
Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy

Tomanová J., Papežová H.

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, Praha,
přednosta prof. MUDr. J. Raboch, DrSc.

Souhrn

Rodinná terapie vykazuje vysokou úspěšnost v léčbě pacientů trpících poruchami příjmu potravy (anorexia nervosa a bulimia nervosa) a je významným aspektem v prevenci relapsu. Program vícerodinné terapie představuje ucelený přístup včleněný do komplexní péče o pacienty s poruchami příjmu potravy. Cíle terapie směřují k restrukturační a optimalizační rodinné struktury a dynamiky, zejména interakčních a emočních výměn a komunikačních vzorců. V terapii definujeme roli a význam onemocnění v rodině a podporujeme změny, které vedou k vyléčení pacientky. Program vyvinutý v Německu (1998) a Velké Británii (1999) byl v roce 2004 poprvé zaveden v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy v Praze. Vzhledem k úspěšnosti prvních dvou cyklů je naším cílem začlenit vícerodinnou terapii do systému komplexní léčby a učinit ji dostupnější pro větší počet rodin, v nichž jeden z členů trpí poruchou příjmu potravy.

Klíčová slova: rodinná terapie, poruchy příjmu potravy, systém komplexní léčby, mentální anorexie.

Summary

Tomanová J., Papežová H.: Multi-family Therapy of Patients Suffering from Mental Anorexia in the Center for Therapy of Eating Disorders

Compared to other therapeutic approaches, family therapy proves to be a successful treatment in eating disorders. It is also an important part of relapse prevention. The multifamily therapy program represents a comprehensive approach implemented in the complex treatment program for eating disorders. The therapy focuses on restructuring and optimizing the family structure and dynamics, especially verbal and emotional interactions and communication patterns. It is necessary to define the role and the meaning of the eating disorder for the concrete family and support the changes with the aim of full remission. The program, developed in Great Britain (1991) and Germany (1990), was in 2004 organized for the first time in Prague, in the Center for the treatment of eating disorders. With regard to the success of the first two cycles, the aim of the therapists is to make the multifamily therapy a part of the treatment program and make it accessible to a larger number of families, where one of their members suffers from an eating disorder.

Key words: family therapy, eating disorders, system of complex therapy, mental anorexia.

Čes. a slov. Psychiat., 102, 2006, No. 7, pp. 358–362.

ÚVOD

1. Historie

Myšlenka skupinové rodinné terapie se poprvé objevila v souvislosti s neutěšenou situací v léčbě duševně nemocných v roce 1964. Nedostatečná péče, nadužívání radikálních metod (inzulinové šoky, obrovské dávky farmak atd.), sociální izolace pacientů a neodborný personál pacientů byly hlavními z důvodů ke změně v terapeutickém systému. Laquer s kolektivem zapojili do léčby pacientů jejich rodiny [1], čímž otevřeli

pomyslné brány ústavů a detabuizovali klinické praktiky. Již po několika skupinových rodinných terapiích došlo k významnému posunu v chování pacientů, průběhu nemoci, ale také ke změně v přístupu ošetřujícího personálu. Podpořeny byla zejména komunikace pacientů, vytržení ze stereotypie a sociální izolace a byly posíleny rodinné interakce.

Lansky (1981) zahrnul rodinnou skupinovou práci do systému léčby adolescentů s různými psychiatrickými diagnózami [3].

První zprávu o skupinové rodinné terapii poruch příjmu potravy podali Slagerman a Yager (1989), kteří popsali cyklus šesti rodinných skupin

nových sezení včleněných do komplexní terapie. Asen (1989) vypracoval ucelený program vícero-
dinné terapie pro děti ohrožené psychickým
a sexuálním zneužíváním a během jeho aplikace
odhalil výraznější efektivitu u krátkých a inten-
zivních programů oproti zdoluhavým, 18měsíčním
cyklům [3].

Model vícero-
dinné terapie poruch příjmu potra-
vy byl poprvé uveden v Drážďanech v roce 1998 [1]
a o rok později v Londýně [3]. Oba modely, dráž-
ďanský a londýnský, mají svá specifika týkající se
zejména časové organizace cyklů vícero-
dinné terapie a využití terapeutických technik. V Čechách je
využíván modifikovaný londýnský model supervi-
dovaný Ivanem Eislerem.

