

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Studijní program: Doktorský studijní program v biomedicíně

Studijní obor: Lékařská psychologie a psychopatologie



**Mgr. Jana Tomanová**

**Vícerodinná terapie v léčbě poruch příjmu potravy**

(zavedení do praxe v České republice a pilotní ověření účinnosti)

Multifamily Therapy in the Treatment of Eating Disorders

Dizertační práce

Školitelka: Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Praha, 2011

## **Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem řádně uvedla a citovala všechny použité prameny a literaturu. Současně prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

Souhlasím s trvalým uložením elektronické verze mé práce v databázi systému meziuniverzitního projektu Theses.cz za účelem soustavné kontroly podobnosti kvalifikačních prací.

V Praze, 29. 03. 2011

.....

JANA TOMANOVÁ

## Identifikační záznam:

TOMANOVÁ, Jana. Vícerodinná terapie v léčbě poruch příjmu potravy [*Multi Family Therapy in the Treatment of Eating Disorders*]. Praha, 2010. ?? s. 4 příl. Dizertační práce (PhD.). Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Psychiatrická klinika. Školitelka Papežová, Hana.

## Poděkování

Vícerodinnou terapii poruch příjmu potravy jsme v roce 2004 zkusili jen nesměle, protože ve světě začala být velmi populární. V našich podmínkách jsme si zprvu nemohli dovolit velké ambice. To, že ji dnes považujeme za rovnocennou formu léčby, kterou můžeme nabízet pacientům a jejich rodinám, je zásluhou velkého týmu nadšených jedinců. A těm chci na tomto místě poděkovat.

Především děkuji své školitelce Prof. MUDr. Haně Papežové, CSc. za nejen odbornou, ale především lidskou podporu a vedení během mého působení v Centru pro poruchy příjmu potravy i během celého programu vícerodinné terapie. Poděkování patří terapeutickému týmu, který rodinám poskytl maximální možnou péči a ta se odráží na výsledcích a závěrech v předkládané práci. Velký dík patří MUDr. Pavle Hellerové, MUDr. Petře Uhlíkové, PhDr. Lucii Pelkové, Mgr. Danuši Jandourkové, Mgr. Janu Kulhánkovi, Mgr. Tereze Štěpánkové, PhDr. Milanu Demjanenkovi, MUDr. Vladimíru Kmochovi, sestře Ireně Spurné a všem těm, kteří jakkoliv přispěli k průběhu terapeutických cyklů.

Zvláštní poděkování patří profesoru Ivanu Eislerovi, který je jedním z autorů modelu vícerodinné terapie. Trpělivě nás seznámil a vyškolil v této metodě a nadále terapeutickému týmu poskytuje pravidelnou a nesmírně cennou supervizi, která je především motivací pro další práci.

Pozornost si zaslouží i pacienti a jejich rodiny, které se rozhodly zvládnout nemoc tímto způsobem a mnozí z nich i s odstupem let přicházejí, aby dalším rodinám dodali odvahu pro nelehký boj s poruchou příjmu potravy.

Bez podpory blízkých – rodiny a partnera – by práce na projektu vícerodinné terapie byla o mnoho těžší, ne-li nemožná. Proto i jim ze srdce děkuji.

## Obsah

### 1. Teoretická část ... 1

#### 1.1 Poruchy příjmu potravy – východiska pro terapii ...1

##### 1.1.1 Zvláštnosti, požadavky a rizika v terapii poruch příjmu potravy ... 2

##### 1.1.2 Principy péče o pacienty s poruchami příjmu potravy ... 3

##### 1.1.3 Úrovně péče o pacienty s poruchami příjmu potravy ...

##### 1.1.4 Hlavní psychoterapeutické přístupy k léčbě poruch příjmu potravy

#### 1.2 Poruchy příjmu potravy v kontextu rodiny

##### 1.2.1 Rizikové faktory v rodině

##### 1.2.2 Důsledky poruchy příjmu potravy pro rodinu

#### 1.3 Rodinná terapie

##### 1.3.1 Od jedince k systému

##### 1.3.2 Vývoj a různorodost rodinné terapie

##### 1.3.3 Rodinná terapie v Čechách

##### 1.3.4 Rodinná terapie a poruchy příjmu potravy

##### 1.3.5 Výzkumy v oblasti rodinné terapie poruch příjmu potravy

#### 1.4 Vícerozodinná terapie

##### 1.4.1 Historie vícerozodinné terapie

##### 1.4.2 Principy a cíle

##### 1.4.3 Vícerozodinná terapie v léčbě poruch příjmu potravy

##### 1.4.4 Terapeutické fáze

##### 1.4.5 Struktura a organizace terapeutického cyklu

##### 1.4.6 Indikace a kontraindikace vícerozodinné terapie

##### 1.4.7 Studie efektivity vícerozodinné terapie

### 2. Klinická část – vícerozodinná terapie v Čechách

## 2.1 Terapeutický tým

## 2.2 Vývoj a utváření českého modelu vícerodinné terapie

### 2.2.1 Komunikace s rodinami a jejich výběr

### 2.2.2 Nácvik dovedností a autorská supervize

### 2.2.3 Odlišnosti českého přístupu

## 2.3 Struktura programu a metodické otázky

### 2.3.1 Terapeutický cyklus

### 2.3.2 Terapeutický den

### 2.3.3 Společné stravování jako terapie

### 2.3.4 Výběr terapeutických technik a nástrojů

## 3. Výzkumná část

### 3.1 Cíl výzkumu efektivity vícerodinné terapie

### 3.2 Výzkumné otázky

### 3.3 Metodologie

#### 3.3.1 Zkoumaná skupina

#### 3.3.2 Harmonogram a struktura výzkumu

#### 3.3.3 Kvalitativní metody

#### 3.3.4 Kvantitativní metody

#### 3.3.5 Etické aspekty

#### 3.3.6 Limity výzkumu

## 3.4 Výsledky

### 3.4.1 Práce s daty

### 3.4.2 Analýza dat

### 3.4.3 Diskuze

## 4. Závěry

### 4.1 Shrnutí

### 4.2 Výhled a navazující záměry

## 5. Souhrn

## 6. Abstract

## 7. Literatura

Přílohy: 1 - 4

Curriculum vitae

Autorské publikace

## 1. Teoretická část

### 1.1 Poruchy příjmu potravy – východiska pro terapii

Poruchy příjmu potravy dnes navzdory klasickému diagnostickému dělení (dle ICD 10 a DSM IV) chápeme spíše jako kontinuální spektrum od obezity přes psychogenní přejídání, bulimii až po restriktivní anorexii, jehož protikladem je zdravý jedinec s přiměřeným příjmem potravy, standardním jídelním chováním a optimální tělesnou hmotností (Papežová, 2002). Podobná variabilita je i v anamnézách jednotlivých nemocných. Je běžným jevem, že pacient si projde různými podobami poruchy příjmu potravy, zpravidla od restriktivní anorexia nervosa po bulimia nervosa nebo záchvatovité přejídání spojené s nadváhou až obezitou. I tento fakt se podílí na obtížné léčbě, velkém procentu relapsů a celkově neuspokojivé statistice plného uzdravení (Stárková, 2005). K závažnosti etiologického a prognostického obrazu poruch příjmu potravy přispívají rizika spojená se somatickými komplikacemi, vysoká mortalita (dvojnásobná oproti ostatním psychiatrickým pacientům), stále se rozšiřující věkové rozpětí nemocných, podceňování prvních příznaků okolím jedince i lékaři primární péče nebo zdlouhavý a snadno chronifikující průběh podporovaný nedostatkem náhledu a motivace pacientů (Papežová, Uhlíková, Hellerová & Tomanová, 2005).

