

## **Anoreksija ni le bolezen posameznika, ampak je bolezen celega sistema**

*Natalija Podjavoršek\**

*Klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, Bolnišnična šola, Ljubljana*

Anoreksija je »bolezen« tretjega tisočletja in je skoraj vedno odraz cele družine in ne le posameznika, ki to »bolezen« ima. Tako lahko anoreksično najstnico v polnosti razumemo in ji tako tudi najbolj pomagamo samo v kontekstu cele družine. V članku so opisani dejavniki, ki vplivajo na nastanek anoreksije, zbrane so osnovne značilnosti družin anoreksikov, podrobneje pa je predstavljena tudi terapija s starši anoreksične najstnice, sloneča na sistemsko relacijskem modelu. Podatki, zbrani s pomočjo avdio in video zapisa omenjene terapije, so obravnavani s pomočjo analize transkriptov. Pri pregledu je dan poseben poudarek intervencam terapevta, ki povzročijo pomembne spremembe v terapiji in posledično vplivajo tudi na odnose v družini. Raziskava je nakazala, da je sedem srečanj sistemsko relacijske terapije pomembno spremenilo dinamiko družine z anoreksičnim klientom. Starša sta se zavedla, da je anoreksija problem celotne družine in ne samo hčere, s čimer ji je bila odvzeta vloga grešnega kozla in nosilca nerazrešenih vsebin iz njunega medsebojnega odnosa, kar kaže na smiselnost uporabe sistemsko relacijske terapije pri zdravljenju anoreksičnih klientov oziroma družin.

**Ključne besede:** anoreksija, motnje hranjenja, družinska terapija, sistemsko relacijska terapija

## **Anorexia is not only a disease of an individual, but of the whole system**

*Natalija Podjavoršek*

*University Medical Center Ljubljana, Pediatric Clinic, Hospital Primary School, Ljubljana, Slovenia*

**Abstract:** Anorexia is a "disease" of the third millennium and it is almost always the reflection of the whole family and not only of the individual suffering from it. An anorexic teenager can be thus fully understood and efficiently treated only in the context of the whole family. The article describes the factors influencing the break out of anorexia, the basic characteristics of anorexic families, and also describes in greater detail the therapy with the parents of the anorexic teenager. The therapy is based on systemic – relational model. The data gathered by audio and video taping of the mentioned therapy, are processed with the analysis of the transcripts. Special emphasis is placed on the therapist's interventions, that cause important changes within the session and consequently affect the relationships within the family. The following research has shown that seven sessions of systemic – relational therapy significantly changed the dynamics of the family with an anorexic patient. The spouses have realised that anorexia is a problem

---

*\*Od oktobra 2003 je kot terapevt in vodja programa Šola za starše vključena v delo Frančiškanskega družinskega inštituta v Ljubljani*

*\*Naslov / address: Natalija Podjavoršek, Vegova 8, 1000 Ljubljana, Slovenija, e-mail: natalija.podjavorsek@guest.arnes.si*

of the whole family and not only their daughter's problem. By revealing this fact the girl was no longer the family's scapegoat and carrier of the unresolved conflict from the marital relationship. The result indicates the effectiveness of systemic – relational therapy when working with anorexic clients and/or families.

**Key words:** anorexia, eating disorders, spouses therapy, family therapy, systemic relational therapy

CC = 3260, 3313

## 0 motnjah hranjenja

Motnje v hranjenju predstavljajo vedno večji problem današnjega časa. Lahko bi rekli, da se s tem problemom srečuje ves svet. Izvzeta ni nobena rasa, noben ekonomski razred in tudi nobena etnična skupina (Margo, 2002). Zdravljenje vseh motenj hranjenja je zelo pomembno, saj le-te predstavljajo največji odstotek smrtnosti med vsemi psihiatričnimi motnjami. Diagnoza anoreksija nervoza se v skoraj 10 % konča s smrtnim izidom, neredko s samomorom (Margo, 2002; Roth in Fonagy, 1996). *»To je zame kot pekel. Vsi silijo s hrano in se kregajo. Vedno znova grozijo z bolnico. Nihče mi ne zaupa in nikomur ni pomembno kaj čutim. Boljše bi bilo umreti. Toda trenutno še kar gre, mesec nazaj pa sem že imela nož v roki.«* (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).

Še vedno so znanja o tem, zakaj anoreksija nervoze nastane in kaj je tisto, zaradi česar je to motnja tako težko odstraniti, nepopolna. Nekateri so prepričani, da je trdovratnost te motnje posledica psihonevrološke deviacije. Pri tem gre za to, da se v trenutku, ko telo doseže nizko telesno težo, začne izločati določena snov, zaradi katere ti bolniki nimajo občutka lakote in zato tudi ne potrebe po tem, da bi jedli več kot jedo. To stanje bi lahko primerjali z odvisnostjo. Tako kot pri odvisnosti, tudi pri anoreksiji posamezniki nimajo več sposobnosti samokontrole (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). *»Danes zjutraj mi je oči pripravil zajtrk – pomarančo in jogurt. Res ni zahteval cele gore, priznam, samo jaz že dolgo časa nisem zajtrkovala. Ponavadi je moj prvi obrok ob štirih popoldan. Tako smo dan začeli s prepiri, kričanjem, jokom in prigovarjanjem. Bilo mi je tako grozno, da sem si sama pri sebi rekla, da tako ne gre več. Toda ne morem začeti jesti, čeprav si želim. Ne vem kdaj sem padla tako globoko. Na začetku sem bila prepričana, da lahko s stradanjem končam kadarkoli hočem. Mislila sem, da to ne bo težko. Toda zdaj vidim, da ne gre. In tega nihče ne razume. Vsak reče »jej« in »to zanalašč delaš«. Toda to ni res. Rada bi se osvobodila tega. Tudi jaz si tega ne želim, samo preprosto se tega ne morem otresti. Iz tega ni izhoda.«* (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).