2. Principy vícero- dinné terapie

Vícero-
dinná terapie představuje ekletický pří-
stup kombinující prvky více terapeutických směrů.
Zahrnuje především kognitivně behaviorální,
dynamické, imaginativní, narativní a systemické
prvky. Multimodalita přístupu umožňuje pružnou
přizpůsobivost charakteru a dynamice každé sku-
piny rodin a také dovoluje terapeutům vytvořit
takovou strukturu programu, ve které se cítí nej-
lépe a která maximálně vyhovuje jejich profesio-
nálnímu i osobnostnímu zaměření.

Základní principy a cíle přístupu:

- Umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém pro-
blému s rodinami, které jsou v podobné situaci,
učit se ze zkušeností ostatních rodin a reciproč-
ně se tak podílet na vzájemném vývoji a posu-
nech léčby mentální anorexie.
- Nabídnout rodinám možnost vyjít ze sociální
izolace, kam často porucha příjmu potravy při-
vádí nejen samotného pacienta, ale také jeho
rodinu.
- Vytvořit prostředí solidarity, naděje a otevřené
pomoci.
- Pomoci rodinám vytvořit nové, široce zaměřené
perspektivy, odvrátit jejich pozornost od poru-
chy příjmu potravy a pomoci obnovit zdravé
a pozitivně fungující interakční zázemí.

3. Fáze terapeutického programu

Fázemi vícero-
dinné terapie jsou vzájemně se
ovlivňující, myšlenkově oddělené etapy odlišné
zaměřením a cíli.

A) Fáze orientovaná na symptomy

Na počátku terapie jsou obvykle všichni zúčast-
nění nejistí, dcera (nebo velmi zřídka syn) trpící
poruchou příjmu potravy je často v opozici vůči
zbytku rodiny. Během první fáze je třeba rodinu
povzbudit a ujistit ji o tom, že rozhodnutí zúčast-
nit se terapie bylo správné. Nezbytnou součástí je
psychoedukace rodin zaměřená na symptomy
a negativní následky onemocnění. Názornosti

napomáhá videoprojekce fotografií, schémat
a informativních hesel.

Konečným cílem první fáze je podpořit kompe-
tence rodiny k léčbě dcery a pomoci rodině vymezit
se vůči poruše příjmu potravy, která bývá pevně
vpletená do rodinných schémat a interakcí.

Strukturované terapeutické techniky vycházejí
z kognitivně behaviorálních principů, důraz je klad-
en na pevné vedení rodin, režimová opatření
a kognitivní obohacení psychoedukací.

B) Fáze orientovaná na vztahy

Ve druhé fázi se pozornost přesouvá k rodinné
struktúře. Podporovány jsou otevřející se inter-
akční témata a otázky hierarchie, odkrývají se
koalice a aliance členů a dochází k detabuizaci
rodinných tajemství, patologických komunikač-
ních vzorců a potlačovaných emočních výměn.

Členové rodiny se učí vzájemně si odpouštět, což
často vede k rekapitulaci jejich dosavadních životů
a k transformaci hodnotových systémů a aspirací.

Vzhledem k tomu, že často se programu účastní
také sourozenci nemocných dívek, je nezbytné
věnovat alespoň jedno následné setkání terapeu-
tické péči o ně. Porucha příjmu potravy narušuje
interakční strukturu rodiny a sourozenci se mohou
cítit odstrčeni a zanedbávaní. Ostatní děti v rodi-
ně musí pocítit svou důležitost a získat pocit kom-
petence a rovnoprávnosti v rodině. Je nutné pod-
pořit osobnost každého sourozence a obrátit
pozornost rodičů na zdravé děti. Ty se někdy brání
slovy, že jich se terapie netýká, že nejsou důležité.
Avšak je důležité zajistit pro ně dostatečný pro-
stor, v němž mohou ventilovat své problémy, poho-
vořit o svých emocích a vztazích. Rodiče se musí
naučit projevovat všem svým dětem pozornost ve
stejně míře a mít na paměti, aby se porucha příj-
mu potravy nestala cestou k privilegovanosti dětí
v rodině.