Poruchy příjmu potravy patří mezi nejčastější psychiatrické diagnózy v adolescenci (Krch, 2007), ačkoliv epidemiologické studie provedené v západních zemích Evropy a v USA ukazují na stagnující incidenci (Pavlová, 2008). V zemích střední a východní Evropy zatím rozsáhlejší epidemiologická studie chybí, ale lze doufat v analogický vývoj. Dostupné, metodologicky kvalitní studie se zaměřují především na základní diagnózy, anorexia a bulimia nervosa, popřípadě soubor symptomatických jednotek souhrnně označovaných EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified). Avšak do skupiny je třeba zahrnout i nové fenomény, které jsou často považované za normální projev zdravého životního stylu a ve svém důsledku zlehčovány. Ortorexia, drunkorexia a bigorexia představují stejné nebezpečí jako tradičně uznávané poruchy příjmu potravy (Kulhánek, 2008). Podobně



žádoucí je přehodnotit pohled na poruchy příjmu potravy jako na nemoc téměř výhradně žen. Roste počet mužů se subklinickými nebo plně rozvinutými symptomy a stále častěji se vyskytující Adonis komplexem (Kmoč & Papežová, 2006).

Vzhledem k mediálnímu a veřejnému zájmu o poruchy příjmu potravy je třeba čelit mnoha eticky diskutabilním momentům. Původně dobře míněná osvěta může v mediálním obrazu vyvolávat fascinaci, senzacechtivost, a dokonce oslavování těch, kteří se svou nemocí vystoupí a otevřeně o ní hovoří. I přes množství dostupných informací je laické i mediální povědomí o těchto poruchách často zavádějící a proměnlivé podle aktuální společenské poptávky. V odborné literatuře může přispět k tomu, že samotná klinická léčba a trpělivý a profesionální přístup zůstávají v pozadí za „honbou“ za impact faktory (Papežová, 2007).

#### 1.1.1 Zvláštnosti, požadavky a rizika v terapii poruch příjmu potravy

Odborníci jsou si vědomi výše uvedených skutečností i jejich významu pro efektivní léčbu. Jsou vystaveni zodpovědnosti za správnou volbu terapeutické intervence, respektive kombinace různých intervencí a forem terapie. Ryze somatická léčba zaměřená na jednotlivé symptomy poruchy (hmotnost, BMI, frekvence zvracení, abusus laxativ a diuretik, somatické poškození...) bez následné psychoterapeutické péče není dostačující (Fraňková & Dvořáková-Janů, 2003). Je nezbytné stanovit kvalitní terapeutický plán, který je komplexní, zajištěný specializovanými pracovišti, zvažující možná rizika a individuální rysy pacienta a působící na několika úrovních, a to postupně i současně (Garner, 2005). Terapeutický plán musí rovněž respektovat a brát v úvahu nejnovější vědecké poznatky, zejména z oblasti etiologie.

- *Etiologie*

Díky rozvoji mikrobiologických disciplín a genetického inženýrství došlo ke změně náhledu na příčiny poruch, do té doby vnímaných jako „nemoci volby“ (Bulik, 2005). Byly identifikovány geny a jejich vzájemné kombinace, které mohou ovlivnit vývoj poruchy příjmu potravy. Jsou známy účinky orexigenních (chuť zvyšujících) a anorexigenních (chuť

snižujících) látek, především hormonů a neurotransmiterů (Papežová, 2002). Souhra mikrobiologické, genetické a environmentální zátěže je jedním z faktorů proměňujícího se pohledu na průběh a léčbu těchto diagnóz (Bulik, 2005).

- *Somatická rizika*

Každá tělesná komplikace vede ke zhoršení průběhu poruchy a ovlivňuje i její prognózu. K nejčastějším somatickým komorbiditám patří diabetes mellitus I. a II. stupně, epilepsie nebo sclerosis multiplex. Většina tělesných obtíží se stupňuje s klesající hmotností, ale i pacienti s normální hmotností mohou být ohroženi akutními a nepredikovanými zdravotními komplikacemi. Riziko představuje i možnost náhlého úmrtí, které není vždy spojeno s podvýživou, ale vedle suicidia jsou hlavními příčinami srdeční zástava, orgánové selhání nebo infekce (Papežová, 2002).

- *Psychiatrická komorbidita*

Psychiatrická komorbidita je poměrně častým jevem. Nejčastěji v oblasti emocionality, u 20 % patientek s anorexia nervosa a 40 % patientek s bulimia nervosa se objevují depresivní nebo úzkostné příznaky (Hsu, 1990). Symptomy deprese bývají vysvětlovány jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s malnutricí, nepřiměřenou kontrolou nebo naopak s neschopností se kontrolovat. Většina depresivních a úzkostných příznaků je přímo spojena s obavami o postavu a tělesnou hmotnost (Krch, 2005). Studie hladovějících dobrovolníků prokázala souvislost mezi malnutricí a poruchami nálady. Po několika týdnech signifikantně vzrostlo u hladovějících mužů skóre deprese v MMPI (Keys, Brozek, Heuschel, Mickelsen & Taylor, 1950). Významnou skupinu komorbidit tvoří poruchy osobnosti. Nejčastější poruchou osobnosti u anorexia nervosa je dle metaanalytické studie Fishera (2003) obsedantně-kompulzivní porucha, která se vyskytuje u 12 % sledovaných dívek (Krch, 2005). Hraniční osobnost nacházíme spíše u nemocných s bulimia nervosa, a to dle různých studií shromážděných Popem a Hudsonem (1989) u 0 až 42 % případů (Krch, 2005). Je třeba zdůraznit obtížnost výzkumu osobnostní

psychopatologie v souvislosti s poruchami příjmu potravy, neboť nelze spolehlivě odhadnout nemorbidní osobnost před rozvojem narušeného jídelního chování (Hsu, 1990).

