

# PRAXE



## CHVÁLA V., TRAPKOVÁ L.: INDIKACE K RODINNÉ TERAPII V PSYCHOSOMATICE

**Souhrn: Chvála V., Trapková L.: Indikace k rodinné terapii v psychosomatice, PSYCHOSOM, 2012(3), s. 146- 164**

Autoři shrnují svou více než dvacetiletou zkušenost z práce s rodinami s nemocným členem a zamýšlejí se nad indikacemi k rodinné terapii psychosomatických poruch. Vycházejí přitom z vlastního vývojového modelu rodiny jako sociální dělohy. Psychosomatický symptom chápou jako somatizaci intrapsychických konfliktů a obtíží ve vztazích v průběhu proměn triády matka-dítě-otec od početí dítěte až po jeho dospělost. Rodinnou terapii především v modu narativní terapie uplatňují v týmu spolupracovníků, ve kterém jsou zastoupeny také další psychoterapeutické školy. Považují za samozřejmé, aby rodinný terapeut spolupracoval při léčbě psychosomatických poruch se somatickým lékařem a vzájemně se respektovali.

**Klíčová slova:** somatizace, psychosomatická porucha, rodinná terapie, indikace rodinné terapie

**SUMMARY: Chvála V., Trapková L.: Indications for family therapy in psychosomatic, PSYCHOSOM, 2012(3), pp. 146- 164**

The authors summarize their more than twenty-year experience in working with families with an ill member and they reflect the indications for family therapy of psychosomatic disorders. This is based on the authors' own developmental model of the family as a social uterus. Psychosomatic symptoms are seen as somatization of intrapsychic conflicts and difficulties in relations during the transformation of the mother-child-father triad from the conception of the child until his/her adulthood. Family therapy, especially in the mode of narrative therapy, is applied in a team of collaborators, in which there are also represented other psychotherapeutic schools. We take for granted that a family therapist works with a somatic physician in the treatment of psychosomatic disorders and that they respect each other.

**Keywords:** somatization, psychosomatic disorder, family therapy, family therapy indications

## ÚVOD

Rodinný terapeut, který se etabloval na půdě zdravotnického zařízení, může být zaskočen otázkou, jaké případy jsou vlastně k rodinné terapii vhodné, neboli jaké jsou indikace k rodinné terapii. On sám považuje za pacienta celou rodinu jako systém, takže s tím nemá obvykle problém, ale jak to vysvětlit ostatním zdravotníkům, kteří pochopitelně uvažují jinak? Proto jsme se pokusili shrnout naše zkušenosti v tomto textu. Nebudeme se zabývat prokazováním vlivu psychických a sociálních faktorů na zdraví a nemoc jednotlivce. Od toho jsou zde celé učebnice a spousta materiálů. (Uexküll, 2003) Rovnou vyjdeme ze zkušenosti, kterou jsme během více než 20 let práce s rodinami chronicky nemocných učinili. (Chvála V. , 2009) Indikace pro příjem pacienta do léčby na naše pracoviště, ať už ve Středisku komplexní terapie psychosomatických

poruch v Liberci, nebo v Ordinaci klinické psychologie a psychoterapie v Praze, byly definovány hodně široce a odpovídaly později prosazovanému pojmu medicínsky nevysvětlitelných symptomů – MUS (Medical unexplained symptoms). (Page & Wessely, 2003) Pracoviště SKT jsme podřídili krajskému odborníkovi pro všeobecné lékařství, protože jsme měli zkušenost, že převážná většina těchto lékařsky nevysvětlitelných stonání dříve či později končí u praktiků. A ti pak už nenacházejí další možnosti léčby, když somatizace sice ukazuje na tělesné potíže, ale nález je minimální. (Fink, Sorensen, Engberg, & al., 1999) Takovéto medicínsky nevysvětlitelné potíže se ostatně dostaly do centra pozornosti i jinde ve světě především pro svou obtížnost a ekonomickou náročnost. (Reid, Wessely, Crayford, & Hotopf, 2001) Problém je, že

lékaři nejsou vybaveni možností ovlivňovat psychosociální aspekty tohoto typu stonání, což je potřeba, jak ukázal Salamon. (2004)

Rodinná terapie, nejprve Minuchin a Milánská škola systemické terapie, nám byly inspirací, i když jsme si byli jisti, že pro převážně somatizující pacienty budeme potřebovat také tělové techniky a nebudeme moci zůstat jen u rodinné terapie. (Minuchin, 1977) Potřeby pacientů a také právě vznikající prostředí zdravotních pojišťoven si nakonec vyžádala složení týmu, ve kterém nejsou jen rodinní terapeuti, ale také kolegové jiných směrů, ať už lékaři či kliničtí psychologové nebo fyzioterapeuti. I v zahraničí se osvědčilo zřizování takovýchto malých týmů zaměřených na léčbu somatizační poruchy. (Matalon, 2002) Pokud jde o věková omezení, za šťastnou okolnost dodnes považujeme skutečnost, že jsme se rozhodli neklást překážky žádné věkové skupině. Díky tomu máme zkušenosti se somatizací ve všech věkových kategoriích, od kojenců po lidi ve vysokém věku. Blízkost nemocnice krajského typu umožnila, abychom přijímali pacienty dobře vyšetřené, s vyloučením závažných somatických příčin stonání, které by vyžadovaly primárně somatickou léčbu v některém z oborů, a v případě závažných onemocnění jsme mohli během rodinné terapie spolupracovat s odborníky příslušného oboru. (Hotopf, Nimuan, &

Wessely, 2001) Relativní nevýhodou tohoto uspořádání je nepoměr kapacity našeho pracoviště (800–1000 nových pacientů ročně) s kapacitou ostatních zdravotnických zařízení ve spádové oblasti, když zvážíme, že až 40 % všech pacientů může potřebovat takovouto specializovanou péči. (Fink, Sorensen, Engberg, & al., 1999) V tomto uspořádání jsme vydrželi pracovat v rámci zdravotnictví více než dvacet let a práce se dále rozvíjí. Souběžně s tím se v systému postupně vytvářejí podmínky pro vznik dalších podobných pracovišť v duchu koncepce základní psychosomatické péče, kterou můžeme převzít od německých kolegů. (Tress, Krusse, & Ott, 2004)

Většina lékařů pracuje v rámci jedné specializace, která se zabývá jen částí tělesné schránky člověka, nebo se omezuje na určitý věk pacienta, dítě či dospělého, nebo jen na jedno pohlaví. Náš kolega Torben Marner z Kodaně, který nás významně ovlivnil, když nás naučil narativní terapii s externalizací, byl např. specialistou na práci s dětmi od 6 do 15 let. Taková formální a převážně jen administrativní omezení brání ve výhledu na celek stonání. Ten se totiž odehrává vždy v rodině, a její systémové vlastnosti potřebujeme zahrnout do zorného pole. (McDaniel, Hepworth, & Doherty, 1997) Jen tak můžeme vysvětlit a pochopit velkou část podivných somatizací jedince systémově na vyšší logické úrovni.

### *RODINA JAKO SOCIÁLNÍ DĚLOHA*

Souhrn našich zkušeností s takto definovanou množinou pacientů, jichž našimi pracovišti prošlo přes 20 tisíc, jsme představili odborné veřejnosti jako triadický vývojový model rodiny, který jsme nazvali „Rodina jako sociální

děloha“. (Trapková & Chvála, 2004) Vývoj jedince uvnitř rodiny, jeho uvolňování a zakládání nového generativního útvaru můžeme sledovat jako organismus, který má své zákonitosti, svou stavbu a fyziologii. Ta

prochází fázemi růstu, stagnace a přechodu do dalšího vývojového stadia celého systému. (Breunlin, 1989) V tomto není náš model v rozporu s jinými vývojovými modely rodiny i individua. (Carter & Mc Goldrick, 1980); (Erickson, 2002) Jiní autoři popisují vznik monogamní rodiny se vznikem otcovství<sup>1</sup> a soudí, že s jejím začátkem je svázán vznik kultury, které naopak s úpadkem otcovství hrozí zánik. (Zoja, 2005) Současná rodina rozhodně prochází mnoha proměnami a krizemi. Symptomy je pak možno vidět jako součást emočního pole v systému rodinných vztahů, které se při stagnaci či přechodu do nového stadia vývoje proměňují a působí na každý jednotlivý organismus. Fakt, že až 50 % rodin se rozpadá, vůbec neznamená, že lidé žijí mimo rodiny. Především dítě ke svému vývoji obě rodičovské postavy nezbytně potřebuje a stabilita rodinných vztahů je pro jeho aktuální i budoucí zdraví, nejen psychické, ale i tělesné, sociální a duchovní, velmi důležitá. (Baram, a další, 2010) Rozvodem řeší rodiče jen svou neuspokojivou partnerskou situaci, pro jejich vztah s dětmi, tedy pro rodičovství, je to zpravidla komplikace. Kromě toho i dospělí mají své rodiče, kteří se mohou dožadovat péče. Tak nepovažujeme za přehnané tvrzení, že všichni pacienti žijí nějakým způsobem v rodině či s rodinou.

