuji práci s kameny, Věrka staví všechny důležité lidi ve svém světě a jejich vztahy na papír na stole, na sebe zapomene, ale nějak se sebou počítá, když se tam pak dodá. Největší a nejkrásnější je matka. Ona se, byť jako slon s uraženým chobůtkem (jeden z předmětů v misce s kameny, které používáme k této práci standardně), dostává pod její křídlo. Táta je nejdál. To ale všechno se dozvídám, až když pozvu matku a nechám ji hádat, kdo si myslí, že na mapě je, a pracujeme s rozdíly.

Stále se nám sem téma táty dostává. Hladový trojúhelník na matce viditelný. Vracím se k tomu, že ona posledně litovala, že se nerozešli, dnes dcera říkala, že pro tátu je to takto pohodlnější a proto přemluvil mámu, aby spolu zůstali. Ale co když to je jinak? Třeba se táta ženil na celý život, ne na dobu určitou a je zaskočený tím, že žena s ním nechce být? Není snad jejich soužití nepohodlnější než jakákoli jiná varianta? Kladu otázky a dělám kolem tématu konfusi.

Posílám po ženách otcí příručku pro otce dcer s PPP, a zvu je všechny na další termín. (Příručku pro otce a manžele žen trpících PPP jsme chvíli testovali na našem pracovišti, nebyli jsme jejich autory.)

3. setkání (29. dubna)

Matka s dcerou, zase jen ženy. Komentuji to už v čekárně, pak se to stane hlavním tématem tohoto sezení. O nemoci se vlastně ani nedomlouváme, protože stále nejsou vyjednané podmínky pro léčbu. Proč otec nechodí? Dnes se musel prý vyspat, ale když se chci dovědět víc, F připouští, že se mu sem nechce. I poprvé přišel víceméně z donucení. „Neuznává to“ (častý argument otců v této situaci), vůbec se s dcerou nebaví a ona s ním. Ani dcera si nemyslí, že jí to tady je k něčemu dobré. „Nic jí to nedává“, cituje dceru matka. Dcera výrok trochu opravuje, ne že by nic nedávalo, ale nic se nemění. Souhlasím s nimi, vždyť si teprve mapujeme situaci doma a to samo o sobě sotva může s věcmi pohnout.

Leze na mě chřipka a tak nejsem zrovna ve formě, ale vynasnažíme se je získat pro dokončení pěti plánovaných sezení (tedy ještě 2x) než třeba zkonstatujeme, že nejsme ti praví, kdo by je mohl vyléčit.² Také bych už nechtěl pracovat dále bez otce. Domnívám se, že pokud ho nezískáme, tak stejně nezbyde, než zvolit jiný typ terapie, navrhuji hospitalizaci. A vůbec, kdo si myslí, že je dcera nemocná? Ona to není, a táta taky ne, kdo tedy? Myslí si to máma, bojí se o dceru. Taky vidí, že se holka vůbec s tátou nebaví, oba jako by dokonce o mámu soupeřili. To je postřeh dcery, ale odvíjí se od matčina tvrzení, že když ona mluví s dcerou, odchází táta pryč, a když se baví s otcem, odchází stejně uraženě dcera. (!)

Co by se stalo, kdyby opustila situaci matka? Nebavili by se spolu, to už si vyzkoušeli, nikdo z nich nezačne, dcera to taky ví. A co se to mezi nimi stalo? Dcera neví, je to od toho skoro-rozvodu rodičů. Nechápe, co se s tátou stalo. Hledáme, co by to mohlo být. Třeba se urazil, nebo se styděl, nebo co vlastně? Matka má dojem, že otec je trochu zvláštní, možná stydlivý, občas se s ním nemůže domlouvat o obyčejných věcech, nad kterými by se mezi partnery stydět nemuseli, ale on ano.

Podarí se mi vyjednat, že Věrku (které stále střídavě vykám a tykám³) objednáme k hospitalizaci u prof. Papežové⁴. Může do té doby bojovat proti Bulimii, a bude-li zdravá, nebude to vadit. Ale ať to máme objednané. A pak dceru motivuji k experimentování s tátou, aby se dověděla, jak vlastně reaguje. Nemám z toho nakonec tak špatný dojem a tátou pozdravuji. Příště bych byl rád, kdyby přišli spolu. Příručku, kterou jsem mu po ženě poslal, nečetl. Urazil se, že dostal příručku on a ne žena! On je přece v pořádku, dcera není a žena je nemožná... Vráť jí příště.