Během práce s těmito náročnými tématy se
objevuje skutečná role poruchy příjmu potravy
v rodině, bývá možné zhodnotit pozadí patogeneze
poruchy a definovat cirkulární kauzalitu.

C) Fáze orientovaná na budoucnost a nové perspektivy

V závěrečné fázi terapie dochází k přesunu
pozornosti od „teď a tady“ k pohledům do budouc-
nosti. Stěžejním tématem je prevence relapsu
a identifikace jeho varovných signálů. Rodina se
učí racionálně reagovat na případná nebezpečí
a efektivně řešit problémy.

Nutností je podpora autonomie a individuality
každého člena rodiny, zdůraznění jeho práv na
osobní problémy, na stejnou pozornost a spravedl-
nost. Zejména u sourozenců hraje podpora osob-
nosti významnou preventivní roli, neboť existuje
mnoho kazuistik, v nichž je popsána situace, kdy
se porucha příjmu potravy vyvinula i u sourozence
pacienta, buď po jeho uzdravení nebo paralelně.

Jako jedno z vysvětlení se nabízí externalizovaná touha po stejné pozornosti ze strany rodičů, jaké se dostává dítěti s poruchou příjmu potravy.

Techniky používané ve druhé a ve třetí fázi jsou strategicky orientované, čerpající ze systemického a narativního přístupu. Podle charakteru dané skupiny rodin bývají zařazovány techniky imaginační, arteterapeutické a dramaterapeutické [13].

4. Harmonogram cyklu vícerodinné terapie a organizační zázemí

Struktura vícerodinné terapie má charakter doporučení a umožňuje terapeutickým týmům variabilní adaptaci harmonogramu podle možností daného pracoviště. V zásadě je dodržována posloupnost úvodního vícedenního bloku a následných jednodenních setkání.

Jeden cyklus programu vícerodinné terapie poruch příjmu potravy pořádaný v Maudsley Hospital v Londýně probíhá po dobu 24 týdnů. Úvodní blok trvá 4 dny od pondělí do čtvrtka. Každodenní program začíná v 9,00 a končí v 17,00. V následujícím týdnu je v pátek uspořádáno jednodenní kontrolní setkání. Další dvě setkání jsou půldenní, vždy od 13,00 do 17,00. První je v odstavu čtyř týdnů, druhé v odstavu šesti týdnů. Poslední dvě setkání trvají vždy tři hodiny odpoledne a jsou konána v časové distanci šesti týdnů. Po absolvování celého programu formou skupinových setkání je každá rodina v individuální péči terapeuta. Na sezení docházejí buď všichni členové, kteří se zúčastnili cyklu vícerodinné terapie, nebo část rodiny a někdy sám pacient.

Program vyžaduje kvalitní organizační připravenost. Součástí prostoru určeného pro konání vícerodinné terapie je velká místnost pro skupinová sezení, dále jedna až dvě menší místnosti pro terapeutická sezení oddělených skupin (většinou jsou v jedné skupině rodiče a ve druhé děti). Druhá místnost je využívána jako terapeutické zázemí, kde probíhají nezbytné týmové reflexe. Nezbytností je kuchyňka pro přípravu nebo jen ohřev hlavních jídel a drobného občerstvení. Důležitým prostorem je pohodlná jídelna s dostatečným počtem míst. Optimální variantou je jeden velký stůl, u kterého sedí všechny rodiny pohromadě.

V případě, že se programu účastní pasivní posluchači (studenti, terapeuti ve výcviku, školící se personál apod.), je nezbytné, aby svou přítomností nezasahovali do průběhu terapie. Proto je využíváno jednocestné zrcadlo nebo videopřenos do samostatné místnosti.

Terapeutický tým je většinou tvořen párem hlavních terapeutů a přibližně čtyřmi koterapeuty. Podmínkou jsou zkušenosti terapeutů v oblasti poruch příjmu potravy a/nebo rodinné terapie. Koterapeutem může být také sestra působící na

oddělení pro poruchy příjmu potravy, která zajišťuje podávání jídel. Je třeba rovněž zajistit obsluhu technického zařízení, zejména videoprojektoru.

