

ZKUŠENOST S POUŽITÍM EXTERNALIZACE PŘI PRÁCI S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY

Marek Kolařík

Abstrakt

Článek pojednává o využití externalizačního rozhovoru při práci s poruchami příjmu potravy. Na základě konkrétního příběhu z terapeutické praxe je poukázáno na fakt, že využití tohoto způsobu práce je s klienty a klientkami s poruchami příjmu potravy velmi účinné. Klienti a klientky totiž často sami hovoří o jisté „rozdvojenosti“, mají toto své „druhé já“ pojmenováno, vedou s ním dialog. Rovněž hovoří o tom, že by něco velmi chtěli změnit, ale „něco nebo někdo v nich jim v tom brání“. Obvykle je externalizační rozhovor používán pro posílení zdravé části osobnosti proti příznaku či nemoci. V článku je s odkazem na praktickou zkušenost poukázáno na skutečnost, že způsob práce s externalizací u poruch příjmu potravy může být odlišný. Klíčem k uzdravení totiž není boj proti nemoci a její oslabení, ale vybudování spojení s ní. Teprve skrz toto spojení je v některých případech uzdravení možné.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, externalizace, terapie

EXTERNALIZATION IN DEALING WITH EATING DISORDERS

Abstract

The article is about the usage of the externalization dialogue in dealing with eating disorders. It is based on a concrete example from therapeutic practice and it is shown that this way of working with clients with eating disorders is very effective. These clients often speak of a certain “disunity” in themselves. They have name for their “second self” and they speak to it. They also talk about the fact that they really want to change something but “something or someone keeps their efforts off”. The externalization dialogue is generally used to reinforce the healthy part of personality against the symptom or disease. The article shows that regarding clients with eating disorders there may be different ways of employing this method. The process of full recovery is not a fight against the disorder and its weakening but a process of building an alliance with the disorder. Only thanks to this alliance the recovery is possible in some cases.

Keywords: eating disorders, externalization, therapy

Úvod

Při práci v Poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy se pracovník může setkat se širokým spektrem problémů i způsobů práce. I tak specifická problematika, jakou poruchy příjmu potravy a práce s nimi nepochybně jsou, tvoří nedílnou součást poradenské práce. Během výcviku v systemické a rodinné terapii byla pro mě jednou z obrovských inspirací práce s externalizací a vedení externalizačního rozhovoru. Využití tohoto způsobu práce pak bylo s klienty a klientkami s poruchami příjmu potravy svým způsobem zákonité – klienti a klientky totiž často sami hovoří o jisté „rozdvojenosti“, mají toto své „druhé já“ pojmenováno, hovoří o tom, že by něco velmi chtěli změnit, ale „něco nebo někdo v nich jim v tom brání“. V tomto článku bych se rád podělil o své zkušenosti, byť ne úplně bohaté, s použitím tohoto způsobu práce a jistými specifiky, která jej od běžného externalizačního rozhovoru, tak jak mu rozumím, odlišují. Doufám, že tento skromný příspěvek bude pro odborníky pracující s touto problematikou alespoň trochu inspirativní.

Můj velký dík rovněž patří Kláře a Noře za souhlas s použitím jejich díla i úryvků z jejich životního příběhu.

Mentální bulimie a mentální anorexie

Mentální bulimie je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou váhy, které vedou pacienta k použití krajních opatření, aby zmírnil „tloušťku vyvolávající“ účinky požití potravy. Poruchu je možno pokládat za následek přetrvávající mentální anorexie, i když může dojít i k opačnému pořadí (MKN-10, 2006).

Mentální anorexie je definována (tamtéž) jako porucha charakterizovaná úmyslným snižováním váhy, které si pacient způsobuje a udržuje sám. I když základní příčiny mentální anorexie nám dosud unikají, je stále zřejmější, že k vyvolání přispívá vzájemné působení sociokulturních a biologických faktorů, jakož i méně specifické psychologické mechanismy a zranitelná osobnost.

Pokud bychom se drželi výše uvedené definice, v podstatě bychom s externalizací nemohli začít pracovat. Klient či klientka se totiž na udržování a způsobování snižování váhy nepodílejí sami, ale v interakci s druhou částí svého já. Pojem „zranitelná osobnost“ by se dal v jistém smyslu chápat také jako vhodná podmínka pro personalizaci nemoci, k níž ve velké většině případů u mentální anorexie dochází.