Indikace k rodinné terapii, jak je předkládáme, vycházejí především z naší terapeutické zkušenosti s rodinami v jednotlivých vývojových fázích. (Chvála, Trapková, & Skorunka, 2012) Je nám přitom jasné, že sama vhodnost indikace z hlediska rodinného systému a jednotlivých symptomů ještě

---

<sup>1</sup> Na rozdíl od mateřství, které plynule navazuje na mateřské instinkty předchozích savců.

neznamená, že rodinná terapie proběhne, nebo že bude nutně v jednotlivých případech úspěšná. Protože nedílnou součástí indikace je také faktická možnost práce s rodinou, tedy existence pracoviště, kde by mohla být rodina se symptomem přijata a ošetřována, a to nejpodstatnější- totiž motivace rodiny takovou léčbu podstoupit. Rodinná terapie, jak ji chápeme, se jistě nestane nástrojem většinové medicíny, protože by vyžadovala důslednou změnu paradigmatu na straně zdravotníků i laiků. (Komárek, 2005) Centrem naší pozornosti by se musela stát rodina, nejen jedinec, jak je to dosud samozřejmé. Způsob práce lékaře by musel kromě dnes běžných rutin obsahovat navíc další dovednosti, jako je *stranění všem, hypotetizování a práce s jazykem*, jak je dnes využívají rodinní terapeuti. Zvažte, jak k tomu máme daleko. V jednotlivých případech tam, kde jsou k tomu vhodné podmínky, můžeme indikovanou rodinnou terapií prospět pacientům, jejich rodinám a koneckonců i medicíně, která si dosud s těmito případy nedokáže svými prostředky poradit jinak, než je pouze dispenzarizovat a ulevovat chronicky nemocným paliativními prostředky.

Je ostatně otázkou, zda by bylo užitečné pokaždé sahat rovnou k rodinné terapii, když jistá míra stonání podle nás k běžnému životu rodiny patří a většina rodin nepotřebuje k tomu, aby se uzdravila, zásah rodinného terapeuta a většinou ani lékaře. Mnoho sebeúzdavných rodinných procesů probíhá spontánně, rodinný terapeut je dokáže navíc lépe reflektovat a cíleně podporovat. A tak následující indikace k rodinné terapii jsou jen relativní indikací, alternativní nabídkou v těch případech, kde symptomy kteréhokoli člena rodiny mají intenzitu nebo trvání,

jež nelze vysvětlit somatickým nálezem ve smyslu MUS, nebo se stává natolik dominantním tématem v rodině, že rodina selhává v jiných svých úkolech. Zásadní předností rodinné terapie oproti jiným přístupům je pochopení symptomu jako běžné součásti komunikačního pole rodiny. Každý symptom pak zkoumáme z hlediska toho, do jakého vztahu patří. V tomto vztahu pak bývá snadněji řešitelný. Další zásadní výhodou rodinné terapie je teorie změny, která vychází z teorie systémů, a proto si rodinný terapeut umí dobře představit, že každá porucha a nemoc, má-li svůj začátek, může mít i svůj konec. (Luhmann, 2006) To zdaleka nelze tvrdit o každém klinickém oboru postaveném jen na biofyzice. Běžný lékař těžko uvěří, že astmatik nebo epileptik se

může vyléčit. Podle něj může jít pouze o remisi. Představa, že symptom vytváří aktivně sám organismus v emočním silovém poli rodiny a že stejný symptom může nést v každé fázi života jiný význam a plnit jinou roli, je pro lékaře téměř nemožná. Některé z těchto indikací jsme publikovali již před řadou let a od té doby se naše zkušenosti spíše prohloubily. K tématu se vracíme mimo jiné proto, že přibylo kolegů, kteří jsou dobře vybaveni k tomu, aby se zabývali rodinnou terapií v rámci zdravotnictví. Chceme dále podporovat vznik týmů, v jejichž rámci bude rodinná terapie součástí péče o psychosomaticky nemocné už proto, že to evidentně vede k významným ekonomickým úsporám. (Honzák, 1989)

#### *INDIKACE RODINNÉ TERAPIE V PŘÍPÁDECH S PSYCHOSOMATICKOU PROBLEMATIKOU PODLE JEDNOTLIVÝCH VÝVOJOVÝCH OBDOBÍ*

Symptomy v rodině probereme nyní podle „věku rodiny“, který časujeme věkem prvního dítěte, přesněji jeho vývojovou fází. (Šulová, 2004) Pokud je v rodině více dětí, překrývají se jednotlivá vývojová období, systém je o

to složitější a časování „věku rodiny“ je méně přehledné. V orientaci poněkud pomůže hypotéza, že každé dítě má v rodině vlastní niku – vlastní sociální dělohu – a každý rodič je tolikrát rodičem, kolik dětí má.

##### *1. OBDOBÍ KOLEM NAROZENÍ DÍTĚTE*

###### **a) před narozením**

U mladého páru existuje řada nežádoucích stavů ještě před narozením dítěte (ať už souvisejí s nemožností otěhotnět, nebo s poruchami průběhu samotného těhotenství), které mohou být dobrým důvodem k rodinné terapii. Buď proto, že byly vyčerpány běžné způsoby léčby, nebo je chování a prožívání potenciálních rodičů nějak nápadné. Tak např. usilují o těhotenství, ale nemají spolu vůbec pohlavní styk, nebo v případě, že žena, která po IVF

otěhotní, žádá o interrupci. Někdy si všimneme, že chronické onemocnění souvisí už s pouhým rozhodnutím počít dítě a se snahami o početí. Pár pak početí odkládá na dobu, „až se budoucí matka či otec uzdraví“. Nepostihneme celý kontext poruchy, když v takové situaci vidíme pouze ženu nebo pouze muže, jak je v každé ordinaci somatického lékaře běžné. Někdy ani párová terapie nemusí poskytovat dostatečně široký pohled, zvláště tam, kde mladí partneři nedokončili separaci



z původních rodin. To pak bývá užitečné přizvat do léčby rodinných vztahů ještě i jejich rodiče.

V těhotenství málokdo pomyslí na práci s rodinou, protože je to období relativně krátké. Navíc somatické poruchy, které se popřípadě rozvinou, musí být kontrolovány gynekologem či dalšími somatickými lékaři a jejich nástroji. To ale neznamená, že by nevolnosti a zvracení, nebo pokles odolnosti muže či ženy, nebo nečekané somatoformní reakce muže očekávajícího první dítě, nemohly souviset se změnami v soužití páru či širší rodiny. Jen výjimečně je zde doporučována rodinná terapie, ale její vliv bývá relativně rychlý a úlevný.