Motnje hranjenja so bolj pogoste pri dekletih kot pri fantih. Število fantov z razvito motnjo hranjenja je 12-20 krat manjše od števila deklet s to motnjo. Faktorji, ki povzročijo razvoj te motnje, so podobni pri fantih in dekletih, s to razliko, da se pri

fantih najpogosteje pojavi motnja skupaj s fizično zlorabo. Pri dekletih je v mnogih primerih diagnoza anoreksia nervoza povezana z izkušnjo spolne zlorabe v otroštvu (Margo, 2002). »Z bratom so naju vsake počitnice odpeljali k dediju in babici. Brat je odhajal ven s prijatelji, jaz pa sem bila zaprta v sobi z dedijem, kjer so se odvijale 'igrice'.« (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).

Za anoreksijo nervozo je značilno, da pacientke poskušajo na najrazličnejše načine porabiti kalorije, ki so jih zaužile s hrano. Veliko telovadijo, kolesarijo in se sprehajajo, z namenom, da izgubijo čim več kalorij.

»Na poti s hribov sem imela velike probleme s koleno, kar je posledica 650 počepov, ki jih naredim vsak dan. Poleg tega se tuširam z ledeno mrzlim tušem v upanju, da bom izgubila kakšno kalorijo.« (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).

S tem, ko posameznik dobi občutek, da lahko kontrolira količino zaužite hrane, dobi tudi občutek, da lahko kontrolira vplive, ki prihajajo od zunaj. Lahko bi rekli, da na ta način posameznik postavi mejo okoli sebe, znotraj katere se počuti varnega. Pri tem pomeni varnost občutek sposobnosti diferenciacije od drugih (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003; Margo, 2002).

## Anoreksija in "pomembni drugi"

Anoreksija in druge motnje hranjenja so zunanji pokazatelji obolelih odnosov iz najzgodnejšega obdobja otrokovega razvoja (Gostečnik, 2001; Stern, 1995). Hranjenje, spanje, jokanje in tolaženje so glavni dogodki, povezani z otrokom v prvih dveh mesecih življenja. Čeprav so mnogi še vedno prepričani, da je v tem času razvoja otrok povsem obrnjen vase in zato ni pomembno kaj se okoli njega dogaja, sodobni raziskovalci (npr. Stern, Wilson, Malatesta, Tronic, Adamson, Winnicott) trdijo nasprotno – otrok ima že ob rojstvu vrojeno sposobnost vzpostavljanja odnosa z okoljem. Človeški glas takoj pritegne pozornost otroka. Obraz človeka je za novorojenčka eden najbolj močnih vizualnih dražljajev (Gostečnik, 2001). Za razvoj otroka je zelo pomembno, ali zna njegova mati pravilno odgovarjati na njegove potrebe po hrani in spanju (Stern, 1995). Jok je tisti, ki mater opozori na to, da otrok nekaj potrebuje. Če je lačen, potrebuje nekoga, ki ga bo nahranil. Pri tem ima zelo pomembno vlogo način hranjenja. Mati ne more in ne sme otroku hrane vsiliti, ampak mora poskrbeti, da bo otrok hrano z navdušenjem sprejel. Pri otroku se proces hranjenja velikokrat prekine in straši imajo ob tem težko nalogo – vse dokler otrokova lakota ni popolnoma potešena, morajo otroka na nevsiljiv način navdušiti zato, da bo s hranjenjem nadaljeval (Gostečnik, 2001).

Jok je govorica, s katero otrok na začetku komunicira z okolico, ni samo klic po hrani, ampak je odgovor na vsako stanje nelagodnosti. Otrok potrebuje starše, ki bodo prepoznali njegovo lakoto oz. sitost, saj bo le tako lahko tudi sam začel ločevati potrebo po hrani od drugih nezadovoljivih stanj: tesnobe in strahu. Če starši te ločitve ne zmorejo in vsak jok otroka tešijo s hranjenjem, obstaja velika nevarnost za to, da bo

otrok tudi kasneje v življenju na vse trenutke nelagodja in tesnobe odgovarjal s prenegodanjem oz. stradanjem. Anoreksija lahko postane način kontrole vsega, kar prihaja od zunaj (Gostečnik, 2001; Stern, 1995).

## Družine anoreksikov

Meje v družinah anoreksikov so ponavadi zelo rigidne – po eni strani je jasno, kdo v družini je otrok, ki uboga in kdo starš, ki ukazuje, po drugi strani pa se čutenja razlivajo na vse družinske člane. Ker posameznik ob tem sploh ne ve, od kod čutenja izvirajo, je v teh družinah pogosto prisotna stalna stiska in teror (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). Posameznik, ki je razvil motnjo hranjenja, se za to ni odločil, čeprav velikokrat tako izgleda. Družinski člani so namreč pogosto prepričani, da jih posameznik z anoreksijo samo izziva, zaradi česar je v teh družinah prisotna stalna napetost. Napetost je še toliko večja, ker motnjo hranjenja ponavadi razvije ravno tisti član družine, ki ima v družini središčno vlogo (Margo, 2002). *»Oči ima sladkorno in v meni se je naselil nov strah. Bo oči oslepel? Bo mami imela dovolj denarja za odplačevanje kreditov? Se ji ne bo ob vsem tem zmešalo?«* (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).

Družine s člani, ki imajo motnjo hranjenja, so med seboj v večini zelo podobne. Velikokrat najdemo v teh družinah očete, ki poskušajo biti svobodni in zato čustveno niso dani na razpolago drugim članom, niti svoji ženi. Žena, ki je hkrati tudi mati, tako pogosto ostane sama s svojimi čustvi in ker zato ni dovolj močna, jih začne deliti z otroki (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003; Margo, 2002). *»Spominjam se, kako sem kot majhna deklica skupaj z mamo čakala na očeta, ki ga spet ni bilo pravočasno iz službe. Z mami sva skupaj opazovali uro in čakali, kdaj se vrne. Skrbelo jo je in v meni je našla oporo. Govorila mi je o svojih skrbeh in se mi večkrat o kaki stvari potožila. Smilila se mi je in zato sem se postavila za njo pred očijem. Očiju to ni bilo všeč, drl se je name, me pretepal, mama pa je vse to samo gledala in bila tiho. Kar umaknila se je. Kot da nič ne ve. Jaz sem se potegnila zanj, ona pa se ni zame.«* (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).