Externalizace a její použití při práci s poruchami příjmu potravy

Představa o tom, že problémy člověka jsou lokalizovány uvnitř, je užívána běžně jak v oblasti psychoterapie, tak v běžném jazyce. Bývá považována za evidentní a přirozenou. Narativní terapie přinesla odlišný typ metafory, externalizační metaforu. Přestože pro klienty či terapeuty může být obtížné si problém mimo člověka představit, historie tento typ metafory znala – lidé byli osvobozováni od ďábla či zlých duchů (Gjuričová a Kubička, 2009).

Chvála a Trapková (1995) vymezují externalizaci jako postup, při kterém se v mysli pacienta a jeho okolí důsledně odděluje příznak od osobnosti. Pacient pak na příznak obrazně řečeno vidí a může s ním lépe bojovat. **Nemoc se stává nepřítelem**, jehož vlastnosti může ten, kdo příznakem trpí, studovat a poznávat. Ostatní se učí, jak podpořit dosud bezmocného pacienta. Ten pak získá moc se proti příznaku vlastními silami postavit a vítězit. Externalizace je způsob rozhovoru, ve kterém **oslovujeme zdravou část osobnosti pacienta a podporujeme ji proti příznaku**.

White a Epsom (1990; in Gjuričová a Kubička, 2009), uvádějí, že není problémem člověk sám, ale problémem je problém. V případě problémů dětí se obvykle rozvíjí negativní interakce tím, že se rodiče zlobí na dítě kvůli problému. Možnost jazykového, ale i fantazijního odlišení problému od dítěte dává rodině příležitost nového postoje vůči problému a to proměňuje i vztahovou situaci v rodině, dítě je najednou s rodiči na jedné lodi a společně hledají, jak se s problémem vypořádat.

White (2007; in Gjuričová a Kubička, 2009) popsal externalizující rozhovory takto:

- domluvení se na jasné definici problému, která vychází ze zkušenosti lidí přicházejících do terapie,
- mapování vlivu problému na vztahy, včetně vztahu k sobě samému, eventuálně na přání, plány, cíle a hodnoty a klienta a budoucí možnosti,
- zhodnocení důsledků aktivit problému, jak klient prožívá jeho důsledky,
- zdůvodnění vlastního hodnocení (proč chci změnit vztah s problémem?),
- obvykle můžeme pokračovat hledáním výjimek či jedinečných výsledků, externalizující rozhovor jim ovšem předcházet nemusí.

Podrobně je práce s externalizujícím rozhovorem popsána také například Chválou a Trapkovou (2003), kde je kromě podrobného návodu s poukazem na základní možné chyby při realizování popsána další podstatná skutečnost, že narativní terapie s externalizací je sice jednoduchá metaforická technika, která může i v obtížných případech až zázračně prospívat, bývá však zavržována, pokud se „zázraky nedostavují“. Případ však častěji vážne pro chyby v použití externalizace, než v metodě samé.

Co se týče použití externalizace přímo při práci s poruchami příjmu potravy, tak je možné se opřít například o článek Sládkové a Vybírala (2008, s. 18), kteří popisují: „*identifikování určitého jevu **disociace** ve smyslu rozštěpení psychické jednoty u dívek s poruchami příjmu potravy a to hned ve třech různých rovinách.*

*První rovinou je **dvou život** některých dívek: navenek se chovají v souladu s očekáváním okolí, ale v soukromí se zcela změň. Není pro ně přípustné projevit své utrpení. Může to souviset s nadměrnou seberegulací, kterou dívky mívají následkem vnitřní nejistoty.*

*Druhou rovinu disociace lze spatřit v rozdvojení na bázi „**já a moje tělo**“. V převážné většině případů se tyto dvě složky osobnosti dostávají u nemocných dívek do rozporu, každá chce něco jiného. Nemocné mohou mít pocit, že se jim tělo doslova mstí, podvádí je.*

*Do třetice sem lze zařadit jakýsi **vnitřní hlas** (někdy také „bulimický hlas“), o kterém dívky referují. Často například popisují rozhovory, které vedou samy se sebou. Nemoc také často vystupuje jako „kamarádka“. Tento jev autoři nazvali **personalizací**, neboť nemoc nabývá vlastností živých bytostí“.*

Sládková a Vybíral (tamtéž) pak dále popisují, že dívky nahlížejí na svou nemoc jako na něco odděleného od sebe sama, tedy tu skutečnost, že dívky v boji s nemocí někdy samovolně používají externalizaci.