### **b) porod a šestinedělí**

Právě tak zřídka se může rodinný terapeut setkat s problémy kolem porodu nebo v krátké době po něm. Případná porucha synchronizace matky a dítěte, která se projevuje zpočátku jako problémy v laktaci matky či vyladování spánku dítěte a matky, se obvykle rozvíjejí delší dobu, než se odhodlá rodina či lékař konzultovat rodinného terapeuta. Takové potíže řešíme nejčastěji tam, kde rodina docházela do rodinné terapie už před otěhotněním či před porodem. Tak se můžeme setkat i jako rodinní terapeuti s tématem recidivujícího zánětu prsu, nebo s rozvojem chronického dyspeptického syndromu u dítěte, které má úzkostnou či málo zralou matku, nebo s bolestmi v pánevní, označovanými jako symfyzeolýza, rozstup spony kostí stydkých. Kromě klidu na lůžku je zde krátká práce s rodinou velmi výhodná, ale málokdy využívaná. Častěji než se somatickými problémy se setkáme spíše s rozvinutými psychickými symptomy laktačního okruhu, pokud psychiatr nebo pediatr matku pošle. U obou typů problémů se rodinný terapeut může setkat s nevyjasněnými hranicemi a

novými kompetencemi kolem dítěte, především mezi primárními rodinami rodičů a novou mladou rodinou. Úprava hranic a domácího režimu za spolupráce všech zúčastněných má často nečekaně dobrý efekt na další vývoj symptomu.

### **d) první rok života**

Během preverbálního období v prvním roce života (orálně-smyslové období dle Ericksona) se postupně rozvíjí schopnost dítěte reagovat na emoční pole v rodině především tělesně. Dítě v symbiotickém vztahu s matkou řeší dilema základní důvěry proti základní nedůvěře a v tom vzniká snadno neblahý cyklus „čím hůř, tím hůř“. Nejistota matky nezřídka zhoršuje prospívání dítěte a to zase zesiluje nejistotu až úzkostnost matky. (Crittendendová, 2008) Dítě může signalizovat nepokoj rozvojem pestrých obrazů na kůži, nejčastěji ekzému a svědění, drbe se a rozvíjí složité noční hry, které rodinu vysilují. Později se nedostatek stability a pevných hranic může projevat např. kašlem, který se pravidelně stává (za vydatné podpory zdravotnické osvěty a prevence zaměřené výhradně somatickým směrem) zdrojem velké, byť nevědomé moci symptomu dítěte nad stále nejistějšími rodiči. Typickým projevem nestability v rodině bývají zánětlivá onemocnění středouší u dítěte, nebo prudké a nebezpečně vyhlížející laryngitidy, které děsí rodinu i v dalších letech raného dětství. Nepřekvapí nás to, když víme, jaký vliv má hostilní prostředí na produkci proinflammatorních cytokinů v organismu dítěte. (Kiecolt-Glaser, Loving, & Stowell, 2005) Také rozvoj některých vzácnějších tělesných symptomů by mohl být po důkladném vyšetření dítěte konzultován s rodinným terapeutem pro případ, že by šlo o náhodný vznik, rozvoj a psychosociální cestou zesilování nevysvětlitelného symptomu, např. záhadných teplot,

zvracení nebo průjmů. I nevyřešitelné vrozené vývojové vady, jako je např. cystická fibróza, bývají indikovány k rodinné terapii při velké chronické zátěži rodičů, přestože samozřejmě neočekáváme vyřešení základního onemocnění, ale vyžadují speciální péči o vyčerpané rodiče.

Nejobtížnější fází rodinné terapie u somatických symptomů dětí, je přijetí do léčby. Je pochopitelné, že rodiče mají obavy, zda nedělají nějakou chybu, když právě jejich dítě je nemocné a trpí. Jejich pocity viny práci komplikují a je třeba postupovat tak, abychom je tlumili a rozhodně sami svými otázkami nevyvolávali. V tom je práce rodinného terapeuta v oblasti psychosomatiky zvláštní, jak na to upozorňujeme jinde. (Chvála V. , 2010) Naše přesvědčení, že to nejsou rodiče, kteří dítěti vědomě škodí, musí být zřetelně vyslovené. To taky může být pravdivý postoj, když se vzdáme představy prosté lineární kauzality a naučíme se za škodlivými silami rozpoznávat systémové síly. V tom je velmi užitečným nástrojem narativní terapie s externalizací, která však plného uplatnění může dojít až v dalším vývojovém stadiu. (Skorunka, 2010)

## *2. OBDOBÍ KOLEM 3 LET JEDNOHO Z DĚTÍ*

První vývojová fáze přechází plynule do druhé fáze (svalově-anální), ve které dítě s rodiči řeší problém autonomie proti studu a pochybám. (Erickson, 2002) V praxi se to projevuje především vzdorem, který představuje nový nárok na rodiče. V rámci separačních sil mezi matkou a dítětem, při vyjednávání nových mocenských poměrů mezi matkou, dítětem a otcem, se snadno vyvíjejí a nevědomě jsou zesilovány takové poruchy, jako je zácpa, pomočování, pokakávání nebo odmítání

V této fázi spíše stojíme vedle zneklidněné matky a pracujeme v její prospěch tak, aby se obrátil směr začarovaného kruhu ve prospěch všech – čím líp, tím líp. Tak ostatně pracuje i běžná somatická, třeba hormonální léčba – čím je dítě lepší, tím klidnější je matka. A čím klidnější je matka, tím lepší je dítě. Problém hormonální mastičky je spíše v tom, že nezůstává bez vedlejšího vlivu na organismus dítěte. My jako rodinní terapeuti se zaměříme na hledání zdrojů neklidu a nejistoty v rodině, rozšiřujeme zorné pole a podporujeme reálnou sebejistotu v rodičích. Hledáme přirozené opory v okolí matky a zapojujeme je do léčby. Tlumíme konflikty mezi rodiči nebo hledáme spolu s nimi jejich řešení. Často přejdeme k párové terapii, to ale už musí být jasné, že se rodiče necítí tímto kontextem ohrožováni a sami nahlížejí, že jim i jejich dítěti prospěje, když vyjasní a vyřeší složitou situaci mezi sebou. Další potíží rodinné terapie je fakt, že výsledky nejsou obvykle vidět okamžitě. Neslibujme rodičům rychlé výsledky, získáváme je pro respektování přirozených vývojových sil a jejich tempa. Trpělivost je třeba žádat i od dalších kolegů lékařů.

potravy, a dokážou velmi zaměstnat rodiče i lékaře. Po celou dobu zraní je dítě nadáno možností reagovat na emoční napětí v rodině bolestmi břicha, hlavy nebo nožiček. Viděli jsme však i rozvoj závažných vzácnějších onemocnění, která spadají do oboru diabetologie, revmatologie, urologie nebo hematologie, a ve spolupráci s příslušnými odborníky i zde považujeme za velmi vhodnou práci s rodinou pokud možno včas, dokud není symptom v systému ukotven a

pevně stabilizován často už nevratně ve struktuře organismu. (Doherty & Baird, 1983) Při nástupu do kolektivního zařízení se poprvé testuje připravenost dětí na pobyt mimo rodinu. Malá odolnost se nejčastěji (a nejsnadněji) projevuje opakovanými infekcemi horních cest dýchacích. I zde je velmi výhodná rodinná terapie dříve, než dojde k hlubším změnám anatomických struktur, popřípadě rozvoji spastických záchvatových reakcí dítěte.

Z našeho hlediska je třeba do souhry zapojit otce. V této fázi se totiž dítě vymezuje vůči matce, potřebuje se od ní vzdalovat a je v tom ambivalentní. Nezřídka matka přivedla na svět dalšího potomka a to také nezůstává bez povšimnutí – prvorozené dítě obvykle dramatičtěji reaguje. Může-li se ho v této situaci ujmout otec, napětí v rodině se zmírňuje. Potíž je v tom, že současní zaměstnaní otcové považují často za samozřejmost, že o dítě se stará matka. Někdy stačí málo, aby se otec zapojil, a potíže dítěte se dobře mírní. Zdá se, že přibývá tvrdohlavých dětí, u nichž liberální výchova vede k nepřiměřenému ustupování rodičů, kteří nejsou schopni udržet hranice, až nalézáme obraz bizarního chování „malého tyрана“, jak ho nazývá Prekopová. (Prekopová, 2009) Dítě si pozorně všimá, na čem rodičům obzvláště záleží, spontánně pokouší taková slabá místa rodičovských hranic ve svém boji o moc a problematičtěji vítězí. Viděli jsme rodiny, kde si takto dítě všimlo, že matka sleduje, zda dostatečně pije – po čase přišli s tím, že dítě odmítá pít. I když se potíže s touto vývojovou fází mohou projevovat nejrůznějšími způsoby, zdá se, že enkopréza je zlatým dolem interakcí dítěte a bezmocných rodičů. Někteří chlapci jsou skutečnými rekordmany, nejlepší z nich dokázal zadržovat stolicí 27 dnů! Jistě je takové

zadržování odměňováno také zpočátku libými pocity z anální oblasti, což vidáme i u holčiček v tomto věku. Michal White měl v péči tolik chlapečků s enkoprézou, že při jejich léčbě objevil a popsal externalizaci, hlavní techniku narativní rodinné terapie. (White & Epston, 1990) Získat hravou formou dítě pro boj proti symptomu je královskou cestou v psychosomatice dětí. Torben Marner zvýšil účinnost metody psaním dopisů dětem a jejich rodinám po sezení rodinné terapie. (Marner, 2000) Zapojením otce se stává taková hra zábavným tréninkem, který prohlubuje vztah dítěte s otcem a ještě dále zvyšuje pravděpodobnost uzdravení. Z širšího hlediska narážíme na problém krize otcovské postavy v naší civilizaci vůbec, jak upozorňuje Zoja. (Zoja, 2005) Nalezení otcovského místa a role je pro muže v rodině velmi důležité a pro rodinu úzdravné.