Impulzivita, nutkavost a kolísavá sebekontrola vedou ke spojitosti poruch příjmu potravy s jinými formami závislostí, nejčastěji na alkoholu a nealkoholových drogách. V názorech na vztah obou skupin poruch převažuje multifaktoriální a multimodální pojetí (Krch, 2005).

Fenoménem se vzrůstající tendencí je sebepoškozování. Samy poruchy příjmu potravy bývají vnímány jako jedna z forem trestání se, kam někteří autoři zařazují i zvracení, hladovění, excesivní cvičení, zneužívání laxativ apod. Nejčastějším vysvětlením sebepoškozování je regulace intenzivních negativních emocí nebo snaha ulevit si od nepříjemných dissociativních stavů znecitlivění či odpojení se od reality. U těžkých forem poruch příjmu potravy se sebepoškozování vyskytuje až u 64 % pacientů, převážně ve formě řezání, pálení se, škrubání vlasů. Varovné a nezřídka opomíjené je vysoké riziko suicidia (Malá, 2006). Zhruba 25 % sebepoškozujících se pacientů s poruchou příjmu potravy splňuje kritéria poruch osobnosti. Nejvyšší procento (54 %) sebepoškozování je v případě kombinace bulimia nervosa a alkoholového abusu. Každý z těchto jevů je obtížně léčitelný a ve vzájemné kombinaci představují terapeuticky těžko uchopitelný problém komplikovaný vysokou mírou impulzivity. Léčebná doporučení zdůrazňují mnohostranný přístup, který zahrnuje kognitivní restrukturuaci problému, psychodynamickou terapii, interpersonální, skupinovou a rodinnou terapii a farmakoterapii (Sansone, Levitt & Sansone, 2003).

- *Psychosociální zátěž*

Psychosomatické poruchy bývají dávány do souvislosti s psychosociálním stresem. Psychoanalytická literatura uvádí vlivy nejistých raných vazeb s matkou, problematický proces separace nebo konfrontaci se sexuálními tématy (Kocourková & Kotek, 2001). Terapeuti musí být připraveni na možnost externalizace původně zatajovaných komplikací nebo traumat. Mezi nejčastěji zmiňované patří sexuální zneužívání nebo fyzické týrání v dětství či adolescenci. Literatura uvádí značně rozdílné údaje dané především složitou povahou onemocnění, různým náhledem na zneužívání a týrání a také obtížností screeningu

těchto sociopatologických jevů. Přesto je možné vyvodit některé závěry. V anamnéze pacientek s poruchami příjmu potravy se sexuální zneužití nebo obtěžování objevuje ve vyšší míře, ve srovnání s obecnou populací. Diagnóza bulimia nervosa je s pohlavním zneužitím spojená častěji než restriktivní forma anorexia nervosa (Vandereycken & Vanderlinden, 1997).

- *Přesmyk diagnóz a relaps*

Další riziko představuje přesmyk do jiné formy poruchy příjmu potravy. U tělesně a hmotnostně stabilizovaného pacienta může dojít k záchvatům přejídání, purgativnímu chování, obézní pacient dosáhne vlivem excesivního držení diet neadekvátně nízké hmotnosti. Až 50 % pacientů přechází z anorexia nervosa do bulimické symptomatiky. Biologický vztah obou pólů poruch není prozatím možno adekvátně vysvětlit. Během života jedince může dojít k střídajícím se epizodám převažující bulimické nebo anorektické symptomatiky (Stárková, 2005).

S tím souvisí vysoké riziko relapsu, který je u poruch příjmu potravy, stejně jako u jiných závislostí, častý (u 30 – 50 % případů). I s touto možností je třeba během terapie pracovat a na relaps pohlížet jako integrální součást procesu změny (Papežová & Uher, 2002).

Výše uvedená rizika a z nich vyplývající požadavky na terapeutickou intervenci jsou hlavními motivy pro komplexní, diferencovanou terapii, jejíž cíle začínají u záchrany života, udržení pacienta v léčbě, pokračují prací na odstranění symptomů a zvyšováním kvality života, až k celkové remisi a podpoře rozvoje osobnosti v dalších osobních a sociálních oblastech pacienta.

### 1.1.2 Principy péče o pacienty s poruchami příjmu potravy

Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy probíhá na několika vzájemně propojených úrovních, v nichž je vždy nutné dodržet základní principy.

- *Interdisciplinární spolupráce s ohledem na možná rizika*

Závažnost a diagnostický obraz poruch příjmu potravy kolísají od lehkých forem bez komorbidit až po dlouhodobě kritické stavy s vysokým stupněm ohrožení života a trvale s problematickou motivací pacienta. Psychiatr je přítomen vždy a podle potřeby a uvážení se do terapie zapojují internisté, specializovaní lékaři, zejména endokrinologové, gynekologové a stomatologové, nutriční specialisté, psychologové nebo sociální pracovníci (Papežová, 2006). V případech ambulantní nebo následné péče je vhodné využít pomoci pedagogických pracovníků.

- *Koordinace léčby*

V primární péči lze řešit především somatické komplikace, provést diferenciální diagnózu a pacientku odkázat na specializované pracoviště, popřípadě s diagnózou a její závažností seznámit rodinu (pokud je pacientka nezletilá). Stabilizace zdravotního stavu umožňuje intenzivnější psychoterapii, psychoedukaci a nutriční rehabilitaci. Terapeutický plán počítá s postupným přezarováním pacientky do různých úrovní léčby, od hospitalizace po následnou a doléčovací terapii, a to i ve směru opačném, v případě náhlého zhoršení stavu (Garner, 2005).

- *Psychoedukace pacienta a jeho blízkých*

Psychoedukace je nedílnou součástí všech forem léčby a neměla by být opomíjena žádným z psychoterapeutických modelů. Zřejmě nejpropracovanější psychoedukativní intervenci nabízí kognitivně behaviorální terapie, ať už ve formě skupinové, individuální ambulantní terapie nebo svépomocných manuálů (Fairburn, 2005). Psychoedukace se uplatňuje i v dalších terapeutických konceptech. Zejména rodinná terapie klade důraz na důkladné seznámení blízkých o příznacích, průběhu, léčbě i možných následcích poruch příjmu potravy. Důležité je také zodpovědět případné další otázky blízkých, zejména eliminovat

pocity viny, strach ze selhání a podpořit rodinné příslušníky v jejich kompetencích (Eisler, 2005).

- *Monitorování symptomů a bezpečnosti léčby*

Zejména v případě dlouhodobější stagnace v terapii je třeba zvážit změnu v léčebném postupu. Symptomy je třeba průběžně reflektovat a podrobovat měřitelnému hodnocení (vážení, krevní testy, krevní tlak a puls, hydratace, elektrolyty a otoky). Nelze se spokojit pouze s výpověďmi pacienta. Jejich zkreslení nebo nepravdivost jsou jedním ze symptomů (Papežová, 2006).