Anoreksična dekleta so močno povezana z obema staršema – veže jih lojalnost. Na račun lojalnosti so pripravljena žrtvovati samo sebe in potlačiti svoje lastne potrebe. Otroci se trudijo pridobiti naklonjenost in priznanje staršev, toda za to se morajo zelo potruditi. Od njih se mnogokrat pričakuje perfektnost. V takšnih družinah je velikokrat prisotna tudi zahteva po nesebičnosti in žrtvovanju. Pogosto se zgodi, da v teh družinah ni dovoljeno biti nevoščljiv in besen na svoje sorojence. Manj kot potrebuješ, manj kot zahtevaš zase, močnejši si – to pripelje tako daleč, da dekleta z anoreksijo pokaže, da ne potrebuje ničesar več, tudi hrane ne. V družinah anoreksikov velikokrat zavzema pomembno mesto skrb za drugega. Pomembno je poskrbeti za drugega, vendar je pri tem mišljena predvsem skrb za materialno blagostanje (Margo, 2002). *»Oči ima spet dodatno službo. Cele dneve ga ni, ko pride, je živčen... Ne pogovarjamo se.*

*Samo služba, denar in razmišljanja o tem, kaj bomo še novega kupili.» (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).*

Te družine imajo težave s komuniciranjem, zato so konflikti zelo direktni. Teža in hrana postaneta njihov jezik (Margo, 2002). *»En mesec sem bila v Ameriki. Oče je prišel pome na letališče. Vse bi še bilo dobro, če ne bi takoj, ko me je zagledal rekel: Shujšala si!« (Dnevnik anoreksične najstnice, 2002).*

Zakonski konflikti v družinah z motnjami hranjenja v času, ko se motnja pojavi, pogosto izginejo; v primeru, ko so zaradi njih starši že ločeni, pa konflikti sicer ostajajo, vendar niso naslovljeni (Margo, 2002). Član z motnjo hranjenja namreč prevzame vlogo grešnega kozla svoje družine in tako postane mirovnik v medosebnem odnosu med staršema. (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). Drugi člani anoreksične družine tlačijo svoja čustva in si ne dovolijo vstopiti v konflikt s komerkoli, pri tem jim je v pomoč to, da konflikte in čustva zanikajo v sebi v tolikšni meri, da potem ne vidijo nobene povezave z njimi (Roth in Fonagy, 1996).

## Zdravljenje anoreksije

Kljub temu, da o tem, da ima družina velik vpliv na motnje hranjenja ni dvoma, je običajno zdravljenje anoreksije še vedno sestavljeno samo iz dveh delov: medicinske oskrbe in programa za povečanje ciljne telesne teže. Takšno zdravljenje je uspešno le pri tretjini pacientov (Roth in Fonagy, 1996). Motnja hranjenja je odgovor na nerazrešeno družinsko dinamiko, zato ni dovolj »ozdraviti« le posameznika, »ozdraviti« je potrebno cel sistem, iz katerega posameznik, ki je razvil simptome, izvira (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). S pomočjo družinske ali zakonske terapije lahko terapevt pomaga osebi z motnjo hranjenja videti, da je razvita motnja hranjenja le način soočenja s problemi, ni pa problem. V primeru, ko se družine niso sposobne vključiti v družinsko terapijo, lahko tudi individualna terapija pomaga pri tem, da se posameznik zave, da njegova motnja pomaga razreševati probleme celotne družine. To bo posamezniku pomagalo premagati sram, izoliranost in občutje neprimernosti (Margo, 2002).

## Potek najpogosteje uporabljene terapije z družino anoreksičnega v Ameriki

Terapija je mogoča pri pacientih potem, ko njihovo življenje zaradi posledic motenj hranjenja ni več v neposredni nevarnosti. To pomeni, da pred začetkom družinske terapije pomembno vlogo odigra zdravstveni kader in diabetičarji. Povezanost terapevta z njimi v veliki meri prispeva k uspešnosti terapije (Margo, 2002). Terapija mora biti osredotočena na problem in ne na simptome, ki so se zaradi problema pojavili. Zelo pomembno je, da terapevt začuti, kaj doživlja družina, ki se za terapijo odloči. Potrebno je veliko empatije, saj bodo družinski člani sicer začeli terapiji nasprotovati. Zaradi

dolgotrajnih posledic motenj hranjenja je namreč družina prestrašena in tako podvržena temu, da začne stvarem hitro nasprotovati in jih kontrolirati (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003; Margo, 2002). Na začetku terapije je potrebno vedeti, kakšno vrsto pomoči klient z anoreksijo potrebuje od ostalih družinskih članov. Spregovoriti je potrebno o tem, kdo bo pripravljala hrano, ali bo klient lahko jedel sam ali je zanj bolj varno, da je z drugimi... Posameznik z motnjo hranjenja mora postati sam odgovoren za svoje hranjenje, zelo dobro pa je, da ob tem čuti podporo drugih. V kolikšni meri so vključeni ostali, je odvisno od starosti pacienta – mlajši pacient potrebuje več pomoči kot starejši (Margo, 2002). Starša se morata zavedati, da imata pri zdravljenju anoreksije oba zelo pomembno vlogo. Na tem mestu se velikokrat zgodi, da se oče odmakne, mati pa se počuti osamljeno in vse to zanjo postane pretežak tovor. Šele ko je postavljena jasna struktura v zvezi z hranjenjem, lahko terapevt odvzema hranjenju središčno vlogo in tako omogoči, da se začne razvijati prava družinska intima. Na nek način se terapija na tem mestu šele začne (Margo, 2002).