Samozřejmě, už v tomto věku řada dětí žije jen s matkou, nebo s jejím novým partnerem, což situaci komplikuje, ale rodinného terapeuta to nezabavuje možnosti s rodinou pracovat. Respektujeme realitu rodiny jaká je, a i zde povzbuzujeme všechny členy k naplnění úkolů této fáze. Jestliže chybí biologický otec, zkoumáme a propracováváme s dítětem a matkou, které další postavy z okolí naplňují nebo by mohly naplňovat otcovské místo. Nemůžeme přehlédnout, že i rodiče mají své meze a také oni mohou buď své individuální obtíže, nebo neřešitelné konflikty v triádě somatizovat. V tomto období to bývá nejspíš chronicky unavená matka, pak se nabízí obraz únavového syndromu, anebo deprese. Jindy trpí opakovanými záchvaty žlučové koliky, které se svádějí na „písek“ ve žlučových cestách, ale zpravidla se zcela přehlídí zlost, která dlouhodobě dominuje v jejím emočním



vyladění. Otcové častěji somatizují v oblasti zad, především v kříži, když dlouhodobá nevytvarovanost páru neumožňuje realizovat uspokojivý sexuální život, což žena zas nejnádhavněji somatizuje chronickým gynekologickým symptomem, třeba svěděním či bolestí. U těchto párů můžeme nalézt dítě v jejich ložnici. Pod různými racionalizacemi často ve skutečnosti chrání ženu před nežádoucím sexem. Dětské noční záchvaty kašle, svědění

kůže, pomočování nebo úzkosti s nočními můrami jsou vhodnými příležitostmi, jak nevědomě pomáhat matce a řešit její problém. V žádném případě nejde o racionální plán či vědomou taktiku dítěte nebo někoho z rodičů. Vše je výsledkem organizace systému, který hledá náhradní řešení. Nutí kohokoli ze zaangażovaných, aby se stal nositelem symptomu, který by zajišťoval zklidňování emočního pole rodiny.

### *3. OBDOBÍ KOLEM 6 LET DÍTĚTE, ZAŠKOLENÍ*

Když dítě i rodiče vyřeší dilema druhé vývojové fáze, situace se zklidní, ale další fáze je staví před nové úkoly. Dítě se dostává do lokomotoricko-genitální fáze, ve které stojí před problémem iniciativy versus viny dle Ericksona. Celá rodina stojí před nároky zaškolení dítěte, které povedou k významným změnám ve vývoji celku. (Suess, K., & Sroufe, 1992) V souladu s Breunlinovou oscilační teorií dochází ke změně nikoli skokem, ale častěji oscilací mezi ranějším (předškolním) a starším (školním) vývojovým obdobím. (Breunlin, 1989) To se často projevuje opakujícím se symptomem, nejčastěji zánětem HCD. V některých případech se rozvíjejí „záhadné“ teploty, jejichž příčinu nelze najít. I tady máme dobrou zkušenost s rodinnou terapií. (Trapková L., 1995) Do období kolem šesti let dítěte spadá první vrchol manželských krizí s rozvodem, což bývá pravidelně v pozadí mnoha zdravotních problémů všech zúčastněných, matky, otce i dítěte. Pochopitelně, neboť řešení oidipského komplexu<sup>1</sup> se týká emočně silně také

rodičů, každého zvlášť a každého jinak. V rámci rodičovské nebo i partnerské krize dochází nezřídka na rozvoj symptomů také u dospělých. Deprese, chronický únavový syndrom matek nebo únikové chování otců, jako je alkoholismus, hráčství či workholismus, nejsou výjimkou. Samozřejmě bývají sexuální dysfunkce v takových párech, rozvoj bolestivých stavů, především zad, hlavy či alergií kteréhokoli z členů rodiny. Práce s takovou rodinou bývá vděčná. Na rozdíl od předchozích stadií přichází rodina do rodinné terapie častěji, i když indikací bývá spíše porucha chování nebo přizpůsobení než somatizace. Ta pak obvykle komplikuje docházení do školy, a škola začíná naléhat na rodinu, aby s tím něco dělala. Část klientely představují rodiny s nočním pomočováním, častěji u chlapců. Určitě by stálo za to více pracovat s rodinami, kde dítě projevuje záchvatovité problémy, ať už neurologické nebo plicní. I zde se znovu vyptáváme na prospívání rodiny, zapojení jednotlivých členů do denních

---

<sup>11</sup> Oidipický komplex je psychoanalytický pojem, který sice charakterizuje toto období, ale je už různě interpretován, zneužíván i parodován. Fakt je, že v době, kdy chlapec

---

dospěje do genitálního stadia vývoje, matka se pro něho stává významným erotickým objektem. A je to právě otec, kdo svou přítomností a angažováním vedle matky pomůže synovi tuto fázi překonat.

úkolu, na „život“ symptomu v rodině, na to, jaký mají na něj jednotliví členové vliv atd. Dítě získáváme pro boj proti

symptomu, rodiče šikujeme vedle něho jako pomocníky.

#### *4. ZVLÁŠTNÍ SYMPTOMY V MEZIDOBÍ 6–12 LET DÍTĚTE*

Pokud se rodina propracovala do období se školním dítětem tak, že v zásadě splnila vývojové úkoly předchozích období, jak to známe od E. Ericksona, dochází k relativnímu uklidnění výsevu symptomů a nastává emočně radostné a symptomaticky docela klidné období latence, v němž nemoci působí jako jemné regulátory únavy a odpočinku. Avšak dluhy předchozích fází vývoje se připomínají a volají po dosycení prostřednictvím nových symptomů. Hlavním tématem tohoto období je příčinnost resp. inferiorita, když se dítěti v kolektivu nedaří. Proto se na pořad dostávají ve větší míře také sociální symptomy, jako je kradení, záškoláctví, školní fobie, poruchy řeči, projevy obtíží ve vztazích se sourozenci a vrstevníky mimo rodinu, poruchy chování všeho druhu. Pokud trvá enuréza, zvláště u chlapců, je nyní už příliš obtěžující a rodina konečně přijde věc řešit. Nedávno jsme viděli poněkud zvláštní symptom, který až trochu humorně ilustruje, jak se mohou dostat dluhy z minulých fází do kolize s rostoucími nároky dítěte. Přišla bezradná rodina s desetiletou dcerou, že může defekovat pouze ve spánku. V době, kdy byl čas, aby ji učili chodit na nočník, jim spřátelená rodina, kde byly potíže s nočním pomočováním, radila, aby preventivně dítě budili na čůrání v noci, jako by dítěti hrozil stejný symptom. V kombinaci s liberál-

ním přesvědčením rodičů naší pacientky, že ji rozhodně nebudou omezovat tak, jak zažili ve svých původních rodinách, chránili dceru před nácvikem sebeovládání při vyměšování. Odmalička ji denně vysazovali na nočník pozdě v noci, když šli i dospělí spát. Jednou se náhodně přihodilo, že se dcerka ve spánku současně s vymočením také vykakala. A to se stabilizovalo. V deseti letech to byl už tak pevný tělesný návyk, že se dítě nedokázalo vykakát ve dne. Problém narůstal sváhou dítěte. Řešit jej začali až tehdy, když spící dceru unesl už jen otec, a ona proto nemohla nikdy opustit domov přes noc. Pozdní nácvik sebeobsluhy se nedařil a organismus dítěte reagoval nebezpečnými zácpami. Tehdy rodinu poslal pediatr. Vypadlo to divoce, ale stačilo pár sezení, aby se poměry v rodině upravily.