4. sezení (27. května)

Velmi těžké sezení se všemi. Napětí mezi rodiči je velké, táta má sádku na ruce i noze, spadl z kola. Nechce se mu mluvit. Musím mluvit hodně já. Začínám od toho lepšího, Věrka mi 2x psala. Nejprve bědovala, že se stále s mámou hádá a že jí to škodí a co že má dělat. Ve druhém e-mailu v reakci na mou odpověď sdělovala,

2. To není žádný trik. Tato léčba jim nemusí sedět a pak je zbytečné tahat peníze z pojišťovny.

3. To je případná poznámka. Tykáni nebo vykání, které se zde děje spontánně, napovídá, zda se dospívající chová spíše dětsky nebo už dospěle.

4. Hospitalizace může sice působit jako vyhrůžka, rodiče a někdy i lékaři tím někdy vyhrožují. My ji ale považujeme za dobrou možnost, jak s nemocí bojovat tam, kde síly pro boj na straně rodiny jsou malé, nebo je somatický stav příliš nebezpečný. Během hospitalizace často také pokračujeme v sezeních rodinné terapie. Není to tedy „odkládní pacientů“.

že se s mámou dohodly a že je to mnohem lepší. To hodně oceňuju a chci vědět detaily. Táta sedí proti dceři, já proti mámě, a když se otec s nějakým názorem ozve, nic moc vážného to není, hned si všimne, jak dcera protáčí panenky a on se naštvě a už nechce nic říci. Přesadím ho tak, aby neviděl na dceru přímo, sedí vedle ní a já sděluju, že pro mě je snazší sedět bokem v takových případech, abych nechtal všechny neverbální agrese. Je to žonglování na laně, nechci otce ztratit, nechci, aby ho ženy diskvalifikovaly, ale současně potřebuju, aby se začal víc angažovat, tedy aby vlastně bylo po jejich. Aspoň podle mámy, ta se i tady do partnera pustí, že nic neřeší, nic nedělá, ona pak ječí – to je totéž, co se stalo mezi ní a dcerou. Matka má takový amok, když ji něco naštvě, dělá to dost často, dcera říká hysterák... Jo, otec vlastně dceru chválil, že dělá street dance, že ho má na prvním místě, ne že by v něčem selhávala, ve škole a tak, ale nemusela by to mít na prvním místě – a tady došlo k „protáčení“ panenky.

Nechávám vyvstat i nevyslovenému konfliktu mezi matkou a otcem. To když se ptám Věrky, jak by vypadal zázrak, kdyby se náhodou stal, a nebylo by doma napětí. Jak pozná napětí? A už jsme tam. Popisují, co se pak doma děje. Máma brečí, táta tím trpí, je bezradný, neví co si počít, má těch hysterických scén od ženy už dost.

Navrhuji otci, že by se nemusel dát tak snadno vytočit těmi protáčenými panenkami. A mohl by taky jen vydržet záchvat emocí, když už to ženu přemůže. Mohl by ji třeba jen podržet, obejmout ji a držet tak dlouho, než to přejde. Ani on ani žena si to neumí představit. Dcera snad jediná ano. Mluvím o Rusalce a o její bezmoci se domluvit se svým vyvoleným princem, pro kterého tolik obětovala. Situace se mi jeví tak, že oba partneři hrají hru „honiš tě, protože mi utíkáš, utíkám, protože mě honíš...“ a nejde s tím přestat⁵.

Jaká opatření udělaly matka s dcerou ohledně bulimie? Věrka to zveřejnila ve svém okolí, začala pravidelně jíst, ale po svém, a přibere tak, jak bude sama chtít. Chce jet na soustředění s tancem a už proto chce nad nemocí vyhrát. Ta to ještě nevzdala, stále se jí snaží dostat. Závěrem znovu všechny přemlouvám, aby přišli spolu i příště.

5. setkání (26. 6.)

Oba rodiče a krásná dcera. Vypadá to, že končíme. Jsou v pořádku, dobrá nálada, i táta

5. Hraní komunikačních her odkrývá především transakční analýza, ale jednotlivé popisy lze s výhodou použít v rodinné terapii.

je přítomen a klidný, usměvavý. Váha drží, Věrka dokonce přibrala a nelekla se, máma hlavně začala chodit do práce po 4 měsíční přestávce, a protože s tím má najednou plno práce, nemusí tolik myslet na nemoc dcery. Ta se s ní hádá o pitomostech⁶, jak to obě říkají, otec podporuje dceru tím, že odejde z místa hádky a obě to jako podporu dcery vnímají. Vyjednáváme prázdniny, Věrka jede na taneční týden na začátku a na konci prázdnin. Mezi tím plánuje být doma, ještě neví přesně, ale na dovolenou by mohla jet jen s tátou, protože máma nedostane dovolenou v nové práci... Ale to se stále ještě ostýchá, no, ostýchá se hlavně otec.