### **Sistemska relacijska terapija družin z anoreksijo**

Z družinsko terapijo želimo postaviti motnjo hranjenja v kontekst družinskega sistema, saj bomo le na ta način lahko posamezniku, ki je razvil motnjo hranjenja, odvzeli vlogo grešnega kozla. To pomeni, da bomo odgovornost za nastalo situacijo porazdelili med vse družinske člane. To bo mogoče le, če bodo vsi družinski člani začeli čutiti čutenja, ki si jih prej niso dovolili in bodo dali dovoljenje sebi in drugim, da smejo čutiti drugače kot drugi. Pri doseganju tega cilja nam lahko zelo koristi sistemska relacijski model. (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). Hrana je način, s katerim se sistem izogiba konfliktov. Ko v sistemu nastane napetost, sistem le to razelektri s hrano. Namesto, da bi se pogovorili o problemu, ki je nastal, se sprašujejo kaj bodo jedli (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). Hrana dobi izjemno pomembno, če ne kar središčno vlogo v družini, kar tudi omogoča večjo povezanost in močnejši odnos med njimi. Naloga terapevta je zato poiskati afekte (zelo močna a kratkotrajna čustva), ki so družini skupni in bodo družino držali skupaj tudi potem, ko bomo odvzeli simptom – v tem primeru motnjo hranjenja. Dokler teh afektov ne najdemo, nima smisla odstranjevati simptoma, saj v tem ne bomo uspeli, ker bi bilo to za družino preveč nevarno. Tudi če bi nam uspelo odstraniti simptom pri enem članu, se bi ta v kratkem času v enaki ali drugačni obliki razvil pri drugem ali pa ponovil pri istem članu. Eden izmed načinov, s pomočjo katerega terapevt išče temeljne afekte, ki so družini skupni, je prehajanja med sistemskim, interpersonalnim in intrapsihičnim nivojem. Na sistemskem nivoju terapevta zanima predvsem kaj je tisto, kar sistem poganja. Na interpersonalnem nivoju nas zanima, kaj se dogaja med dvema posameznikoma. Na intrapsihičnem nivoju pa je pomemben jaz posameznika in njegov odnos do objektov v okolici, ki je v veliki meri odvisen od odnosov iz najbolj zgodnjega otroštva. (Gostečnik, 2002).

Pri terapiji s starši anoreksičnega dekleta je potrebno urediti intrapsihično podobo staršev, saj je ta v večini primerov tista, zaradi katere se razvije anoreksija. S terapijo je staršem potrebno pomagati pri tem, da se zavejo, da otrok z motnjo hranjenja te motnje ni razvil kar sam od sebe, ampak zaradi klime v družini, katere del je. Ob tem obstaja velika nevarnost, da se bodo starši začeli čutiti krive za nastalo situacijo, vendar ta krivda nima smisla, saj se starši trudijo biti dobri starši, problem pa je v tem, da so oni sami na nek način ujetniki svojih intrapsihičnih podob, ki so jih prinesli iz svojih izvornih družin. Krivda na tem mestu ne pomaga, saj sploh ni pravega razloga, zaradi katerega bi se starši morali počutiti krive. Starši se namreč velikokrat zelo trudijo, pa stvari ne gredo tako kot bi morale iti. Problem je v tem, da so starši v svojih izvornih družinah prevzeli določene vzorce obnašanja in vedenja, ki niso nujno funkcionalni, toda starši drugih ne poznajo. Te intrapsihične podobe na nezaveden način vodijo njihovo življenje tudi sedaj. Zato je tako pomembno videti, kakšne so te podobe in kakšen vpliv imajo na interpersonalni in sistemski nivo. Šele, ko se zavemo nezavednega in ga sprejmemo, lahko začnemo nanj zavestno vplivati in ga spreminjati.

Na intrapsihično podobo posameznika vpliva njegov odnos s starši od najbolj zgodnjega obdobja naprej. Odrasli, ki kot otroci niso bili razumljeni v svojih potrebah, so nagnjeni k temu, da nenehno ponavljajo stare, velikokrat nefunkcionalne vzorce obnašanja, v upanju, da bo nekoč nekdo te potrebe razumel in jih zrcalil. Hkrati se izogibajo novim situacijam, ki bi lahko bile nevarne. Nenehno ponavljajo stare vzorce odnosov zato, ker jim v njihovem doživljanju edino tak način daje dovolj gotovo obljubo, da bodo dobili odnos. Tako živijo preteklost v sedanjosti in velikokrat ne znajo več ločiti, kaj je preteklosti in kaj sedanjosti. To je izvor mnogim konfliktom in problemom, tudi razvoju motenj hranjenja (Gostečnik, 2002; Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). S sistemsko relacijsko terapijo želimo pripeljati kliente do faze, v kateri so se ljudje sposobni učiti iz svojega lastnega doživljanja in so sposobni ločiti sedanjost in preteklost. Sposobni so funkcionalnega odnosa, torej odnosa, v katerem se zavedajo svojega vpliva na druge in so pripravljeni prevzeti odgovornost za ta vpliv (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003).

## **Metoda**

### **Udeleženci**

V tej raziskavi je obravnavan zakonski par, ki je prišel na terapijo zaradi problemov z anoreksično najstnico. Hči je njun edini otrok. Par je bil vključen v terapevtsko obravnavo na Frančiškanskem družinskem inštitutu. Na terapijo sta prišla sedemkrat v obdobju 4 mesecev – na koncu leta 2002 in v začetku leta 2003. Na terapijo sta zakonca vedno prišla sama. Njuna hči je bila v času terapije stara 17 let in je obiskovala 3. letnik srednje šole. Problemi z anoreksijo so se pri njej začeli pri 14 letih, ko je bila tudi prvič hospitalizirana. V času terapij so se starši odločili za ponovno hospitalizacijo.

## Postopek

Vse terapije so bile spremljane z videokamero. Tako zbrane podatke sem uporabila pri analizi sprememb v terapiji. Pri tem sem bila pozorna na pomembne prelomnice v terapiji in temeljno vzdušje v njej.

## Rezultati in razprava

### Opis terapije in analiza

V tem delu je predstavljen potek terapije. Zabeleženi so prehodi iz enega nivoja (sistemskega, interpersonalnega, intrapsihičnega) v drugega; opisani so glavni afekti, ki se tekom terapije pojavijo, iz opisa, pa je mogoče tudi razbrati lastnosti družine z anoreksično najstnico. Zakonca sta prišla na terapijo zato, ker sta se začela ob anoreksični hčeri počutiti popolnoma nemočna. Hči na terapiji sicer ni fizično prisotna, toda zakonca jo z besedami in čutenji vedno znova pripeljeta v terapijo. Svoje nerazrešene partnerske konflikte oba rešujeta preko odnosa do hčere.