Symptom dítěte se často stává, jako ostatně i v jiných fázích vývoje rodiny, předsunutým symptomem signalizujícím chronické napětí v partnerství rodičů. To je pak třeba takové popírání pravého stavu věcí pojmenovat a přejít od rodinné terapie k terapii párové bez účasti dětí, jejichž symptomy pak mohou odeznívat ve zlepšeném klimatu rodiny spontánně. Pokud se tak neděje, nebývají už rezistentní k dalším intervencím somatického lékaře jako dřív. O tyto případy rozhodně nemá rodinný terapeut nouzi.

## 5. OBDOBÍ KOLEM 12 LET NĚKTERÉHO Z DĚTÍ

Celý proces je průběhem puberty a v adolescenci završen dozráním sexuální identity dospělého člověka. Pokud se to nedaří, dojde ke konfuzi rolí a stagnaci celé rodiny. (Erickson, 2002) Zvláštní nároky představuje začátek tohoto procesu separace, který je charakterizován novým přimknutím dítěte k matce. V naší metafoře o sociální děloze nastávají poslíčky chystajícího se sociálního porodu a pro všechny v rodině to bude emočně náročné období vyžadující velké vztahové investice. A to paradoxně v rozporu s tím, že rodiče už bývají výchovou a kontinuálními starostmi i radostmi s dětmi vyčerpaní a sil spíš ubývá, než by jich přibývalo. V nepříznivém případě se rozvíjí v triádě matka-dítě-otec tzv. hladový trojúhelník. (Trapková & Chvála, 2000) Symptomy tohoto období patří typicky do vztahu s matkou, jsou v něm posilovány a souvisejí se zasvěcováním do dospělého ženského světa, u dívek homoeroticky a u chlapců heteroeroticky. Děvčata trpí především ranými poruchami menstruačního cyklu, popřípadě mentální anorexií, organismus chlapců nabízí spíše akné, sennou rýmu, také poruchy chování mohou ukazovat na nezvládanou ambivalenci ve vztahu s matkou. Vrozené i výchovou získané rozdíly mezi dívkami a chlapci generují odlišné potíže dívek a chlapců. Při práci s rodinou v tomto období klademe co největší důraz na intervence do celé triády matka-dítě-otec, a pokud možno za přítomnosti všech.

Strukturální vztahové potíže v rodinách, které vytvářejí nepřehledné sítě s vlastními a nevlastními rodiči a dětmi, bývají zdrojem mnoha symptomů. Nevyjasněné hranice rodiny, kde nebývá samotným členům zřejmé, kdo patří

dovnitř a kdo ven, bývají samy o sobě zdrojem silných emocí, které nelze veřejně reflektovat a vyjádřit. Často právě děti se ve složitě síti vlastních a nevlastních vztahů nevyznají, a přitom mají nejmenší moc vzdorovat změnám. Dostávají se pravidelně do konfliktu loajality a jsou odsouzené k popírání spontánní emoční reakce. Regredují často na preverbální úroveň nejrůznějšími somatizacemi, psychickými poruchami nebo rozvojem patologického chování. V naší metafoře jsou vystaveny hrozbě „předčasného sociálního porodu“ a jeho komplikací. Typický je zde rozvoj obsesivně-kompulzivní poruchy, sebepoškozování, tikové poruchy, epileptiformních záchvatů či jiných poruch vědomí, které jim umožňují „opouštět neřešitelnou situaci“. Na somatické rovině vidáme poruchy imunity včetně nebezpečných autoimunitních onemocnění, rozvoj dýchacích potíží až do astmatu, tenzní bolesti hlavy, migrény, úporné algie kloubů, zad, poruchy držení těla, skoliózu atp. Pozornosti uniká, že intervence ortopedů, jako jsou dlouhodobé fixace končetin, nasazení korzetu či pobyty v ozdravovnách, mění významně fungování rodiny a z našeho hlediska hraje právě tato skutečnost velkou roli jako spontánní intervence do vztahů v rodině, ať už v léčebném nebo iatrogenním smyslu. Symptomy tohoto období ovlivňují křehkou dynamiku v partnerském vztahu a symptomy dětí se mohou stávat neléčitelnými, pokud skrytě zajišťují stabilitu rodičovského páru. Děti si mohou uvědomovat, že by uzdravení mohli zaplatit rozchodem rodičů, jak to vidí v okolních rodinách, a jsou sužovány anticipační úzkostí z takového vývoje ve vlastní rodině, kterou si neodvažují vyslovit.

## 6. OBDOBÍ KOLEM 17 LET DÍTĚTE, PŘECHOD ZE SVĚTA MATKY DO SVĚTA OTCE

Proces separace spěje k svému završení, které bývá podobně dramatické jako porod. Novou zátěží rodiny je rozhodování o další profesionální orientaci dítěte. Větší otevření světa a zvýšené nároky na odpovědnost dítěte lze velmi hezky sledovat na zvýšené tonizaci vegetativní nervové soustavy v celé populaci, jak ukázala rozsáhlá slovenská studie RR variací srdečního rytmu, která potvrdila objev italského týmu. (Petretta, 1997) Sama o sobě tato změna tonizace je zdrojem velkého množství symptomů, tedy potenciálních somatizací v oblasti GIT popřípadě dýchacího a oběhového systému. Ty patří podle našich zkušeností dalšímu vývojovému úkolu. Dítě se vzdaluje od matky a zesiluje se význam vztahu s otcovskou postavou. Prostřednictvím otce je adolescent zasvěcován do dospělého mužského světa, orientovaného na výkon, což potvrdily i rozsáhlé jazykové studie. (Glaeson, 1975) Vrozený rozdíl mezi chlapci a dívkami i tentokrát významně určuje rozdíl v prožívání. Zatímco pro chlapce jde o vztah homo-erotický, pro dívku (i otce) jde o vztah hetero-erotický se všemi potenciálními riziky. Tak si vysvětlujeme mnohem častější výskyt mentální bulimie u dívek než u chlapců, kteří i zde inklinují spíše k jiným typům poruch. Podle našich zkušeností je toto období

z hlediska tvorby symptomů nejbohatší, a to u všech členů rodiny zároveň, a ukazuje na jeho obtížnost. Fakt, že o každého z nich pečuje jiný lékař nebo i medicínský segment, vede k tomu, že nejsou tyto poruchy rozpoznány jako součást systémových vlastností rodiny a na této úrovni nejsou řešeny. Naopak velmi často zde dochází k nadužívání lékařské péče s jen nahodilým efektem a rizikem chronifikace. Je třeba pracovat s celou triádou matka-dítě-otec, a to zdaleka ne jen u poruch příjmu potravy. Stejně naléhavě je třeba takto uvažovat u většiny somatizací, úzkostných poruch, sebepoškozování, zneužívání drog nebo rozvoje psychotických onemocnění.

Mohlo by se zdát, že mnoho rodin je v tomto období již natolik rozpadlých, že není už v rodinné terapii s kým pracovat. To potvrzují pracovníci v oblasti drogových závislostí nebo psychóz. Rodina však zůstává především mentálním prostorem a i vzdálený otec je stále silnou vnitřní figurou, se kterou je třeba počítat k dokončení separačního procesu. Teprve po dokončení této fáze separace můžeme považovat sexuální identitu dospělého za stabilní. Pokud tomu tak není, dochází ke konfuzi rolí a adolescenti odcházejí do života s vývojovým dluhem, který se přenáší do další generace.