Doporučení: Není tedy více co řešit, navrhuji ponechat ještě chvíli termín 31. 7, který mají, ale pokud se vrátí dcera ze soustředění a bude v pořádku, mohou ho zrušit.

Diskuze a závěr

V záznamech samozřejmě není zdaleka zachyceno všechno, co se na sezení odehrálo. Je zde jen to, co utkvělo terapeutovi, čeho si on všiml, co považoval za důležité. Po více než pěti letech je Věrka v pořádku, rodiče dokončili svůj reálné existující psychologický rozvod. Ohrožující choroba dcery blokovala pokračování jejich rozchodu a to bránilo její vlastní separaci. Když zvážíme, že krize rodičů vypukla v jejich dvanácti letech, že je to doba, kdy dítě je zpravidla v intimnějším kontaktu s matkou, není překvapivé, že se dcera zastávala více matky než otce. Koncept hladového trojúhelníku dobře vystihuje chronické strádání všech tří účastníků anorekticko-bulimického procesu v rodině. Nezasvěcenému může připadat sled událostí od příjmu do léčby až po její závěr v 5. sezení nahodilý. Máme zkušenosti se stovkami rodin, kde jsme pozorovali velmi podobný vývoj. To nás vedlo ke zpevnění našich požadavků na rodiny, které přicházejí s problémem poruchy příjmu potravy, a později i s celou řadou jiných potíží v období separačního procesu. Rychlost, s jakou se daří měnit symptomatické chování, je v jiných případech neobvyklá. Podle našeho názoru je to tím, že proces separace vždy postihuje všechny tři postavy: matku, dítě i otce, a rodinná terapie umožňuje jejich koordinaci ve směru pokračování a dokončení separace (4). Zde jsme měli práci usnadněnou tím, že rodiče už na 1. setkání pojmenovali otevřeně svou krizi, která se tak mohla stát tématem. Obvyklejší je,

6. To je pro nás známka posunu dcery od matky – už s ní nemusí tolik držet, už se o ni nemusí starat, může s ní nesouhlasit, proto se v téhle fázi rozvíjejí mezi nimi nezvyklé konflikty.

že se všichni soustředí na podivné a někdy život ohrožující chování adolescenta a případná krize rodičů zůstává dlouho skrytá. Máme zkušenost, že dokud se k jejímu pojmenování rodiče sami neodhodlají, terapie PPP se májí účinkem. Samo pojmenování ale nestačí. I tady jsme viděli, že klíčová změna mohla proběhnout až tehdy, kdy se podařilo více zapojit otce. To umožnilo posun dcery v separačním procesu, což se projevilo tím, že přestala chránit matku, dokonce se s ní začala hádat, projevovala více svou nezávislost, a tak také uvolnila rodiče k tomu, aby dořešili svůj problém.

Bylo by velmi zavádějící, kdybychom vyvolali ve čtenáři dojem, že PPP má přímou souvislost s krizí rodičů, nebo dokonce, že krize je příčinou divného chování dospívajících. Snadná lineárně-

-kauzální vysvětlení, po kterých my lékaři tak toužíme, se na procesy postihující současně tělesné, psychické i sociální systémy nehodí. Rozhodující je podle nás stagnace separačního procesu, a ta může být způsobena mnoha různými okolnostmi, paradoxně například i přílišnou blízkostí otce a matky. Pro nás je nejdůležitější poznatek, že k obnovení procesu separace mohou přispět všichni jeho účastníci, matka, dítě i otec, právě tak jako ho může každý z nich blokovat. Proto je rodinná terapie hlavním nástrojem při řešení PPP.

Literatura

1. Chvála V, Trapková L, Skorunka D. Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther.* 2012; 5: 293–312.

2. White M, Epston D. *Narrative Means to Therapeutic Ends.* New York: W. W. Norton, 1990.

3. Trapková L, Chvála V. Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. *Prakt. lékař* 2000; 80(9): 519–524.

4. Trapková L, Chvála V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch.* Praha: Portál, 2004.

Článek doručen redakci: 26. 2. 2014

Článek přijat k publikaci: 3. 5. 2014

MUDr. Vladislav Chvála

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