*ŽENA: Obup je. Obup. Prej sem imela hči, zdaj pa se je vse tako spremenilo. Čisto drug človek je postala s to anoreksijo. Zdaj niti z njo ne morem več govoriti.*

*TERAPEVT: A lahko malo več poveste o teh občutkih?*

*ŽENA: Z njo sem se pogovarjala. Prijetno mi je bilo z njo. Če z možem ni bilo v redu, sem bila kar z njo... Potem nisem bila tako nesrečna in razočarana, kot si sicer, ko se skregaš s partnerjem. Mi je bilo lažje, sem se nekako pomirila ob njej. Sem z njo naredila kako vajo za šolo, pa tako, so me veselili njeni uspehi.*

*MOŽ: Velikokrat se zgodi, da hči vprašam kaj takšnega, kar ne upam vprašati ženo in ker nima odgovora, sem na hči jezen.*

Anoreksična hči nosi veliko čutenj zakonskega podsistema. Vse to je za njo v nekem trenutku postalo preveč in zato ne more več sprejemati ničesar, tudi hrane ne (Gostečnik, osebna komunikacija, 2002-2003). Hčerki moramo dati prostor, v katerem ji ni bo treba prevzemati čutenj staršev, ampak bo lahko začela čutiti tiso kar čuti sama. Za začetek jo bo potrebno fizično ločiti od staršev. To lahko naredimo s hospitalizacijo, ki je glede na njeno stanje nujna, hkrati pa za starša zelo nevarna. Medsebojni partnerski konflikt, ki sta ga do sedaj razreševala preko hčere, bi z odhodom hčere morala začeti razreševati na drugačen način.

*TERAPEVT: Hči se je nekako ustavila, ni pripravljena več poslušati vsega tega.*

*ŽENA: Mhmm, ja.*

*TERAPEVT: Prišlo je tako daleč, da je začela zavračati ne samo ta čutenja (vsebinsko človekovega notranjega doživljanja čustvovanja), začela je zavračati*



tudi hrano. Vse kar prihaja od zunaj. Gotovo je tukaj za narediti veliko stvari, ampak se mi zdi pošteno, da damo tej hčeri možnost, da se malo loči od vsega tega. Da stopi stran od tistega, za kar v bistvu ni ona odgovorna. Pravite sicer, da je že bila v bolnišnici, ampak dajmo ji še enkrat to možnost. Da se oddalji, si vzame čas zase in da si tudi vidva vzameta čas zase. Bi bila pripravljena še enkrat vstopit v to?

*ŽENA:* Ne vem. Ne vem, kako bo hčer to sprejela, niti slučajno ne bo zadovoljna. Če smo se že do sedaj kregale, se bomo sedaj še bolj. Ona to čuti kot eno izdajo iz najine strani. Kot da bi se je hotela rešit.

*TERAPEVT:* Tako reče, ampak vidva vesta, da je to edina možnost zanjo. Oba sta spregovorila o svoji veliki nemoči in vesta, da nimate moči da bi sama hčeri pomagala...Vem pa, da je grozno hčeri povedati, da naj gre tja, da bodo drugi zanjo poskrbeli. Ampak, če ji povesta, da bosta v tem času tudi vidva delala na odnosu med vama, bo mogoče lažje. Kaj bi vidva želela slišati, da bosta hčerko lahko peljala na zdravljenje?

*ŽENA:* Mene je kar zgrozilo to, da se bova v tem času midva povezala. Zdaj kar ne bi nič naredila. Ne vem, če sem na to pripravljena.

*TERAPEVT:* Bi bilo to preveč?

*ŽENA:* V tem primeru bi bilo to najtežje. Hčerko bi lahko nesla peš do Maribora, ampak to bi bilo dosti težje...

Anoreksija ohranja sistem v ravnovesju. Če odpravimo anoreksijo, ravnovesja ne bo več oz. bo treba poiskati nov način za vzpostavljanje tega. Zato je anoreksijo tako težko odpraviti. Dokler se partnerja ne bosta počutila dovolj varna in ne bosta pripravljena tvegati ter sprejeti konflikt, ki je med njima, hčere ne bosta mogla spraviti na zdravljenje. Nekaj varnosti lahko damo sistemu tako, da vzpostavimo strukturo. V tej družini je potrebno jasno ločiti podsistem staršev od podsistema zakoncev. Te meje zdaj ni. To seveda ni lahko, je pa nujno. V našem primeru smo za to, da sta starša lahko odpeljala hči v bolnišnico, potrebovali dve terapiji. V tem času je bilo zelo pomembno terapevtovo poudarjanje starševskih vlog in jasno ločevanje vloge staršev od vloge partnerjev.

*TERAPEVT:* Hči potrebuje dva močna starša, ob vsej tej nemoči, ki je v njej. Bi lahko za nekaj časa dala na stran vse tisto, kar ni neposredno povezano s hčerko in bi se trudila bit samo oče, samo mama? Bi to šlo?

*ŽENA:* Ja, ampak a veste kako težko je biti mama otroku, ki ga več ne poznaš, ko se ga bojiš, ko vidiš tiste kosti. Veste kako je to grozno.

Ko enkrat uspemo spraviti hči v bolnišnico, imamo dovolj prostora za to, da začnemo raziskovati podsistem zakoncev. Na dan prihajajo najrazličnejša čustva med njima, ki prej sploh niso bila naslovljena, saj jih je hči prevzela nase še preden so se izrazila. Oba je grozno strah izražati svoja čutenja drug drugemu. Mož v tem strahu

začne govoriti, kako je jezen, vendar nikoli ni to usmerjeno k ženi, ampak nekemu tretjemu (na terapiji terapevtu). Toda o jezi govori z zelo mirnim glasom, tako da je terapevt iz tega lahko sklepal, da si mož v resnici tudi te jeze ne dovoli čutiti. Kljub temu pa je ženo strah, da bi se mož začel »jeziti« na tak način, ker s tem prizadane druge, ona pa ob tem občuti tudi sram.