- *Prevence relapsu*

V neposlední řadě musí být terapeut připraven na kolísající motivaci až vyhýbání se terapii, a s tím související lhaní a podvádění, které komplikují další spolupráci (Garner, 2005). Léčba těchto pacientů je zdlouhavá a náročná i na osobnostní kvality a specializované dovednosti terapeuta. Nelze zatím spolehlivě predikovat průběh léčby ani její úspěšnost, naopak je vhodné počítat se střídatým zhoršováním a zlepšováním pacientova stavu. Zejména u mentální bulimie odborníci poukazují na značnou terapeutickou rezistenci bulimické symptomatiky a na problematické otázky zapojení rodin do léčby. Je třeba pomoci rodinám pochopit jejich limity v zodpovědnosti za chování pacienta, přijmout fakt, že ho nemohou kontrolovat, pokud on sám nechce, ale zároveň jeho chování nemusejí tolerovat. Bulimické chování bývá někdy popisováno jako koníček a nástroj pro vymezení vlastní identity (Schwartz, Thompson & Johnson, 1985). I proto jsou do léčby často zahrnuty paradoxní techniky jako plánování přejedení a zvracení, vyhazování čerstvých a nedotčených potravin jako analogie ke zvracení, technika řeckého sboru, příprava na mnohočetný relaps apod. (Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989).

### 1.1.3 Úrovně péče o pacienty s poruchami příjmu potravy

Standardní výběr úrovně péče představuje ambulantní, stacionární léčba a hospitalizace. Volbu ovlivňují především somatický stav pacienta a jeho motivace. Hospitalizace může být zajištěna na metabolických jednotkách, jednotkách intenzivní péče interních oddělení nebo ve specializovaných psychiatrických zařízeních. Ambulantní péče je metodou volby u lehčích a vysoce motivovaných případů, nebo u pacientů, kteří již absolvovali hospitalizaci nebo pobyt v denním stacionáři (Papežová, 2006).

Doplňujícími možnostmi jsou svépomocné příručky vhodné pro nejlehčí a počáteční příznaky, doléčovací skupiny, kluby, diskuzní a podpůrné skupiny pro rodiče a partnery pacientů (Garner, 2005). V poslední době se nabídka rozšiřuje o internetové poradenství formou psychoedukativních a podpůrných, terapeutem moderovaných skupin (Kordy, Golkaramnay, Bauer & Haug, 2005) nebo využití textových zpráv například v boji proti dětské obezitě (Shapiro, Bauer, Kordy & Bulik, 2005). Dle doporučení National Institute of Health and Clinical Excellence Guidelines by měla být dětem a adolescentům nabízena především léčba formou specifické rodinné terapie zacílené na léčbu mentální anorexie, případně dalších restriktivních forem poruch příjmu potravy. Ta má ve standardech označení účinnosti B, zatímco další formy léčby mentální anorexie jsou označeny stupněm C (NICE, 2004).

### 1.1.4 Hlavní psychoterapeutické přístupy k léčbě poruch příjmu potravy

V léčbě poruch příjmu potravy neexistuje jedinečný, univerzální a jasně strukturovaný model, výzkumem i praxí uznaný jako efektivní pro všechny varianty onemocnění. Klíčovými faktory v léčbě jsou značné zkušenosti terapeuta s těmito pacienty, terapeutická pokora a trpělivost. Ty jsou často důvodem, proč mnoho odborníků odmítá pacienty s poruchami příjmu potravy léčit, nebo jsou naopak považovány za jednu z příčin neúspěšné léčby.

- *Kognitivně-behaviorální terapie*

Běžně uznávanou léčbou se stala kognitivně-behaviorální terapie (KBT). Fairburn a jeho spolupracovníci v 90. letech minulého století vytvořili úspěšný model pro léčbu bulimie

nervosa. Jeho hlavními body jsou: 1. vedení záznamů o jídle a purgativních epizodách, 2. vážení, 3. změna jídelního schématu, 4. kognitivní restrukturační s cílem změnit dosavadní chybné návyky a 5. prevence relapsu. Pro potřeby pacientů s anorexia nervosa je třeba schéma modifikovat a zejména se zaměřit na kognitivní práci se strachem, motivací a na spolehlivý terapeutický vztah. Výhodou KBT je paralelní práce na normalizaci jídelních návyků a na změně nebezpečných postojů a negativního sebepojetí (Fairburn, 2005).

- *Interpersonální terapie*

Interpersonální terapie je účinná především ve spojení s dalšími modely, zejména KBT. Je žádoucí, aby při léčbě byl použit model interpersonální terapie přímo pro poruchy příjmu potravy, účinnost jiných forem interpersonální terapie je diskutabilní. Tento přístup se zaměřuje především na identifikaci mezilidských vztahových problémů, které mohly vést k problémům s jídlem, a tedy na zdánlivý odklon od behaviorálních projevů ve vztahu k jídlu a hmotnosti. Omezení pozornosti na vlastní tělo, jídlo a purgativní chování je efektivní především u bulimické symptomatiky (Garner & Garfinkel, 1997).

- *Psychoanalytické teorie*

Psychoanalytické modely léčby poruch příjmu potravy vycházejí z psychoanalytických teorií a škol. Jejich většinovým shodným předpokladem je základ onemocnění v dětství, v raných zážitcích a vztazích s blízkými osobami, především s matkou. Je třeba zdůraznit, že většina tvrzení pochází nikoliv z empiricky odvozených závěrů, ale především z klinických zkušeností a teoretického vhledu. Anorexia nervosa je klasickou psychoanalýzou vysvětlována pudovou teorií, obrannými mechanismy ega před superegem nedovolenými pudovými žádostmi. Freud sám se přímo poruchám příjmu potravy nevěnoval, ale popsal případ mladé matky s mentální anorexií, kterou spojoval tradičně s hysterií (Jeammet, Chabert, 1998). Pozdější psychoanalytici (například Berlin a Waller) hovoří o obraně před sexuálními, orálně masochistickými nebo kanibalskými fantaziemi. Od původních teorií se později odchýlili autoři zdůrazňující význam objektních vztahů, separačního a individuálního procesu nebo narcismu. Psychoanalýza byla kritizována jako monotematická a nedostatečně



efektivní u poruch příjmu potravy (Kocourková, 2005). Výraznou postavou kritiky byla Hilda Bruch, která vyšla z orientace H. S. Sullivana. Za klíčový faktor vývoje poruchy příjmu potravy považovala vztah matky a dcery, u které se později vyvine porucha příjmu potravy. Matky pacientek s mentální anorexií jsou méně schopné zacházet se signály kojence, například krmí dítě vzorně, ale jen tedy, mají-li samy hlad. Dítě se tak naučilo rezignovat na vlastní potřeby, bylo ohroženo v budování vlastních hranic a vyhýbalo se konfliktům s matkou. Neprošlo dostatečně separačně-individuačními procesy a zůstávalo psychologicky závislé na rodičích (Bruch, 1973).