V jistém smyslu je pro práci s klientkami s poruchami příjmu potravy přínosné i Jungovo pojetí komplexů. Kratochvíl (2006) uvádí, že dle Junga je komplex nevědomý a do značné míry osamostatněný soubor představ a tendencí. Může blokovat přirozený běh duševního života a může se projevovat až jako druhé já, které stojí v protikladu k vědomému já. Je-li silně afektivně nabitý, může dokonce převládnout v usměrňování psychické činnosti.

Z hlediska „já“ jsou čtyři možné vztahy ke komplexu: naprostá neznalost jeho existence, identifikace, projekce a konfrontace. Pouze konfrontace může vést k plodnému vyrovnání se s komplexem a k jeho rozřešení.

Z hlediska poruch příjmu potravy jsou pro klientky možné všechny výše zmíněné vztahy ke komplexu. Pro úspěšné zvládnutí je nutná konfrontace, která je však podmíněna současným spojenectvím s personifikovaným komplexem.

Anorexie-antianorexie

Jako podnětný se rovněž jeví koncept „anorexie-antianorexie“, který popisuje Wisdomová (1998, *volný překlad autor*). Ta uvádí, že se jedná o pojem, který má tolik interpretací, kolik je těch, kteří s anorexií pracují.

Jako velmi podstatný se jeví popis externalizace anorexie jako „dvoustupňového procesu“ (tamtéž). Prvním stupněm je schopnost „vidět“ anorexii odděleně od klientky a díky tomu, že se klientka takto osvobozuje/uvolňuje, dochází k pochopení toho, že je identita anorexie identitou opravdu oddělenou. Druhým stupněm je přimět srdce „vědět“, že anorexie je od klientky oddělitelná. Autorka pak dále zdůrazňuje, že „vidět“ a „vědět“ není totéž. Antianorexie se potřebuje stát pevnou součástí života. Díky tomu, že je anorexii dána vlastní identita oddělená od osoby klientky, se může rozvinout charakteristický antianorekticko-anorektický dialog, v němž anorexie může být po dostatečně dlouhou dobu konfrontována. Bez tohoto oddělení se může anorexie natolik proplést s osobností klientky, že ji klientka považuje za pevnou součást svého bytí. Díky tomu se hlas anorexie stává jejím vlastním a ona sama vlastně hlasem anorexie. Anorexie umí člověka přesvědčit o tom, že je to on, kdo hovoří, i když hovoří ona. To může mít tragické následky. Pokud anorexie klientku umlčí, může skrze ni bez překážek hovořit (*což se v praxi často stává – typické je to například v psaném či ústním projevu, kdy se u jedné osoby objevují zdánlivě nesrozumitelně protichůdná tvrzení, pozn. autora*).

Personalizace v rámci práce s poruchami příjmu potravy

Výše uvedené poznatky nepochybně potvrzují, že pro klientky a klienty s poruchami příjmu potravy je externalizace způsobem práce opravdu přirozeným a jim vlastním. Velmi podstatná je zvláště ona „personalizace“ (viz výše), kdy nemoc nabývá vlastností samostatné bytosti se vším, co k tomu patří – říkejme jí „ta druhá“. Jistým problémem může být přijetí existence „té druhé“ a externalizace obecně ostatními zúčastněnými osobami (nejčastěji rodinnými příslušníky). Popis těchto úskalí však není součástí tohoto článku.

Na základě výše uvedených skutečností tedy můžeme říci, že pro práci s externalizací jsou u poruch příjmu potravy důležité následující fáze:

- Připuštění si nemoci („vidět“ i „vědět“)
- Externalizace a cílená personalizace
- Postupné oddělování já x nemoc – hledání výjimek, doba vzniku, důvod vzniku a důvody přetrvávání „té druhé“, před čím a kým ta druhá chrání, jaké přináší zisky, proč jsou tyto zisky pro klientku důležitější než ztráty?
- Postupná zpětná integrace „té druhé“ do osobnosti klientky za pomoci „té druhé“.

„Ta druhá – nepřítel či spojenec?“

V praxi, pokud je externalizace vůbec použita, dochází spíše k „boji“ proti „té druhé“, než ke spolupráci. Pojďme se nyní zamyslet nad tím, jaké to může přinášet zisky a jaká rizika.

Při běžném způsobu práce je externalizace používána převážně z důvodu **oslabení-porážky nemoci či symptomu, kdy se okolí, které až dosud bylo spojeno proti nositeli symptomu, spojí s ním proti nemoci či symptomu** (zvýraznění autor).