*TERAPEVT: Pravite mi, da ste zelo jezni, jaz pa te jeze kar ne čutim. Kam gre ta jeza?*

*MOŽ: Jaz jo čutim in to je glavno, kar vi čutite pa je vaš problem.*

*TERAPEVT: Tako se mi zdi, da tudi vaša hči velikokrat ne ve, kaj čutite. Mogoče ste tudi na njo kdaj jezni, pa ona tega ne ve. Ali pa gospa ne začuti, kaj vi čutite, ker tega ne pokažete, ampak to kar nosite v sebi. Kaj bi za vas pomenilo, če bi bili jezni na hči ali pa na ženo?*

*MOŽ: Saj ne smem biti jezen.*

*TERAPEVT: Kaj bi se zgodilo če bi vseeno bili jezni?*

*MOŽ: Potem bi vse razočaral.*

Dokler si oba zakonca ne dovolita zares čutiti, terapija ne gre naprej. Zato je pomembno, da terapevt vedno znova prehaja iz intrepersonalnega nivoja v sistemski nivo in s tem poskuša zakoncema pokazati, kakšen vpliv imajo njuna čutenja na celoten sistem.

*TERAPEVT: Strah ima pomembno mesto med vama. Gospa, vas je strah, da ko boste povedali svoja čustva, ne boste na drugi strani našli nič, vas gospod je strah, da ko boste povedal kar mislite, da vas bo žena vrgla ven. Kje je tukaj vaša hči? Je tudi njo strah? Je ona tista, ki vzame strah kar od obeh? Jo je tako strah, da ne more ničesar več sprejeti, ničesar več, tudi hrane ne?*

Poleg strahu se je na terapiji pojavil obup, stiska, negotovost ... Ta čutenja čuti celoten sistem, zakonca in terapevt. S pomočjo sistemske relacijskega modela bi to lahko razlagali s tem, da zakonca čutenja projicirata v terapevta, tako kot jih sicer, ko je prisotna hči, projicirata v njo. Ob tem terapevt doživlja močan kontratransfer. Terapevt tako postane soavtor drame, ki se odigrava na terapiji. Katerokoli pot si izbere kot terapevt, vedno pade v pacientovo vnaprej začrtano kategorijo. Pacient doživlja terapevta v svojem relacijskem svetu. Terapevt je stalno v središču transferno - kontratransferne integracije. Podobno, kot mora pacient iti v transfer, preden iz njega pride, mora tudi terapevt doživeti kontratransfer oziroma odkriti sebe v njem, preden lahko začne iskati pot iz njega (Gostečnik, 2002). Ob vsem tem terapevt čuti zmedo, ker ne ve od kod ta čutenja v resnici izvirajo. Prav takšno zmedo čuti tudi hči. Stvari se odvijajo po svoje, se kar dogajajo in obsesivno ponavljajo, a niti hči, niti terapevt ne vesta zakaj. Žena sicer ve, da čuti, a zdi se, da svojih čutenj ne sprejme. Podobno kot se zdi za moža, da lahko čuti le, če tudi ljudje ob njem čutijo enako kot on. Partnerja si tekom terapije najlažje dovolita čutiti in tudi sprejeti krivdo. Ko se začneta

počutiti kriva, se s to krivdo zavarujeta pred globljimi čutenji, tako kot sta prej zavarovala s tem, da sta svoja čutenja projicirala na hčero. Žena se vedno bolj zaveda tega, da krivda nima smisla, mož pa vedno bolj tone vanjo.

*ŽENA: Jaz sem zdaj čisto začutila, krivda je edina stvar, zaradi katere sva midva skupaj, zaradi katere se on trudi biti tukaj. To se mi zdi obupno.*

*MOŽ: Meni se zdi, da mi bo lažje, če se bom počutil krivega, bom lažje en pristni odnos vzpostavil ...*

*ŽENA: S kom?*

*MOŽ: S hčerko, ko se bo vrnila iz bolnice.*

*ŽENA: Super.*

*TERAPEVT: Koliko vas je to razjezilo...*

*ŽENA: Grozno. Kakor, da moramo imeti krivdo pri hiši, ker sicer ... Ne vem ... Itak, on je zdaj dežurni krivec, dosmrtni in zdaj vse kar se bo dogajalo, se bo samo še zaradi krivde ... Na prestajanju kazni, z mano in hčerko ...*

*TERAPEVT: Jaz pa sem hotel krivdo odstraniti. Pa mi je ne daste. Gospod, kako se ob tem počutite?*

*MOŽ: Počutil sem se že boljše. Zdaj pa je en tak čuden občutek ...*

*TERAPEVT: Praznina?*

*MOŽ: Mhmm...*

*TERAPEVT: Ta praznina gre tukaj kar sem in tja. Na to praznino pa ne moreš ničesar postaviti. Na to praznino se ne da jest. In čez to bo treba iti. Jaz vem, da je grozno, če vam tukaj rečem, da bo treba iti. Rad bi vam to ovrednotil, pa ne vem, če znam. Hči je na tej poziciji odšla. Kaj se bo zgodilo, če bo ta praznina ostala, če ne bosta krivde zamenjala z nekim drugim občutjem...*

Kasneje v terapiji, ko začne mož že doživljati več čutenj, ima težave s sprejemanjem tega, da drugi čutijo drugače kot on. Trudi se najti nekoga, ki bi prevzel njegovo čutenje. Če je čutenje samo v njem, se čuti zelo nebogljenega. Kot da ne more sprejeti čutenj, ki bi bila v nasprotju s čutenji drugih, saj bi to pomenilo, da ni več dovolj dober. Mož v takšnih trenutkih odide, ker očitno ne more biti ob nikomur takrat, ko ni optimalen. To seveda ženo moti, vendar dovoli, da stvari tako tečejo, saj je strah pred tem, da bi se sicer vse sesulo, prevelik.