Některé další poznatky, například teorie separačně-individuačního procesu M. Mahlerové nebo self-analýzy a narcistické osobnosti Heinze Kohuta, jsou inspirativní dodnes, a to nejen v psychoanalytické praxi. Dítě s mentální anorexií často prožívá strach z opuštění matkou v klíčové fázi separačně-individuačního procesu – ve fázi „znovupřiblížení“. S matkou zůstává ve zvláštní, hostilní a ambivalentně prožívané závislosti. Tento vztahový model pak opakuje v dalších vztazích s emocionálně blízkými osobami (Fischer, 1989). Selfpsychologický přístup vycházející z práce Heinze Kohuta nahlíží na mentální anorexii jako na jednu z hlavních patologických forem self. Jde v ní o chronicky porušené empatické propojení mezi rodičem a dítětem. Rodiče nedostatečně vnímají potřeby dítěte a jeho pocity, respektive nejsou schopni informace vysílané dítětem správně vyhodnotit a reagovat na ně. Opakovaně nedostatečné nebo nevhodné uspokojování potřeb a zrcadlení emocí dítěte vedou k narušené integritě self. Empatie je chápána jako prostředek pro psychologické přežití self. Jestliže se dítě necítí pochopeno, bojí se vstupovat do vztahů, projevovat se v nich kreativním, sebevědomým způsobem. Orientuje se v nich s menší jistotou než dítě, jemuž prožitek pochopení ze strany rodičů nechybí. Podobně dítě, které vyrůstá v empaticky nenaplněném vztahu s rodiči, prožívá vztah k sobě samému a ten se i se svými důsledky promítá do poruchy příjmu potravy (Geist, 1989).

Psychoanalýza se snažila vyrovnat i s odlišnostmi mezi mentální anorexií a bulimií. Považuje je většinou za dva projevy téhož. Zatímco pacientky s anorexií mají typické

obsedantní rysy spojené s rigidním superegem, u bulimických pacientek nacházíme projevy zvýšené imluzivity a nedostatečně kontrolující superego. Stěžejním terapeutickým nástrojem je vztah mezi pacientkou a terapeutem, přenosová a protipřenosová témata a obranné mechanismy (Kocourková, 1997).

- *Motivační terapie*

Vzrůstající význam má motivační terapie. Podobně jako u pacientů zneužívajících návykové látky, i u poruch příjmu potravy je motivace pacienta pro léčbu problematická. Cílem je poskytnutí takových podmínek, které napomůžou zdravému posunu v motivaci jedince. Oproti jiným modelům se motivační terapie ukázala být úspěšná již po několika sezeních. Dle motivačního pohovoru vyvinutého Millerem pro práci s alkoholiky, motivačně působí pochopení klienta terapeutem, jeho potvrzování, zdůrazňování pro-motivačních výpovědí, zdůrazňování možnosti svobodné volby (Papežová, 2000).

- *Rodinná terapie*

Rodinná terapie je klíčovou metodou volby u dětí a adolescentů. Nejsilnější ohlas a uplatnění má systemická rodinná terapie. Na jejích principech a základních myšlenkách je postavena celá řada škol. Chvála a Trapková (2004) používají metaforu rodiny jako sociální dělohy, která respektuje životní cyklus rodiny. Symbolický model ostrov rodiny využívá technik zážitkové modelace a konfrontace s vnitřními a vnějšími hranicemi rodiny a jejích členů a kontextem onemocnění v rodinném systému (Rieger & Vyhnálková, 2001). Dle doporučení léčebných standardů (NICE, 2004) je metodou kategorie B (účinnost prokázaná v randomizovaných kontrolovaných studiích) rodinná terapie zacílená na mentální anorexii a restriktivní formy poruch příjmu potravy. Představení jejích principů, struktury a efektivity je záměrem této práce.

Vůdčí proudy v rodinné terapii přinesly nové pohledy, metody a techniky do léčby psychosomatických poruch. Důraz na význam sociálního okolí jedince, práce s klíčovými vztahy, důraz na komunikaci a respekt k individuálně vytvářené realitě, vedly k odklonu pozornosti od symptomů a "nemocného" jedince k práci s celým systémem, jehož je daný

jedinec součástí. V posledních letech odborníci poukazují na problémy rodin, kde trpí PPP potravou matka. V těchto případech je třeba myslet na možnost postižení dítěte patologickým jídelním chováním matky a zajistit adekvátní intervenci (Papežová, 2010).

Doporučením je kombinace některých modelů, například dlouhodobá KBT bývá spojována s rodinnou nebo interpersonální terapií (Garner & Garfinkel, 1997), pro dospělé pacienty s bulimia nervosa vznikl model systemické KBT (Eisler, 2009).

Přes obrovský současný rozmach rodinné terapie sami rodinní terapeuti upozorňují na některá její úskalí. Nadužívání stigmatizujících výroků o rodinné zátěži může akcentovat negativní rodinné faktory a potlačovat faktory pozitivní. V rodinné terapii lze tomuto jevu zabránit přístupem charakterizovaným přesunem od "léčby rodiny" k "léčbě s pomocí rodiny". Dlouho byla také považována za cíl rodinné terapie změna rodiny, nynější přístupy zdůrazňují mobilizaci uzdravných zdrojů, které může rodina v terapii aktivovat. Hledání etiologického rámce poruchy má stále menší význam, na rozdíl od snahy o pochopení způsobu fungování rodiny a jejích podpůrných mechanismů (Eisler, Lock & Le Grange, 2010). Podpůrné, ochranné i motivační programy pro rodiče, sourozence a další blízké osoby pacientů se musejí stát nedílnou součástí rodinné terapie (Stein, 2007).