## 7. OBDOBÍ KOLEM ODCHODU DĚTÍ

Ani úspěšné završení předchozí fáze nemusí znamenat konec potíží v rodině. Odchodem dětí se může rodičům ulevit, nebo se projeví jejich únava či následky toho, že v náročné době přestali pečovat o svůj vztah. Přicházejí těžkosti při „zavíjení sociální dělohy“. Nejrůznější nemoci každého z rodičů mohou bránit

spontánnímu přechodu do další životní fáze. Zatímco dítě staví raná dospělost před problémy spojené s intimitou a hrozí mu izolace, pokud neuspěje, rodiče jsou konfrontováni s otázkou, zda mají být dále spolu. Statistiky svědčí o tom, že se stále více párů rozpadá právě v tomto období po dvaceti letech manželství.

Rozestěhování rodičů ovšem zdaleka nekončí kontakty s dětmi. Děti už sice netrvají na tom, aby rodiče byli za každou cenu spolu, ale pokud jejich rozchod znamená v očích dítěte výraznou nespravedlnost vůči jednomu z rodičů, mohou se vztahy s druhým rodičem komplikovat. A to tím spíše, že se začínají obracet role ve světě mimo rodinu. Zatímco ženám atraktivita ubývá, muži po čtyřicítce jsou na vrcholu své výkonnosti, mají často už i dobré postavení a tak jejich atraktivita zejména pro mladší ženy spíše stoupá. Nerovné podmínky se nejspíš podepisují na častějším stonání žen v tomto období. Nejistota a obtížné vyrovnávání se ztrátami rozkolísá vegetativní systém a vytvoří pestré formy somatizací, které se svádějí pouze na hormonální změny. Opakovaně jsme viděli pacientky s diagnostikovaným předčasným vyhasínáním ovariální funkce, která se plně obnovila po navázání uspokojivého

partnerství. Karta se může ale také obrátit, z rodinného svazku se může uvolnit žena, a muž propadá depresím a beznadějí, se všemi somatickými důsledky. Hypertenze, poruchy srdečního rytmu, algie a blokády zádoových svalů, bolesti kloubů, chronická zácpa, nespavost, urologické komplikace, to všechno je běžnou součástí takového vývoje, a to tím spíš, že muži inklinují k taktice popírání. Tady už nezdědka rodinná terapie není možná, když se bývalí partneři nechtějí setkat, ale jsou k dispozici jiné směry psychoterapie, ať už individuální nebo skupinové. Nedokončování studií dětí, jejich drogová kariéra, ale i somatické nemoci, zvláště ty záhadnější a podivné, mohou mít v pozadí takový problematický vývoj rodiny. Tady má rodinně terapeutické vidění i v rukou lékaře svůj význam, může získat mladého dospělého pro hledání nových perspektiv mimo původní rodinu.

## *8. OBDOBÍ DOSPĚLOSTI DĚTÍ A SENIA RODIČŮ*

Když rodiče i děti přečkají všechny tyto překážky, děti nastoupí cestu k nezávislému životu, zavládne často delší období klidu. Což neplatí pro tzv. sendvičovou generaci, tedy pro ty rodiče, kteří se musí starat o své děti nebo nyní častěji vnoučata a současně o své vlastní rodiče, kteří jsou staří a bezmocní. (Graeme & O'Dwyer, 2012) Neplatí to ani pro ty, kteří se pokusí uniknout nezadržitelnému vývoji tím, že si pořídí další generaci dětí a nastoupí do dalšího rodičovského cyklu. Častěji to zkoušejí muži s novými ženami, ale nejsou výjimkou ani ženy, které porodí ještě po padesátce, v čemž jim lékaři umějí vyjít vstříc díky technologii i.v.f. Pokud se těmto nástrahám dospělí vyhnou, může rodina vstoupit do dalšího období. To přináší do života našich pacientů nová

témata, která bychom neměli při práci s pacienty s psychosomatickým symptomem pomíjet. Jak se mění jejich pracovní pozice, popřípadě jak zvládají ekonomickou zátěž po odchodu do důchodu? Jak dokázali najít nový smysl života, pokud již opustili své hlavní povolání? Jak pokračuje životní cyklus rodiny? Nestagnují děti v dalším období tím, že zůstávají samy, že nezakládají rodiny, že nerodí další děti? Dnes se to může zdát nepodstatné, když velké procento mladých žije raději samo, a až 30 % mladých mužů do 30 let žije se svými matkami. Fakt, že tento projev stagnace životního cyklu postihuje tak velké procento populace, ještě neznamená, že to je žádoucí nebo že to nepředstavuje emoční zátěž. Jaké úkoly



zatěžují pacienta a jak zasahuje jeho nemoc?

Pokud se podařilo všechny rodičovské úkoly úspěšně splnit, jak jsou na tom s prarodičovstvím? Přicházejí nesnáze sbližování těch, kteří se sňatkem dětí nevybrali. Status tchánů a tchyní je o to nejasnější a vztahy chaotičtější, když děti zakládají rodiny bez svatebního rituálu. U nás se pak objevují s novými symptomy zoufalé snachy či ještě zoufalejší tchyně, když je nešťastná snacha odřízne od vnoučat a nachází v tom pro sebe řešení. Přechody a posuny generací odjakživa napěchované emocemi nezajišťují a nezaštiťují tradiční společenské rituály. Svoboda zúčastněných často vypadá jako naprosté zmatení, s nímž ruku v ruce přichází existenciální úzkost a její somatizace. Do popření se tlačí bilancování smyslu života. Udržet dobré vztahy a neporušovat generační hranici, neznepokojovat mladou matku a podporovat ji v jejích mateřských funkcích, nediskvalifikovat ani ještě málo zkušeného otce, to nejsou lehké úkoly. Mnoho rodin, které jsme poznali v ordinaci, potřebovalo pomoci s vytvořením pevných, a přitom propustných generačních hranic. Často šlo o polysymptomatické rodiny, kde každý měl svého lékaře. Napětí v rodině, která bydlí v dvougeneračním domě, se může projevat na každém z nich, nejčastěji ale přijdou kvůli nemoci a špatnému prospívání vnoučete. To mohou mít v domě všichni rádi, ale pokud je napětí mezi dospělými, stává se ten fyzicky nejzranitelnější jejich svorníkem. Záhadné teploty, častá nemocnost, angíny, astmatické stavy, nejruznější alergie, to vše bývají průvodní jevy, které při práci s rodinou mohou postupně odeznít, když se vyjasní role i hranice v prostoru, kde se generace setkávají. Zavržení rodičů dětmi, nebo

naopak dětí rodiči můžeme zaznamenat jen jako další patologii rodinných vztahů, která má tendenci přivádět členy takové rodiny k lékařům, kde dostávají nálepku chroniků.

U starších pracovitých žen s bolestivými nebo zažívacími symptomy často narazíme na problém, který dlouho popírají: mají sice vnoučata, ale buď se s nimi vůbec nevidají, nebo dokonce ani nevědí, kde bydlí. To bývá zdrojem velkého napětí a výčitek, autoakuzací, pocitů křivdy, popírané zlosti, které vedou k nespavosti, nechutenství, nebo naopak k přejídání a obezitě se všemi důsledky. Osamělost je s postupujícím věkem stále větší problém zvláště u žen<sup>1</sup>. Mnoho jejich tělesných stesků by potřebovalo především reálný nesexuální fyzický kontakt (rehabilitace). Když si bolesti vyžadují operativní zákroky, jako v jednom případě, kdy v době extrémního a jen utrpeného osamění bolely pacientku zuby, může to dopadnout tragicky. Sympatický mladý zubař byl tak dlouho pokoušen, až postupně vytrhal všechny zuby, ale běda, ono to nepomohlo. Bolesti nepřestávaly, a navíc paní nesnesla ani opakovaně vyrobenou zubní protézu. Teprve pak se na hlavu nebohého zubaře snesl všechn její hněv a věc skončila stížností na ministerstvu.

Čím jsou lidé starší, tím blíže stojí před rozhodující fází života: buď celý jejich život vyústí do pocitu integrity, pocitu plně prožitého smysluplného života, se kterým jsou usmířeni, nebo propadnou zoufalství. (Erickson, 2002) To samozřejmě mnohem více než na materiálních hodnotách, jež člověk za

---

<sup>1</sup> Ne že by muži nebyli na osamělost citliví, ale zdá se, že jim spolu s promiskuitním životem po opuštění rodiny, popřípadě s rozvojem alkoholové závislosti a postupného bezdomovectví, více vyhovuje.