Společné stravování tvoří nezbytnou součást celého programu, je tedy třeba zajistit kvalitní zázemí. V původním autorském návrhu klinika rodinám zajišťuje obědy a odpolední svačiny. Je důležité, aby jedli všichni zúčastnění členové. Strava je běžná, bez dietních opatření. Odpolední svačiny sestávají z teplých nápojů, ovoce a sladkého pečiva. Dpolední svačiny si rodiny zajišťují samy. Společné stravování je součástí úvodního čtyřdenního cyklu a dalších tří setkání. Poslední dvě tříhodinová setkání jsou bez oběda, rodiny přicházejí odpoledne a společně pouze svačí. Je žádoucí, aby se na přípravě pokrmů, zejména na servírování porcí, podílely i rodiny. Někdy je vhodné dovolit dívkám s poruchou příjmu potravy, aby naservírovaly jídlo celé své rodině [3].

5. Indikace a kontraindikace vícerodinné terapie

Před přijetím rodiny do programu vícerodinné terapie je nutné provést vstupní vyšetření a zvažovat, zda je rodina pro zařazení do programu vhodná. Rodiny přicházejí většinou z psychiatrických nebo psychologických ambulancí nebo je tato forma terapie doporučena rodinám pacientů hospitalizovaných na odděleních psychosomatických poruch.

Je žádoucí zjistit, jaká mají jednotliví členové rodin očekávání a jak vysoká je jejich motivace k účasti.

Vícerodinná terapie je indikovaná téměř ve všech případech poruch příjmu potravy. Vyloučeny bývají závažnější komorbidity, jako například psychotická onemocnění, těžké depresivní stavy nebo vysoké stupně poruch učení a chování. Na rodinnou strukturu nejsou kladeny zvláštní nároky a i když je žádoucí, aby se na programu podílela celá užší rodina, včetně partnerů všech členů, není vyloučena účast jen jednoho z členů. Terapie se může zúčastnit jen partner, například v případě absence primární rodiny v životě pacienta (rodiče nežijí nebo se vůbec s pacientem nestýkají).

Vhodnost terapie je zvažována také v případech komplikací v rodině, především abusus rodičů, závažné, prozatím neřešitelné konflikty, fyzické násilí či suicidální tendence a další. Je-li somatický stav pacienta natolik závažný (velmi nízký BMI), je možné kombinovat vícerodinnou terapii s hospitalizací. Pokud somatický stav pacienta účast neumožňuje (dlouhodobé upoutání na lůžko) nebo se pacient odmítne zapojit do programu, může se programu účastnit rodina bez pacienta. V takových případech je zdůrazněna nutnost podpory rodiny, potvrzování jejich kompetencí a péče o individualitu každého člena [13].

VÍCERODINNÁ TERAPIE MENTÁLNÍ ANOREXIE V ČECHÁCH

1. Počátky přístupu v Čechách

Zhodnocení efektivity vícerodinné anorexie přineslo vysoce pozitivní výsledky a rodinnou terapii poruch příjmu potravy v této variaci lze zařadit mezi nejefektivnější metody léčby především u anorexia nervosa u adolescentů [10]. Program byl po úspěších ve Velké Británii zaveden v dalších zemích (Německo, Norsko a další) a v roce 2004 byl zahájen první cyklus také v České republice, v prostorách Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy při Jednotce specializované péče pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Úvodní třídní blok vedl dr. Ivan Eisler, spoluautor programu. Terapeutický tým byl tvořen psychiatry, psychology a terapeuty pracujícími na odděleních pro poruchy příjmu PK 1. LF UK a motolské nemocnice. Cyklu se zúčastnily čtyři rodiny s dcerou trpící mentální anorexií.

Oproti původní struktuře programu, kdy je úvodní blok čtyřdenní, byla tato část cyklu třídní. Vedení úvodního bloku a některých z následných jednodenních setkání se ujal dr. Ivan Eisler, který zároveň poskytoval terapeutům supervizi. Během prvního cyklu byli terapeuti seznámeni s principy a metodikou přístupu.