## 1.2 Poruchy příjmu potravy v kontextu rodiny

Od počátku zájmu o poruchy stravování byl zdůrazňován vliv rodiny a nejbližšího sociálního okolí nemocného a tento trend s mnoha proměnami vytrval do současnosti (Engeland, van der Ham, van Furth & van Strien, 1995). Byly snahy nalézt vzorec rodiny, která svou strukturou, dynamikou, návyky a styly komunikace působí jako prediktor pozdější poruchy příjmu potravy. Vlivný byl model takzvané „psychosomatické rodiny“, jehož předpokladem byla existence specifického rodinného kontextu a struktury, v nichž se vyvíjejí poruchy příjmu potravy (Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

Objevovaly se pokusy odhalit typické projevy a charakteristiky tzv. „anorexiogenních“ matek, které bývaly hodnoceny jako hyperprotektivní, přehnaně kontrolující, emočně

nestabilní, vyvolávající závislé chování svými ambivalentními postoji a podobně. Mezi kontroverzní teorie patří Frazierovo (1965) oidipovské pojetí matky, jejíž dcera trpí anorexií a která si podvědomě přeje nebo přála smrt své dcery. Psychodynamický model Stierlina a Webera (1981) přirovnává rodinu s anorexií k domu, jehož vnitřní dveře jsou stále otevřené, kdežto vstupní jsou zamčené. Ztráta individuálních hranic, požadavek neustálé reciprocity a emoční svázanost, popřípadě sourozenecká rivalita, jsou podle autorů hlavními predisponujícími faktory anorektického chování dcery. Tyto teorie však nejsou odvozené z klinických studií (Kog & Vandereycken, 1989).

Poněkud opatrnější jsou koncepce dysfunkčních rodinných systémů s určitou interakční patologií. Zmiňovanými tématy jsou výrazná symbióza členů a chybějící prostor pro utváření vlastních zdrojů, rozpoznání skutečných individuálních potřeb (Bruch, 1973). Komunikační vzorce a jejich podoby v rodinách nemocných zpracovala Selvini-Palazzoli (Selvini-Palazzoli, 1974). Identifikovala tři hlavní znaky nebezpečných projevů: přesouvání viny, odmítání zodpovědnosti a přítomnost tajných aliancí dvou členů proti třetímu, kdy nejčastěji rodič využívá spojenectví s dcerou proti druhému z rodičů. Mentální anorexie je v těchto případech řešením či únikem v důsledku těchto projevů. I zde se jedná o kazuistikami podložené závěry a názory, nikoliv o experimentálně ověřená fakta.

V případě bulimia nervosa mnoho teorií přiznává větší vliv environmentálních faktorů na vývoj a průběh onemocnění než u anorexia nervosa. Charakteristické znaky rodiny se pokusil nalézt například Humphrey (1987), který odkazuje na nekvalitní a nepravidelnou péči v raném dětství, využívání výživy k regulaci emotivních projevů dítěte, hostilní projevy a nedostatek fyzického a emočního sdílení mezi blízkými (Steiger, H. & Stotland, 1995). Studie zaměřená na projevy emocí odhalila vyšší míru otevřených konfliktů a demonstraci odmítavých postojů v rodinách pacientů s bulimia nervosa (Szmukler, Eisler, Russell & Dare, 1985). Čeští autoři (Chvála & Trapková, 2007) si povšimli nápadně častého negativního vztahu mezi dcerou s mentální bulimií a jejím otcem.

Zjednodušující koncepty byly zpochybněny především pro sklon hodnotit rodiče a jejich způsob výchovy a vyvolávat v nich pocity viny. To rodinu často ještě více uzavírá vůči okolnímu světu, případně i vůči možné efektivní intervenci. Objevily se méně jednostranné teorie, například koncepční model (Steinglass, Bennett, Wolin & Reiss, 1987). Ten popisuje proces změn v chování a rodinném uspořádání jako reakce na těžkosti spojené s nemocí, která se postupně stává centrálním organizujícím principem. Jednou z mála výzkumem potvrzených etiologických hypotéz je vliv nadměrného kritizování a hodnocení výkonu dítěte rodiči na možný vývoj anorektické symptomatiky (LeGrange, Eisler, Dare & Hodes, 1992).

Autoři sborníku věnovaného vztahu rodinných teorií a poruch příjmu potravy upozorňují na nebezpečí jednostranně zaměřených teorií a zevšeobecňujících vysvětlení. I přes jejich líbivost a zdánlivou logiku je lze považovat pouze za námět a podnět k úvahám o možných souvislostech mezi rodinnou strukturou a dynamikou a psychosomatickými poruchami, nikoliv za spolehlivá etiologická vysvětlení (Vandereycken, Kog & Vanderlinden, 1989).

### 1.2.1 Rizikové faktory v rodině

Teorie etiopatogeneze poruch příjmu potravy se shodují na multifaktoriálním podmínění, zahrnujícím kombinaci genetických determinant, neurobiologie jídelního chování a kontroly váhy, ale také stresu, psychosociálních, rodinných a kulturně společenských vlivů. Psychosociální faktory rodinného vlivu hrající roli ve vývoji, léčbě či trvání nemoci jsou předmětem mnoha studií, avšak jejich význam pro objasnění příčin nebyl doposud spolehlivě prokázán (Krch, 2005). Autorka předkládané práce zastává uvedený názor, že nelze přesvědčivě hovořit o klinicky odvozeném a empiricky podloženém vlivu rodiny na vývoj poruchy příjmu potravy. Je možné jmenovat jevy, které se vyskytují v rodinách s poruchou příjmu potravy častěji než v rodinách, kde onemocnění není přítomno. Takové jevy je pak možné považovat za určité rizikové faktory, nikoliv za prediktory budoucí poruchy příjmu potravy

- *Genetické podmínění*

Neurobiologické studie poukazují na vyšší pravděpodobnost vývoje poruchy u dcery, pokud jí již trpí jiný člen rodiny, nejčastěji matka nebo (Strober, Freeman, Lampert, Diamond & Kaye, 1990). V praxi není ojedinělé, jestliže v rodině trpí poruchou příjmu potravy více než jeden člen rodiny, a tato skutečnost staví následnou terapeutickou práci do zcela nové podoby (Eisler, 2007). Je ovšem obtížné etiologicky odlišit, zda se jedná o vliv rodinných a sociálních vzorců nebo o ryze neurobiologické, především genetické predispozice. Výzkumné závěry (Steiger & Stotland, 1995) potvrzují zvýšenou shodu výskytu anorexia nervosa mezi jednovaječnými dvojčaty (oproti dvojvaječným dvojčatům a ostatním sourozencům).

- *Psychosociální faktory v rodině*

Rizikové faktory související zejména s rozvojem bulimia nervosa, shrnuli Schmidt, Tiller, Hodes a Treasure (1995). Identifikovali častější výskyt alkoholismu a jiných závislostí v rodině, obezitu u příbuzných pacientky, násilí, týrání nebo zneužívání. 40 % pacientek bylo z rozvrácených rodin. Podobné závěry shledali Krch a Faltus, v jejichž studii rodinného pozadí pacientek publikované v roce 1988, bylo 28 % rozvrácených rodin, 60 % pacientek pocházelo z konfliktních rodin a 17 % uvedlo alkoholismus otce (Krch, 2005).