*ŽENA: Mene je grozno znerviralo to, da si lahko ob meni samo, ko si optimalen. Ne sme te biti strah, ne smeš se počutiti krivega, vse te občutke daš proč. Ko te je strah, odideš. Čustven odmik, ali pa celo fizičen. Odmakneš se, zdaj me je strah, jaz nisem več del te družine. Povej mi, da te je strah, pa funkcioniraj enako naprej. Ne pa da se greš zdraviti v en svoj svet...*

*MOŽ: Jaz grem proč fizično, čustveno pa greva oba proč. Če bi ti čustveno ostala, bi jaz lahko prišel k tebi.*

*ŽENA: Kdaj boš prišel, ko boš vse uredil? Ko ne bo več strahu, ko ne bo nič...*

*MOŽ: Ja, ko se bo uredilo...*

*ŽENA: Če naj jaz čakam, da boš prišel nazaj, ko boš optimalen, ne boš prišel nikdar.*

*TERAPEVT: Pravite, da odide takrat, ko ni perfekten, tako kot mora vaša hči kar oditi takrat, ko ne naredi tistega, kar se od nje pričakuje. Dokler je O.K., je vse v redu, ko pa gre kaj narobe, postane hudo, postane samo še hrana tista, kamor se zateče. Gospa, zakaj vse to dovolite?*

*ŽENA: Če karkoli drugače naredim, se bo vse sesulo. Očitno to pri nas tako funkcionira.*

*TERAPEVT: Ja gotovo se bo marsikaj spremenilo, ko bomo prišli tako daleč, da bo vsak vzel svoja čutenja. Ko bomo sebi dovolil tudi to, da smo nepopolni. Se bo sesulo, ampak se mora sesuti, ker bo šele potem lahko začelo rasti na novo. Tako kot je treba včasih kakšno staro hišo podreti zato, da lahko zgradiš novo.*

Zakoncema je vedno težje prihajati na terapijo. Po sistemsko relacijskem modelu bi lahko rekli, da prihaja do blokad med njima zato, ker sta v partnerski odnos prinesla veliko nerazrešenih čutenj iz izvirnih družin in ker ne poznata izvirnih družin drug drugega, so jima mnoge stvari nerazumljive, pa tudi vpliva nimata nanje. Izboljšave na medosebnem odnosu bodo mogoče šele potem, ko bosta zakonca razrešila stvari na intrapsihičnem nivoju, toda motivacijo za raziskovanje na intrapsihičnem nivoju jima bo dal le dovolj močen afekt na interpersonalnem nivoju. Iz naslednjega transkripta je vidno, kako je zaradi tega, ker v izvirni družini ženi ni bilo varno govoriti o strahu, strah težko pokazati tudi danes v partnerskem odnosu. Vzorci obnašanja se ponovijo, tudi takrat, ko to ni potrebno.

*TERAPEVT: Ko sedim tukaj, se mi zdi, da pri vama stvari kar zablokirajo. Gospod, vi se čutite popolnoma nerazumljenega, gospa si sploh ne upa razmišljati o tem kako bo na terapiji, ker to prinese preveč nemira. Zdi se, da bi bilo obema boljše, da me ne bi bilo tukaj. Na nek način se počutim odveč in očitno se tako počuti tudi vajina hči. Odveč, nepotrebna, vržena ven, ... In zaradi vsega tega je nehala jesti. Nista vidva kriva za to, da je hči tako daleč, ker tudi vidva nista kriva zato, da ne moreta medse nobenega sprejeti. Bo pa treba nekaj narediti zato, da bo med vama lahko tretji in ne bo odveč. Gospa, kako je bilo pri vas doma? Kako ste se tam počutila kot otrok?*

*ŽENA: Se nisem nikoli počutila kot otrok, se ne spomnim, da bi se... Ne vem zakaj. Se mi zdi, da sem vse stvari videla in jih razumela tako kot sedaj ...*

*TERAPEVT: Dajte malo opisat vaše otroštvo, kdo je bil še tam zraven...*

*ŽENA: Sem edinka, tako da sem bila z mamo in očetom ... Ma ne vem ... Sama se spomnim, da me je bilo zmeraj strah ...*

*TERAPEVT: Česa vas je bilo strah?*

*ŽENA: Vsega, več ali manj ...Me je bilo vedno strah, da se bo kaj zgodilo mami, očetu ... Vedno to, katastrofalna pričakovanja ...Če sta se kaj kregala, sem se*

*jaz počutila krivo. Zvečer me je bilo strah, če ni bilo očeta, kaj bo potem, ko bo prišel, se bosta skregala ...*

*TERAPEVT: In kaj sta lahko naredila s tem strahom?*

*ŽENA: Nič ... Nič ... Iskala sem stik. Ma sem privlekla to tesnobo, ta strah do neke meje, ko nisem mogla več, pa sem šla potem zvečer k mami, ker me je bilo preveč strah. To je bilo edino kar sem dobila, mogoče me je res pomirilo to, da sem videla, da onadva dobro spita... Drugače pa, nič nisem dobila, nikakor, nikjer ...*

*TERAPEVT: Če danes razmišljate o tem, koliko ste jezna ...*

*ŽENA: Ja, jezna, vedno bolj. Najbolj sem bila jezna, ko je oče umrl, ko sem videla, kaj mama zdaj dela. Prej sta se tako kregala, zdaj pa ga tako grozno pogreša, je bil kar najboljši. Pa si rečem, zakaj sem se jaz toliko let sekirala, da se bosta ločila, da nista srečna skupaj ...*

*TERAPEVT: Koliko vam je moralo biti grozno, biti otrok pa nenehno skrbeti za svoja starša? Danes, ko ste tukaj, na nek način skrbite za svojega moža. Koliko ste jezna ob tem?*