Ukazuje se však (viz příběh Nory a Kláry), že pokud je tento způsob používán u poruch příjmu potravy, může být naopak kontraproduktivní. V rámci poruch příjmu postavy totiž dochází k personifikaci a problém skutečně funguje jako svébytná jednotka. Na různé taktiky a techniky přesvědčování, manipulace, či použití síly, reaguje velmi důrazně – chrání se, aby přežil a dále mohl chránit. To ostatně ve většině případů bývá prvotním důvodem jeho vzniku. Obvyklý způsob externalizujícího rozhovoru tak nebývá příliš účinný či naopak může uškodit. Velké množství energie je při práci věnováno zbytečnému vymezování rolí místo budování spojenectví. Budování spojenectví s „tou druhou“ se přitom ukazuje být jako velmi užitečné. **Nezbytný je tak respekt a spolupráce s „tou druhou“, nikoliv boj proti ní. Tedy postupná respektující zpětná integrace do osobnosti klientky, nikoliv její porážka a zničení.**

Tedy dochází do jisté míry k paradoxní situaci, kdy je „ta druhá“ používána sama se svým souhlasem k oslabení své role v životě klientky (viz obrázek 1). To může nastat ve chvíli, kdy je ta druhá opravdu přesvědčena, že své pozice může opustit, protože klientka už svůj život zvládne sama, bez její pomoci. Je nutné si uvědomit, že „ta druhá“ ve většině případů nikdy nezmizí – zůstává relativně pevnou součástí osobnosti klientky, ale její jednání přestává ubližovat a vliv je oslaben (u klientek se objevuje například ve formě zvracení jednou za dva týdny, které však postrádá úpornost, nutkavost a naléhavost typickou pro poruchy příjmu potravy). *Analogií by mohlo být například traumatické úmrtí blízké osoby, kdy v našich vzpomínkách tento člověk stále žije, často s ním hovoříme, ale nijak nám to neubližuje, ale naopak prospívá a obohacuje život (pozn. autora).*

Jako velmi důležitý se ukazuje návrat do doby vzniku „té druhé“ – často to bývá v dětství v důsledku nechuti dospět (důvodem může být například zneužití, kdy dívka nechce, aby její tělo bylo pro muže přitažlivé, případně nechť dospívá, protože dívka na to není připravena apod.). Příkladem by v tomto mohl být například příběh Kláry a Nory (*jména byla změněna, ovšem podotýkám, že „ta druhá“ má často exoticky znějící jméno, pozn. autora*).

Klára a Nora

S Klárou jsem se poprvé potkal před rokem. V té době jí bylo necelých šestnáct let, úspěšně studovala střední školu. V té době měla za sebou celou řadu lékařských i psychologických vyšetření, jelikož se u ní první příznaky poruch příjmu potravy objevily před dovršením dvanácti let. Vystřídala celkem čtyři psychology a psychologičky, pouze s jednou z nich dlouhodobě spolupracovala. Po odchodu této psychologičky na mateřskou dovolenou se stala Klára mou klientkou.

Předchozí psychologická práce byla zaměřena na zvládání obtíží s jídlem a „nadváhou“ (nechutenství, záchvatovité přejídání a zvracení, nemožnost jíst před jinými lidmi, úporné cvičení až do úplného vyčerpání...) a také na zvládání sebepoškozujícího chování. V době, kdy jsme s klientkou začali spolupracovat, byly projevy sebepoškozování téměř nepřítomny, ovšem problémy s jídlem se neustále vracely. I přes mou opakovanou snahu se klientku nepodařilo přesvědčit, aby se do spolupráce zapojili i rodiče, byť o celém problému věděli. Jak se později ukázalo, důvodem bylo rodinné tajemství, které klientka nedokázala s rodiči