2. Kazuistiky

První cyklus začal v červnu 2004 a skončil kontrolním setkáním v září 2005. Je možné zhodnotit terapeutický efekt posouzením vývoje struktury a dynamiky v zúčastněných rodinách.

Rodina A: V této rodině trpěla mentální anorexií mladší dcera, starší dcera má naopak mírnou nadváhu. U dcery s mentální anorexií se objevovaly občasně epizody přejídání a zvracení, které se již po dvou setkáních podařilo zcela eliminovat. Její podváha nebyla nikdy kritická (nejnižší BMI 16,5) a během patnácti měsíců došlo k nárůstu hmotnosti o tři kilogramy. V rodině vždy fungovala komunikace a podporující interakční klima. Terapeutickým cílem bylo kromě normalizace hmotnosti zvýšení četnosti společných rodinných jídel a redukce tenze a následných konfliktů vznikajících při stravování v rodině. Tento cíl byl splněn a všichni členové hovoří o pozitivních změnách, ačkoliv dcera stále nedosáhla odpovídající hmotnosti.

Rodina B: Tato rodina představuje terapeutický ideál. Mentální anorexií zde onemocněla opět mladší dcera. V určitých fázích byla její podváha kritická. Vzhledem k prepubertálnímu počátku nemoci byl ohrožen další somatický vývoj. Během

cyklu, kdy dcera byla také v intenzivní péči psychiatra, došlo k výraznému zlepšení ve všech oblastech individuálního i rodinného života. Hmotnost se zcela normalizovala a došlo i k obnově somatického vývoje. V rodině panovaly napjaté vztahy, především mezi mladší dcerou a otcem. Došlo k výraznému zlepšení. U dcery byly patrné perfekcionistařské rysy. Kladla na sebe vysoké nároky především ve studijních výkonech. Postupně se dokázala nadále více věnovat pro ni důležitým předmětům a v ostatních od sebe nepožadovala vynikající prospěch. Podařilo se jí významně rozšířit své mimoškolní zájmy a zapojit se do společenského života.

Rodina C: Tato rodina je, bohužel, opakem předchozí popsané. Dcera s mentální anorexií je jedináček. Rodiče jsou velmi pečliví, zejména matka je až úzkostlivě starostlivá. Dcera má kritickou podváhu a během cyklu vícerodinné terapie došlo k dalšímu poklesu hmotnosti (až na BMI 12). Většiny setkání se zúčastnili pouze rodiče, dcera odmítala a na setkání přišla pouze tehdy, byla-li její účast podmínkou další hospitalizace na oddělení pro poruchy příjmu potravy. Během cyklu i v době po jeho skončení prošla opakovanými hospitalizacemi na jednotkách v Praze a v Brně. Pokoušela se o studium na vysoké škole, bydlela na koleji, avšak po několika měsících musela studium ukončit. V jejím chování a tendencích je patrná snaha o separaci od rodičů, zejména od matky. Pozitivní změnou v rodině je snížení frekvence konfliktů mezi rodiči a oni sami jako přínosnou hodnotí psychoedukaci, která jim pomohla porozumět chování dcery. Prognóza vývoje nemoci je spíše negativní.

Rodina D: Zde trpí mentální anorexií znovu mladší dcera. Avšak i u starší dcery je možné vzhledem k její značné štíhlosti a patrné manipulaci s jídlem usuzovat na nezdravé jídelní chování. Během cyklu došlo k markantnímu nárůstu hmotnosti, avšak po krátké době dcera opět výrazně zhubla. Léčbu komplikoval nechápavý postoj otce, který odmítal anorexií vidět jako vážnou chorobu. V rodině chyběla společná jídla, rodiče neměli přehled o tom, jak se dcery stravují. Pokud si rodina měla připravit vlastní jídlo, byly pokrmy velmi dietní a výhradně vegetariánské. Pozitivní změnou byl návrat dcery ke studiu vysoké školy. Začala také pracovat na umělecké mozaice, kterou měla vytvořit na zakázku.