*ŽENA: Jezna? Pa kaj jaz vem? Zdaj to prvič tako vidim. Vedno gledam, kaj bom rekla, samo da se ne bo zgodilo ne vem kaj, da bo prišlo do ne vem česa. Pa ne vem, do česa bi sploh lahko prišlo. Jaz njega rabim. Vse naredim, samo da midva ostaneva skupaj. Zdaj, če pomislim, ne vem zakaj to delam, ker v končni fazi, ne morem ničesar zgubiti, kar že ne bi zgubila. Zgleda, da se to kar naučiš, situacija mora ostati taka, kakršna je. Samo da se ne bi karkoli med nama zgodilo. Kot da bi bilo kaj hujše, če bi se...*

*TERAPEVT: Glejte gospa, pravite, da ko ste bila doma, da ste imela vedno občutek, da je treba poskrbeti za vašega očeta, za vašo mamo. Potem, ko oče umre, mama kar nekako poskrbi zase. Na drugi strani je tukaj vaš mož, tudi on kar uspe poskrbet zase. A res mislite, da je vaš gospod tako nemočen, da je treba poskrbeti za njega?*

*ŽENA: Zdaj sem ugotovila še eno stvar. Če ni treba poskrbeti zanj, tudi ne obstajam zanj. On lahko poskrbi zase, lahko se razjezi, ampak kaj potem midva imava?*

*TERAPEVT: Mislim, da vi zelo dobro razumete svojo hči. Tako kot ste nekoč vi bila polna skrbi za vse okrog sebe in ste še, tako je tudi vaša hči, polna skrbi za vse. Ima eno pomembno vlogo tukaj, zapolni praznino, ki bi bila sicer med vama. Vaju drži skupaj.*

Naloga terapevta je, da vedno znova ovrednoti pomen določenih dejanj v sedanjosti družini in kaže na vpliv, ki ga imajo na posamezne člane te družine in odnose med njimi. Pri tem so nam v veliko pomoč prehodi med intrapsihičnim, intrepersonalnim in sistemskim nivojem. Na ta način bomo poskušali postaviti strukturo, ki bo članom družine pomagala ločiti preteklost od sedanjosti. Potrebno je postaviti razmejitve, ki bodo posamezniku omogočale ločiti sebe od drugih. Teh razmejitev do sedaj v tej

družini ni bilo, posledica tega pa je zmeda, v kateri sistem brez grešnega kozla, v tem primeru anoreksične hčere, ne bi mogel preživeti.

*TERAPEVT: Oba sta kar obupala drug na drugim, nad odnosom. Ta odnos je »aut«, edino hči še zdaj skrbi za oba. Toda ona je otrok in še ne more poskrbeti za vas. Od tega pa že ima tako poln želodec vsega, da tja ne gre ničesar več. Njen dom, vse kar ima, sta vidva. Ne vem, kam bomo s tem šli naprej. Ne vem, ali bosta vidva ostala skupaj, ali se bosta ločila. Ampak tej hčeri je na nek način treba dati varnost. Morda vsak posebej, odvisno od tega, kako se bosta odločila. Toda hči ne more bit vajin edini povezovalc. A smo s tem gospod?*

*MOŽ: Mhmmm ...*

*TERAPEVT: Gospa?*

*ŽENA: Mhmmm ...*

Na tem mestu se je prvi sklop terapij zaključil, zakoncema pa je bila dana možnost, da s terapijo kasneje še nadaljujeta, če to želita.

## Uspešnost terapije

V času terapij je terapevt uspel odvzeti hrani središčno vlogo. Uspel je ločiti podsistem zakoncev in staršev do te mere, da sta zakonca čutila dovolj varnosti za to, da sta lahko odpeljala hči na zdravljenje. S tem je bil pripravljen potencialni prostor za delo na zakonskem podsistemu. Zakonca sta se zavedla, da je anoreksija hčere bolezen celega sistema in ne le bolezen hčere. To sta oba težko sprejela in še težje sta se na to prilagodila. Začela sta govoriti o svojih čutenjih, še vedno pa je ostalo veliko težav pri sprejemanju le teh. V nadaljevanju terapije bi bilo potrebno še nadalje delati na sprejemanju svojih čutenj. Dokler ni vsak partner sposoben sprejeti svojih čutenj, tudi ne more sprejeti čutenj drugega. Pri sprejemanju čutenj nam bi lahko bili v veliko pomoč nadaljnji sprehodi v intrapsihični svet obeh zakoncev, saj bosta zakonca lahko svoja čutenja sprejela šele takrat, ko bo to v njunem intrapsihičnem svetu dovolj varno. Zavedati se morata, da je bila njuna vloga v izvorni družini drugačna kot je njuna vloga v tej družini, in da tisto kar je bilo označeno kot slabo oz. nevarno v izvorni družini, ni nujno slabo oz. nevarno tudi danes. V zakonskem odnosu je namreč veliko zmede, ki je posledica tega, da zakonca nezavedno živita preteklost v sedanosti. Dokler ne bosta znala ločiti preteklosti od sedanosti, njun zakon ne bo funkcionalen brez tretjega, ki ga sedaj predstavlja hči in bolezen, ki je z njo povezana.

Terapijo bi vsekakor bilo smiselno in potrebno nadaljevati. Lahko bi rekli, da je končan prvi cikel. Za nadaljevanje se morata odločiti zakonca sama in že sama odločitev je pomemben del morebitne nadaljnje terapije.

## Literatura

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Dnevnik anoreksične najstnice* (2002). Kopije originala se hranijo pri avtorju tega dela.
- Gostečnik, C. (2001). *Poskusiva znova*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, C. (2002). *Sodobna psihoanaliza*. Ljubljana: Brat Frančišek in Frančiškanski družinski center.
- Gostečnik, C. (2002-2003). *Osebna komunikacija in predavanja Relacijska psihopatologija na specializaciji iz družinske in zakonske terapije na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani, študijsko leto 2002-2003*.
- Carlson J. in Sperry L. (1998). *The disordered couple*. Bristol, PE: Brunner/Mazel.
- Margo, M. (2002). *Clinical update, eating disorders*. New York: The American Association for Marriage and Family Therapy.
- Roth, A. in Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: The Guilford press.
- Stern, D.N. (1995). *The interpersonal world of the infant: A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.

*Prispelo/Received: 22.03.2004*  
*Sprejeto/Accepted: 15.09.2004*