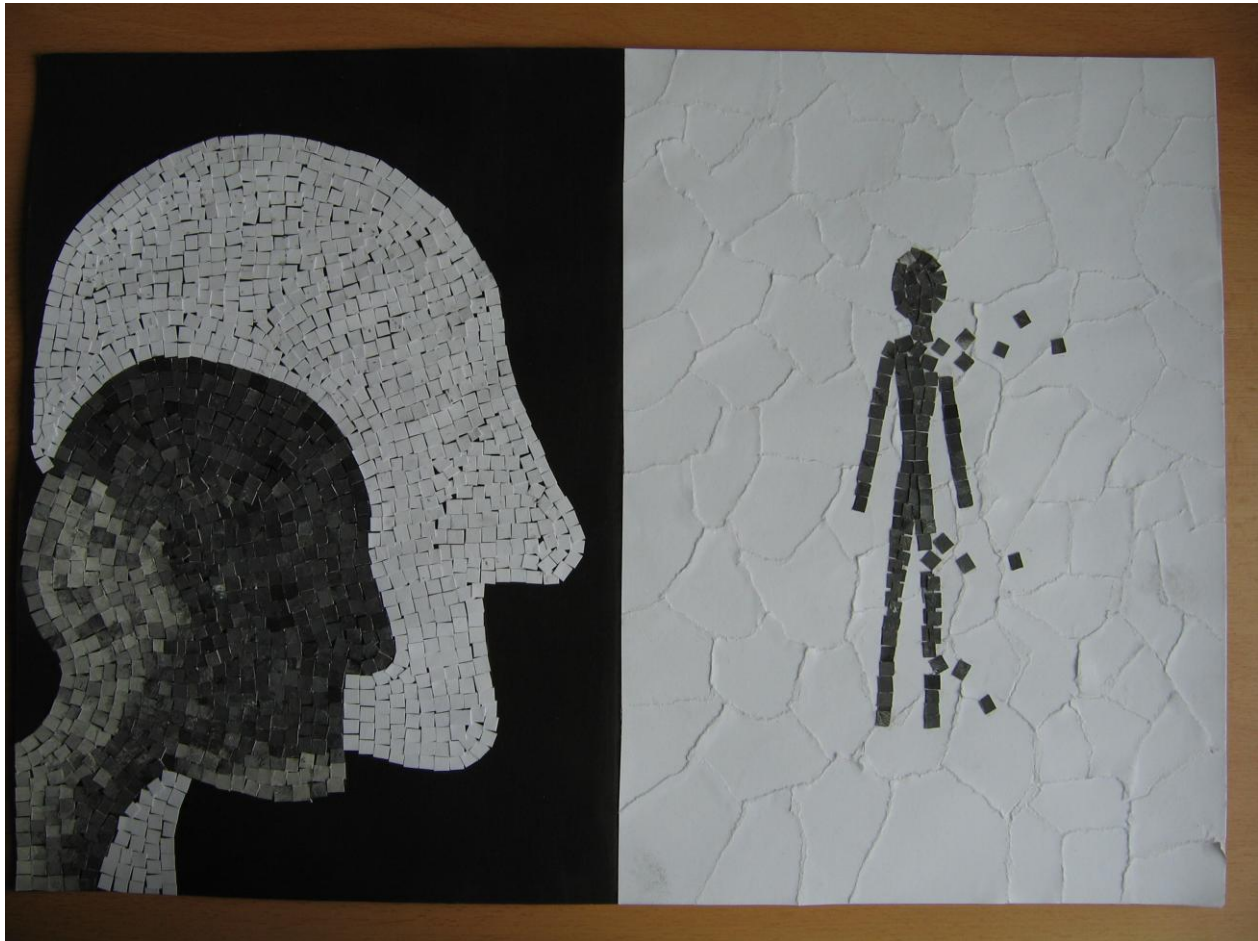
sdílet a s ním spojené velké pocity viny. Díky tomu Klára nemohla „dospět“ a zůstala dívkou, pro kterou je svět dospělých cizí a nebezpečný. Jak se později ukázalo, bylo to i díky Noře...

Při čtení e-mailů, které mi Klára posílala, či během hovoru jsem měl často pocit, že hovořím se dvěma různými bytostmi. Na základě toho jsme začali pracovat s externalizací. To se ukázalo jako vynikající způsob práce, díky němuž se podařilo odhalit existenci výše uvedené Nory. Nora byla Klářinou strážkyní, umožňovala jí v tomto světě vyrůstat a žít, byť za cenu nemoci..