život nahromadil, záleží na vnitřních hodnotách, k nimž dospěl. Zpravidla to je tak či onak závislé na stupni zduchovnění, které souvisí s postupnou ztrátou významu tělesnosti. Jako by tělo a jeho schopnosti ustupovaly do pozadí a vystupovaly spíše psychologické a duchovní aspekty člověka. Je zřejmé, že naše hedonistická a na pouhé užívání přítomného okamžiku zaměřená společnost takový vývoj příliš nepodporuje. Výrazná fragmentárnost života ve spotřebním světě bez snahy o pochopení života jako celku, jako jediného oblouku od narození po smrt, který má smysl právě ve své celistvosti, má vliv na přesvědčení mnoha lidí, že život je jen to dobré. Nemoc, bolest a smrt k němu nepatří, ty jsou tady jaksi omylem, nedopatřením, ano, třeba i naší

vinou. Ztratili jsme schopnost trpět a kupodivu tím méně jsme schopni dosáhnout pocitu integrity smířením se životem. Stále více lidí proto propadá zoufalství, spotřeba antidepresiv v tomto vývojovém období strmě stoupá. Rozdíl mezi oběma stavy je zřejmý a radikální: zatímco člověk, který dosáhl integrity, je dobře připraven na smrt, a v tom dává příklad a naději mladším, člověk, který podlehl zoufalství, protrpí konec života v děsu a hrůze – a děsí tím ty další. Nelze se divit, že taková společnost nakonec volá po možnosti ukončit toto trápení zásahem lékaře. (Vácha, Königová, & Mauer, 2012) I zde má co dělat rodinný terapeut, i když málokdy má příležitost doprovázet rodinu ke smrti jejich seniora, často se téma smrti vynoří až během práce s rodinou na jiném tématu.

## DISKUSE A ZÁVĚR

Když se to pokusíme shrnout: Podle naší zkušenosti je v každém věku možné indikovat rodinnou terapii pro chronické onemocnění, kterým trpí jeden či více členů rodiny. To, co se s věkem mění, jsou úkoly, před kterými rodina v tom kterém stadiu vývoje stojí. Rodinný terapeut nezaměřuje pozornost na symptomy, ty si samy berou pozornosti až dost, ale na témata, o kterých se v rodině nemluví, ačkoli jsou danou situací nastolena a prožívána. Z tohoto hlediska je rodinná terapie práce s tématy, jak jsme ukázali jinde. Nebude škodit, když to znovu připomeneme, protože ukazuje na způsob, který v terapii psychosomatických poruch uplatňujeme. *„Určité období, dané věkem dítěte, je zaplněno určitými tématy. Tak jako se o kojení mluví především v rodině s kojencem a témata prospěchu zaplňují komunikaci rodin se školními dětmi, tak témata spojená*

*s riziky separace dominují v rodinách s dospívajícími. Témata vyvolávají diskusi, obavy, konflikty. Silné emoční reakce vedou přes tělesné regulace uvnitř individuálního organismu ke vzniku odchylek (od normy) až případně ke vzniku symptomů. Potenciálních symptomů, které na sebe mohou strhnout pozornost, a tím se stát náhradním a přitom dominantním tématem v systému, existuje v každém okamžiku celá zásoba. Organismus sám je velkým generátorem projevů vítaných i nevítaných. Náhoda v tom hraje významnou roli. Symptom, jednou již objevený, se může zvýšenou pozorností zpětnovazebně posilovat a snadno pak kolem sebe organizuje celý systém. Přitom téma jako fenomén není ani tělesný, ani psychický jev. Je to něco, co patří systému a jeho schopnosti sebeutváření. Tomu odpovídá zkušenost lékařů: symptom, který přejde do*

*chronického stavu, se z hlediska léčby chová jinak, než symptom akutní. Z hlediska systemické teorie došlo ke změně řízení – z individuálního organismu převzaly řízení systémové síly rodiny.“* (Chvála V. , 2010, stránky 471-473) Je zřejmé, že rodinný terapeut pracuje jinak než lékař, který se naopak (oprávněně) nechává strhávat příznakem. Proto je tak důležitá spolupráce rodinného terapeuta, odborníka na dynamiku celku, s lékařem, odborníkem na symptom z biologického hlediska. Ideální je, když se vzájemně mohou respektovat a důvěřovat si.

Náš model rodiny jako sociální dělohy bývá kritizován jako příliš normativní. Nejsme ovšem sami, kdo upozorňuje na potřebné uspořádání kolem dítěte. Je známo, že některé podmínky jsou pro růst a zrání dítěte užitečnější než jiné. V poslední době je to především bouřlivý výzkum v oblasti prvotní vazby (attachment theory), který prokazuje nezbytnost stabilního – a tedy normativního – uspořádání vztahů kolem dítěte. (Cassidy & Shaver, 2008) Proto by nás nemělo překvapovat, že v dlouhodobém vývoji lidstva byly některé z těchto zákonitostí pokusem a omylem objeveny a petrifikovány ve formě společenských norem, například manželství. (Zoja, 2005) I když si dáváme pozor na to, abychom kriticky posuzovali konkrétní rodinu nebo jí předepisovali něco, co nedělá, ale „bylo by správné to dělat“ podle nějaké normy, jsme si vědomi toho, že jakási obecná norma existuje. Když mluvíme o předpokladech pro zdravý vývoj, chápeme pojem „normativní“ jako Rivet a Street, kteří mluví o normativních podmínkách jako o „...tak často se vyskytujících událostech v jakékoli dané kultuře, že mnoho, ne-li většina rodin se s nimi setkává po celou dobu svého

*života, a to navzdory pestrosti a rozmanitosti rodin v dnešním světě“.* (Rivett & Street, 2009, str. 31)

Nejvážnější námitky proti uplatnění rodinné terapie v psychosomatické medicíně, bez ohledu na její účinnost, tvrdí, že snaha o spojování rodinné dynamiky se zdravotními problémy je potenciálně obviňující. To je pochopitelná a oprávněná námitka, která musí být brána v úvahu, přestože o vlivu životních událostí na zdraví se ví již dlouhou dobu. (Holmes, 1978) I kdybychom to tak sami nemysleli, matka astmatického dítěte, která je zvána k sezení rodinné terapie, se může cítit velmi nepříjemně tím spíš, že intuitivně cítí, že potíže dítěte nejsou od ní oddělené. Kdo zažil noční hrůzu s dusícím se dítětem, ví, jakou bezmoc a zoufalství rodiče prožívají. Kdyby si měli připustit, že se na spouštění záchvatu nějak podílejí, bylo by to nesnesitelné. Rodinný terapeut uvažuje o souvislostech v cirkulární kauzalitě, kde nelze tak snadno přisoudit vinu jako v běžnější představě lineární kauzality. Když už rodinu máme získanou pro spolupráci, je relativně snadné pracovat tak, aby pocity viny nebránily uzdravování v podobě nefunkčních psychologických obran. Obvykle se spontánně rozpouštějí současně s lepším pochopením situace a uvědomováním vlastních možností a moci pracovat na nápravě. Nejtěžší je začít. Souhlasíme s Dallosem a Crittendem (2009), rodinnými terapeuty, kteří také říkají, v jak obtížné situaci jsme: „*Chceme spolupracovat s rodinami neobviňujícím způsobem, ale zároveň budeme muset uznat, že rodinní příslušníci někdy také navzájem jednají způsoby, které vedou k nechtěné nouzi a traumatům.*“ (Dallos & Crittenden, 2009, str. 400) To, co musíme zvážit na naší straně, je naše schopnost přijmout

nejen všechny členy rodiny, ale i jejich protichůdné, a dokonce i konkurenční verze společného příběhu (stranění všem). To nemůže být jen formální snaha, rodina musí vnímat, že jsme jim nakloněni, že jim straníme (proto nestačí pouhá neutralita!), a to i přesto, že oni sami mezi sebou mají značné napětí a každý postrádá něco jiného. To není snadné, ale je to součást dovedností a snad i osobnosti rodinného terapeuta, aby byla rodinná terapie pro léčení psychosomatického symptomu vhodná a pro rodinu snesitelná. Obavy z toho, že můžeme rodinu zranit, mohou terapeuta až paralyzovat a udržovat v léčebné pasivitě. Rodinu sice nezraní, ale také nevyлéčí. Víme, že ani pro rodinu není rodinná terapie snadná. O to více musíme pracovat pevně a citlivě.