ZÁVĚR

Nyní pokračuje vícerodinná terapie druhým cyklem, kterého se účastní opět čtyři rodiny. Ivan Eisler, který vedl první cyklus, je v současné době supervizorem terapeutického týmu. V souladu

s výzkumem efektivity přístupu ukončeným v nedávné době ve Velké Británii, probíhá srovnatelný kvalitativní výzkum také u nás. Jeho předběžné závěry budou průběžně publikovány. Primárním cílem výzkumné práce je vytvořit kvalitní a klinicky ověřený program, který bude snadno použitelný v praxi a zároveň bude odpovídat charakteru českých rodin. Druhým cílem výzkumného projektu je srovnání výsledků zahraničních studií s výsledky léčby získanými v Čechách.

Cílem terapeutického týmu je začlenění vícero-
dinné terapie do komplexní péče o pacienty s poruchami příjmu potravy jako uznávanou

efektivní metodu snadno dostupnou pro všechny rodiny, pro které může být účinnou formou pomoci.

Poděkování

*Podmínkou organizace vícero-
dinné terapie je kvalitní spolupráce celého týmu. Proto bychom rádi poděkovali všem zúčastněným terapeutům: MUDr. Pavle Hellerové, MUDr. Petře Uhlíkové, PhDr. Lucii Pelkové, Ph.D., Mgr. Daně Jandourkové, PhDr. Janu Soukupovi, MUDr. Vladimíru Kmochovi, Danielu Doležalovi a sestře Ireně Spurné.*

LITERATURA

1. **Asen, E.:** Multiple family therapy: an overview. *Journal of Family Therapy*, 24, 2002, pp. 3-16.
2. **Čermák, I., Miovský, M.:** Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno, Psychologický ústav AV ČR, 2002.
3. **Dare, Ch., Eisler, I.:** A multi-family group day programme for adolescent eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 8, 2000, pp. 4-18.
4. **Eisler, I.:** Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In: Krch, F. D.: Poruchy příjmu potravy. Grada, Praha, 2005.
5. **Eisler, I.:** Efficacy of individual and family psychotherapy in anorexia nervosa (Účinnost individuální a rodinné psychoterapie u mentální anorexie). 4. mezinárodní a mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy, Praha, 2003. *Čes. a slov. Psychiat.*, suppl. 1, 2003, s. 33.
6. **Eisler, I.:** A multi-family group day treatment programme for adolescents. 3. mezinárodní a mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy. Praha, 2001. *Abstrakt Book*.
7. **Eisler, I.:** Family and individual therapy in anorexia nervosa. A 5-year follow-up. *Arch. Gen. Psychiatry*, 54, 1997, pp. 332-335.
8. **Gjuričová, Š., Kubička, J.:** Rodinná terapie. Systemické a narativní přístupy. Praha, Grada, 2003.
9. **Chudobová, P., Papežová, H., Sekot, M., Klecanda, A.:** Možnosti a limity léčby pacientů s poruchami příjmu potravy formou denního stacionáře v České republice a v zahraničí. *Čes. a slov. Psychiat.*, 101, 2005, s. 207-213.
10. NICE (2004) Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders *National Institute for Clinical Excellence, National Clinical Practice Guideline*. The British Psychological Society and Gaskell, London.
11. **Papežová, H.:** Anorexia nervosa. Praha, Psychiatrické centrum, 2000.
12. **Papežová, H., Tomanová, J.:** Vicerodinná terapie v České republice – první zkušenosti kurzu. *Čes. a slov. Psychiat.*, Supl. 1, 2005, s. 53-55.
13. **Scholz, M. et al.:** Multiple family therapy for anorexia nervosa: concepts, experiences, results. *Journal of Family Therapy*, 27, 2005, pp. 132-141.
14. **Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J.:** The family approach to dieting disorders. PMA Publishing Corp., New York, 1989.

Dodáno redakci: 24. 5. 2006

Po skončení recenzního řízení: 27. 6. 2006

*Mgr. Jana Tomanová
Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Ke Karlovu 11
128 00 Praha 2*