Dietní opatření nebo alternativní výživové směry v rodině mohou patřit mezi další významné rizikové faktory. V rodinách dívek s poruchou příjmu potravy se často objevují přehnané dietní zvyklosti a zásady, zvýšený zájem rodičů o vzhled, hmotnost a postavu (Hill, Weaver & Blundell, 1990). Česká republika patří dle studie HBSC (Young People's Health in Context: International Report from the 2001/2002) ve skupině 34 srovnávaných zemí mezi ty, které vykazují vysoký počet uváděných redukčních diet. Za posledních deset let prudce vzrostl počet dětí a mladistvých, kteří se pokoušejí držet dietu (Krch & Csémy, 2005). Dietní tendence jsou patrné již u předškolních dětí (Chudobová, 2001). Česká výzkumná studie částečně vysvětluje a potvrzuje uvedené skutečnosti signifikantním rozdílem výskytu obezity a dietního chování mezi rodinami pacientek a kontrolní skupinou (Krch & Drábková, 1998).

- *Individuální versus rodinné faktory*

Někteří autoři studií (Steiger & Stotland, 1995) upozorňují, že souhrn rizikových faktorů je možné opatrně zobecnit pouze tak, že poruchy příjmu potravy se vyskytují u jedinců, jejichž rodiny vykazují určité, avšak mnohotvárné, nejednotné formy dysfunkce. Většina aktuálních studií naznačuje, že závažnost rodinné dysfunkce má souvislost spíše s různým stupněm osobnostních poruch pacientů s poruchami příjmu potravy než se stupněm jejich symptomů. Nedostatky v rodinném schématu a funkci jsou rozhodující pro vznik a rozvoj poruchy osobnosti spíše než poruchy příjmu potravy (Krch, 2005).

I přesto, že je obtížné specifikovat, které faktory je možné považovat za rizikové a ve svých důsledcích vedoucí k vývoji poruchy příjmu potravy, klinické dojmy a názory v různé literatuře opakovaně hovoří o některých jevech. Jedněmi z nich jsou perfekcionismus, nadměrná afektivní kontrola a sociální v osobnostním profilu pacienta s mentální anorexií (Strober, 1981) na straně individuálních faktorů a hyperprotektivita, ambivalence a dominance matky a pasivita a emoční odstup otce (Kog & Vandereycken, 1989). Žádné z těchto ani dalších etiologických vysvětlení nebylo empiricky potvrzeno (Krch, 2005).

### 1.2.2 Důsledky poruchy příjmu potravy pro rodinu

Rodinám postiženým chronickým onemocněním, závislostí nebo psychosomatickou poruchou jednoho z jejích členů je věnována velká pozornost. Byly popsány opakující se znaky rodin alkoholiků a změny, ke kterým v rodině díky závislosti dochází. Rodina začíná vytvářet novou strukturu a nachází adaptivní mechanismy, které jí umožňují závažnou situaci přežít (Vanderlinden, Perednia & Vandereycken 1989). V rodinách se závislostí nebo s chronickým onemocněním je možné nalézt několik typických projevů. Nejvýraznějším je poměrně rychlý regulační vliv nemoci, která se stává hlavním organizačním principem vznikajícím na podkladě strachu, úzkosti a pokusů zabránit jejímu postupujícímu vlivu. Dochází k přestavbě struktury vztahů, komunikačních schémat a každodenních stereotypů (Steinglass, 1998).

Uvedené projevy reorganizace rodiny lze nalézt i v případě poruch příjmu potravy. Eisler (Eisler, 2005) popisuje šest hlavních znaků rodiny s poruchou příjmu potravy:

- *Centrální role symptomu v životě rodiny*

Diskuze o jídle a hmotnosti nebo příprava jídel zabírají v rodině stále více času. Aktivity jsou plánovány nebo naopak pozastaveny s ohledem na nemoc.

- *Zúžení časoprostorového vnímání na „ted“ a „tady“*

Budoucnost v rodinách s poruchou příjmu potravy bývá spojena se strachem, tématem vážných zdravotních komplikací nebo dokonce smrti. Proto jsou myšlenky i hovory vztahující se k plánování budoucnosti potlačovány. Zúžuje se prostor, ve kterém se rodina pohybuje podle kritéria bezpečnosti ve vztahu k jídlu. Rodina může přestat jezdit na dovolené, pokud byly spojené s přejídáním nebo naopak hladověním a excesivní tělesnou aktivitou. Kontakt se širším příbuzenstvem nebo známými je omezený. Přetrvávající napětí ovlivňuje motivaci k aktivitám nebo plánům.

- *Rigidita určitých vzorců chování*

I když nelze jednoznačně označit vztahovou strukturu a chování rodiny za rigidní, lze pozorovat určité rutinní projevy. Ty však není možné chápat jako charakteristický rys rodiny, nebo dokonce jako prediktor poruchy příjmu potravy, ale jako důsledek strachu a nejistoty v jednání. Rodiny vědí, že svými určitými stereotypy a projevy nepomáhají vyléčení, ale obávají se, že udělat něco jinak by mohlo znamenat udělat to hůř.

- *Zesílení vlivu funkce rodiny*

V situaci strachu a zraňujících projevů poruchy příjmu potravy jsou některé aspekty rodinné struktury více výrazné. Například pokud je jeden z rodičů s dětmi v méně intenzivním vztahu než druhý rodič, může dojít k odcizení. Hraje-li v rodině význam matka jednoho z rodičů, může být její vliv více znatelný. Je nutné i tyto aspekty chápat jako možný následek krizové situace dané život ohrožujícím onemocněním blízkého, nebo jako součást mechanismů adaptace na tuto situaci. I pro odborníky může být snadné sklouznout k chápání takových



projevů jako stabilního rysu rodiny nebo dokonce faktoru podléjícího se na vzniku a udržení nemoci.

- *Oslabení schopnosti reagovat na aktuální potřeby životního cyklu rodiny*

Každý z členů rodiny má v různých časových etapách jiné potřeby, na které zdravá rodina reaguje a pomáhá mu je uspokojit. V rodinách s chronickým onemocněním bývají potřeby ostatních opomíjeny, podceňovány nebo nedostatečně naplňovány.

- *Ztráta kontroly (bezmocnost)*

Anorexia nervosa bývá popisována v souvislosti s mimořádnou sebekontrolou. Problém nastává, pokud si nemocná dívka všimne, že svou nemocí může kontrolovat a ovládat celou rodinu, vztahy, aktivity, komunikaci i emoce. Rozdíl v rozložení kontroly v rodině je umocněný častými výpověďmi ostatních členů o pocitu ztráty kontroly nad vlastním životem.

Všechny uvedené charakteristik kladou velké nároky na jejich terapeutické uchopení. Zejména by se neměly stát argumentem na straně poruchy příjmu potravy a sloužit tak k jejímu udržování (Eisler, 2005).