Díky externalizaci se Nora postupně zjevila jako velmi jasně ohraničená bytost s vlastními názory a pocity. Jednou se však dosavadní úspěšná léčba zastavila a nebylo možné pokračovat dále. Ukázalo se, že pro další práci byl pro Kláru nezbytný „emocionální“ návrat do doby vzniku Nory, tedy do doby vzniku onoho rodinného tajemství.. Ukázalo se, že Klára sice fyzicky rostla, ale emocionálně zůstala uvězněna v době, kdy se objevila Nora. Poté, co se podařilo tuto skutečnost poodhalit, bylo dalším krokem pomoci Kláře „dospět“. Nora se tomu velmi intenzivně bránila, jelikož „dospět“ mimo jiné znamená připustit, že ono rodinné tajemství souvisí s problémy, které Klára má. To, že to Klára nemohla připustit, bylo důvodem, že se Nora objevila a pomohla jí celou situaci, byť za cenu objevení se poruch příjmu potravy, zvládnout. Poté, co se nám s Klárou podařilo pochopit, že ji Nora nemůže nechat dospět, protože nemá jistotu, že to sama zvládne, jsme změnil taktiku. Protože Nora měla s dospíváním bohaté zkušenosti – ostatně byla to ona, která od doby, kdy se objevila, rostla a vyvíjela se, na rozdíl od Kláry, jejíž vývoj se z výše zmíněných důvodů zastavil – mohla s ním Kláře velmi účinně pomoci. Tento způsob práce byl pro ni přijatelný a přestala Kláře bránit v uzdravování. Klára si díky tomu dokázala připustit to, že její „problémy s jídlem“ souvisí s tajemstvím, které je v jejich rodině přítomno. Čím více Klára sílila, tím byla Nora slabší, ale k tomu, aby se to mohlo stát, bylo potřeba Noru společnými silami přesvědčit, že už ji Klára nepotřebuje. **Nora tak dostala prostor zůstat stále užitečná, splnila svůj úkol ochránit Kláru, což byl původní důvod, proč se objevila, ale Kláře už její přítomnost neublížovala.** To, že se z Nory stal **spojenec namísto protivníka, se ukázalo být pro další práci klíčové.**

Nora i nadále zůstává součástí života Kláry, ale Klára téměř zcela přijala zodpovědnost za svůj vlastní život. To se mimo jiné projevilo výrazným zlepšením při zvládnání problémů souvisejících s poruchami příjmu potravy a také ve vztahu k sobě sama.

Klára a Nora obr. 1



Závěr

Cílem tohoto článku bylo poukázat na specifika práce s externalizací u poruch příjmu potravy. Za klíčovou lze považovat skutečnost, že namísto obvyklého boje proti příznaku se v některých případech u poruch příjmu potravy ukazuje být klíčové získání „té druhé“ na stranu klientky a poradce. Bez jejího souhlasu totiž uzdravení není možné.

Byť se tento článek opírá pouze o dílčí praktické zkušenosti s touto problematikou, doufám, že bude pro čtenáře inspirativní a v jejich práci ku prospěchu.

Literatura

Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.

Chvála, V., Trapková L. (2003). *Osm kroků externalizace v narativní terapii u PPP* [online]. [cit. 2010-01-20]. Dostupné z WWW: <http://www.lirtaps.cz/publikace/externalizace.htm>.

Chvála, V., Trapková, L. (1995). *Externalizace – nový nástroj psychosomatiky* [online]. [cit. 2010-01-19]. Dostupné z WWW: <http://www.lirtaps.cz/publikace/external.htm>.

Kratochvíl, S. (2006). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.

Mezinárodní klasifikace nemocí – 10. Revize. (2006). „*Duševní poruchy a poruchy chování*“. Praha: Psychiatrické centrum Praha.

Sládková I., Vybíral, Z. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *E-psychologie* [online], 2(4), 18.]. [cit. 2010-01-24]. Dostupné z WWW: <http://www.e-psycholog.eu/clanek/34>

White, M., Epsom, D. (1990). Narrative means to therapeutic ends. New York: W. W. Norton. In Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.

White, M. (2007). *Maps of narrative practice*. New York: W. W. Norton. In Gjuričová, Š., Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie – systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.

Wisdom, E. (1998). Archive of resistance: Anti-anorexia/anti-bulimia [online]. [cit. 2010-01-13]. Dostupné z WWW: <http://www.narrativeapproaches.com/antianorexia%20folder/wisdom.pdf>

O autorovi:

PhDr. Marek Kolařík, Ph.D. (1979) absolvoval psychologii na FF UP v Olomouci, kde od roku 2007 působí jako odborný asistent. Od roku 2004 je rovněž zaměstnán jako poradenský psycholog v Poradně pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy ve Zlíně. Specializuje se na párovou a rodinnou terapii, problematiku závislostí, věnuje se rovněž práci s výcvikovými skupinami.

Kontaktní údaje:

E-mail: marek.kolarik@post.cz

Adresa: Katedra psychologie FF UP Olomouc, Vodární 6, 771 00 Olomouc

Kolařík, M. (2010). Zkušenost s použitím externalizace při práci s poruchami příjmu potravy. *E-psychologie* [online], 4 (3), 70-77 [cit. vložit datum citování]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/kolarik.pdf>. ISSN 1802-8853.