V neposlední řadě jsme si vědomi toho, že takto vedený „výzkum praxí“ (podobně viz „průzkum bojem“) je v době převažujícího a v mnohém jistě oprávněného požadavku praxe založené

na důkazech snadno napadnutelný. Souhrn našich zkušeností, jakkoli se může zdát impozantní, nemůže nahradit v jednotlivých detailech provedené důkazy nezávislou výzkumnou strategií. Jedna věc je, že v praxi je tento přístup užitečný a urychluje léčbu dokonce nejen v našich ordinacích, ale i v práci kolegů, kteří tento model převzali, druhá věc je, že vzbuzuje otázky a žádá si ověření. To se naštěstí již děje a v některých metodologicky nepochybně dobře vedených studiích se detaily našeho modelu potvrzují, jako např. v diplomové práci Matouškové, vedené prof. Šulovou o vztahu otce a dcery. (Matoušková, 2012) Doufáme, že spolupráce praxe a výzkumu se bude vzájemně stále více vyplácet. V praxi mohou vznikat témata, která lze ve výzkumu ověřovat, a to zpětně bude zlepšovat praxi ve prospěch užitečných a spolehlivých postupů.

Předneseno na Dnu rodinné terapie v Lékařském domě 17. 4. 2012

Redakce vzala na vědomí 17. 4. 2012

Recenze 2. 8. 2012

Po úpravách přijato k tisku 15. 8. 2012

#### LITERATURA:

1. Baram, T. Z., Horvath, T. L., Gao, X.-B., Borok, E., Liu, Z.-W., McClelland, M., a další. (13. January 2010 ). Early-Life Experience Reduces Excitation to Stress-Responsive Hypothalamic Neurons and Reprograms the Expression of Corticotropin-Releasing Hormone. *The Journal of Neuroscience* 30(2), stránky 703-713.
2. Breunlin, D. C. (1989). Clinical implications of Oscillation Theory: Family Development and the Proces of Change. V N. Christian, & J. R. Ramsey, *Family systems in Medicine* (stránky 135-149). New York, London: Guilftort Press.
3. Carter, E. A., & Mc Goldrick, M. (1980). *The family life cycle: a framework for family therapy*. New York: Gardner Press.
4. Cassidy, J., & Shaver, P. (2008). *The handbook of attachment; theory, research and clinical applications*. New York: The Guilford Publication.

5. Crittenden, P. (2008). *Raising parents; attachment, parenting and child safety*. Portland: Willan Publishing.
6. Dallos, R., & Crittenden, P. (2009). All in the family; integrating attachment and family systems theory. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14 (3), stránky 389–409.
7. Doherty, W. M., & Baird, M. A. (1983). *Family therapy and family medicine*. N.Y.: The Guilford Press.
8. Erickson, M. H. (2002). *Dětství a společnost*. Praha: Argo .
9. Fink, P., Sorensen, L., Engberg, M., & al., e. (1999). Somatisation in primary care: prevalence, health care utilisation and general practitioner. *Psychosomatics*, 40 (4) , 330-338.
10. Glaeson, B. J. (1975). Fathers and other strangers: men's speech to young children. V D. (. Dato, *Developmental psycholinguistics; theory and applications* (stránky 171-222). Washington D.C.: Georgetown University Press.
11. Graeme , H., & O'Dwyer, L. (15. 3 2012). <http://www.productiveageing.com.au/site/>. Získáno 15. 8 2012, z Ageing centre: <http://www.productiveageing.com.au/userfiles/file/Fact%20Sheet%208.pdf>
12. Holmes, T. (1978). Life situations, emotions and disease. *Psychosomatics*, 19, stránky 747-754.
13. Honzák, R. (1989). Ekonomický přínos plynoucí z psychosociálně orientované intervence u nemocných somatických oborů. *Praktický lékař*, 95-97.
14. Hotopf, M., Nimuan, C., & Wessely, S. (2001). Medically unexplained symptoms; an epidemiological study in seven specialities. *Journal of Psychosomatic Research*, 51 (1), stránky 361– 367.
15. Chvála, V. (2009). Dvacetiletá zkušenost s léčbou pacientů s psychosomatickou poruchou ve středisku komplexní terapie v Liberci. *PSYCHOSOM*, stránky 93-103.
16. Chvála, V. (2010). Pohled rodinného terapeuta. In: Z. Vybíral, & J. Roubal, *Současná psychoterapie* (stránky 460-474). Praha: Portál.
17. Chvála, V., Trapková, L., & Skorunka, D. (5. May 2012). Social Uterus: A Developmental Concept in Family. *Contemp Fam Ther*, stránky 293–312.
18. Kiecolt-Glaser, K. J., Loving, J. T., & Stowell, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production and wound healing. *Archives of General Psychiatry*, 62 (12), stránky 1377–138.
19. Komárek, S. (2005). *Spasení těla: Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá fronta, edice Kolumbus.
20. Luhmann, N. (2006). *Sociální systémy. Nárys obecné teorie*. . Praha: CDK.
21. Marner, T. (2000). *Letters to Children in Family Therapy*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
22. Matalon, A. N. (2002). A short-term intervention in a multidisciplinary refferal clinic for primary care frequent attenders. *Fam Pract*. 19, stránky 251-256.



23. Matoušková, L. (2012). *Psychologické aspekty vztahu otce a dcery*. Praha: FF UK .
24. McDaniel, S., Hepworth, J., & Doherty, W. (1997). *Medizinische Familientherapie in der Medizin. Ein biopsychosociales Behandlungskonzept für Familien mit körperlich Kranken*. Heidelberg: Carl Auer.
25. Minuchin, S. (1977). *Familie und Familientherapie*. Freiburg: Lambertus.
26. Page, L. A., & Wessely, S. (2003). Medically unexplained symptoms: exacerbating factors in the doctor-patient encounter. *J R Soc Med*, 223-227.
27. Petretta, M. (1997). ; 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*; 20.
28. Prekopová, J. (2009). *Malý tyran*. Praha: Portál.
29. Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (322 2001). Medically Unexplained Symptoms in Frequent Attendees of Secondary Health Care: Retrospective Cohort Study. *British Medical Journal*, stránky 767–769.
30. Rivett, M., & Street, E. (2009). *Family therapy; 100 key points and techniques*. Hove: Routledge.
31. Salamon, P., & al, e. (2004). Voiced but unheard agendas; qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms to general practitioners. *British Journal of General Practice*, 171-176.
32. Skorunka, D. (2010). Narativita a psychoterapie. In Vybíral Z., & Roubal, J., *Současná psychoterapie* (stránky 561-583). Praha: Portál.
33. Suess, G. J., K., G., & Sroufe, L. A. (15 (1) 1992). Effects of infant attachment to mother and father on quality of adaptation in preschool: From dyadic to individual organization of self. *International Journal of Behavioral Development*, stránky 43–65.
34. Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Praha: Karolinum.
35. Trapková, L. (1995). Příklad s teplotami (Externalizace). . *Kontext*, XI/1.
36. Trapková, L., & Chvála, V. (2000). Soubor pacientů s poruchami příjmu potravy na našich pracovištích za posledních pět let. *Prakt. lékař 80/9*, stránky 519-524.
37. Trapková, L., & Chvála, V. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
38. Tress, W., Krusse, J., & Ott, J. (2004). *Základní psychosomatická péče*. Praha: Portál.
39. Uexküll, T. v. (2003). *Psychosomatische Medizin, 6.vydání*. München, Jena: Urban & Fischer.
40. Vácha, M., Königová, R., & Mauer, M. (2012). *Základy moderní lékařské etiky*. Praha: Portál.
41. White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative Means to Therapeutic Ends*. New York: W.W.Norton.
42. Zoja, L. (2005). *Soumrak otců*. Praha: Prostor.