### 1.3 Rodinná terapie

Jedním z mnoha kritérií rodiny je změna. Rodina žije v kontinuitě členství a propojenosti s vlastní minulostí i budoucností. Její systém se rozkládá v čase a prostoru biologického a sociálně historického kontextu, a tedy platí, že co se děje ve společnosti, se děje v rodinách a opačně. Všechny změny probíhají v určitém časování, které se v současnosti mění. Puberta přichází dříve, separace od primární rodiny později. První dítě se rodí později, poslední dříve. Klesá počet svateb, vzrůstá procento rozvodů. Referenční věkové normy těchto milníků jsou odrazem sociálně definovaného času, který silně ovlivňuje jedince i rodiny a jejich adaptační schopnosti. V době rychlých proměn biologického a sociálního časování se zvyšuje variabilita rodinných struktur, osobních rolí, životních cyklů jedince i systémů a rozšiřují se hranice rodinných norem. Neugartenová (Vyhnálek, 1995) hovoří o fluidním životním cyklu s vyšším počtem přechodných rolí a nejasným biosociálním

časováním. To vyvolává zmatek, hledání stálosti v proměnlivém a může vzniknout potřeba obnovy tradičního uspořádání času.

- *Etické otázky rodinné terapie*

Rodinné a párové poradenství je postaveno před mnoho etických dilemat vyplývajících jednak z uvedených proměn biosociálních norem, a jednak ze samotné práce s rodinou. Ta je primárně řízená ve jménu zájmu a požadavků rodiny, jejího blaha a řešení problémů. Ale potřeby rodiny a jejích členů jsou často ve významovém i časovém rozporu. Cíl rodinného blaha může být dosažen za cenu individuální újmy. Opakem je situace, kdy je terapeut postaven před závažnost klinického rozhodnutí (například zda zachovat autonomii jedince a důvěrnost terapeutického vztahu zachováním tajemství jednoho člena rodiny nebo jednak v zájmu spravedlnosti vůči ostatním členům i za cenu porušení zásady věrnosti). Je tudíž nezbytné, aby terapeut při výběru klinické intervence zvážil prospěch a ztráty pro rodinu a její členy a rizika této intervence.

Praxí osvědčeným vodítkem je Kitchenerův model etického rozhodování (Zygmund & Boorhem, 1994). Hierarchicky rozlišuje mezi dvěma úrovněmi etického uvažování: intuitivní úrovní a úrovní kritického zvažování. Intuitivní úroveň je základní a obsahuje to, co lze nazvat běžným smyslem pro morálku a schopnost zvážit fakta dané situace. Úroveň kritického rozhodování tvoří etická pravidla (předepsané standardy chování kodexů, úmluv apod.), etické zásady (přetrvávající přesvědčení o způsobech chování, které chrání zájmy všech zúčastněných) a etická teorie (metaúroveň zvažování využitím zobecnitelnosti a principu vyvažování). Abstraktnost a nároky na rozhodování se zvyšují postupem od intuitivní úrovně k etické teorii. Spoléhat se na běžný smysl pro morálku není vždy bezpečné a dostačující. Není-li možné nalézt vodítka ani v zakotvených etických pravidlech, rozhodování bude podřízeno etickým principům (autonomie, nepoškozování, prospěšnost, věrnost, spravedlnost). Ty jsou nadřazeny osobním a skupinovým hodnotám. Situace, kdy jeden etický princip je v rozporu s jiným (klient projeví úmysl uškodit sobě nebo jiným a do rozporu se dostává princip autonomie a věrnosti a princip nepoškozování), vede k rozhodování podle

etické teorie. Ta má dvě podoby. Zobecnitelnost znamená, že akt je etický pouze v situaci, kdy může být zobecněn na všechny podobné případy. Je podmíněn kladnou odpovědí na tři otázky, jaké rozhodnutí by terapeut vyžadoval tehdy, byl-li by v situaci on sám, jeho rodina nebo cizí lidé. Pokud není podmínka kladných odpovědí splněna, lze použít principu vyvažování (volba cesty s nejmenšími možnými následky), který je závislý na zkušenostech terapeuta a informacích, které má o dané situaci k dispozici. Tento model je využitelný v klinické nebo pedagogické praxi.

- *Diskurzivní pojetí identity v rodinné terapii*

Základem identity je její proměna a mnohotvárnost v různých komunikačních a interakčních souvislostech. V práci s rodinou dochází k odhalení mnoha tváří osobní i vztahové identity a k objevení mnoha zajímavých témat či diskurzů, které v práci s jedincem zůstávají mnohdy zcela nebo částečně utajeny. Příkladem je téma genderových rozdílů v dané rodině, obsahující historii, definice i zvláštnosti mužské a ženské role a jejich podoby v různých časových, situačních a vztahových kontextech. Dále diskurz o moci, která se situačně proměňuje podle různých kritérií (věk, gender, fyzické předpoklady, materiální nebo dovednostní převaha apod.) a rodinných stereotypů (například matka jako správce financí). Také terapeut disponuje ve vztahu s rodinou svým dílem moci. Pokud si zachová respekt k původnímu významu moci jako nezbytné součásti péče o lidský svět (zkušenější, zralejší, a tedy mocnější je pečovatelem o růst nezkušeného), pak bude jednat nikoliv jako expert na daný problém, ale jako expert na způsob, jakým se o problému mluví (Chvála & Trapková, 2004). Diskurzy hranic, rodinných tabu nebo úloha a původ symptomu patří mezi obtížnější témata v terapeutické práci (Gjuričová & Kubička, 2003).

### 1.3.1 Od jedince k systému

Na konci 19. století byla psychoterapie zaměřená na léčení nemocí nebo symptomů psychologickými prostředky, jako je například sugesce. Systémem, ve kterém se tento problém odehrával, byla psychika jednotlivce a psychoterapeut, který hledá vhodný

prostředek k jeho odstranění. Freud si uvědomoval vlivu rodiny na nemoc pacienta i její průběh, považoval jej za překážku a jeho snahou bylo, aby rodina do terapie vůbec nezasahovala (Boš, 1999/2000). Anticipátory pozdějšího systemického myšlení byli například Kurt Lewin a jeho teorie pole, zakladatel psychodramatu a metody sociometrie Jacob Moreno nebo Freudův žák Alfred Adler, jehož nadčasová teorie uznávala význam sociální determinace lidského chování (von Schlippe & Schweitzer, 2006). Postupně došlo k rozšíření kontextu prvotními pokusy přizvat do terapie členy rodiny. Průkopníky byli především D. Bloch a V. Satirová, označovaná za „matku rodinné terapie“. Vztahy tak přestaly být pouhým odrazem v jedincově psychice, ale staly se přímou součástí terapie. Paměť jednotlivce mohla být konfrontována s rodinným kodexem, který představuje sklad zkušeností, obran a vizí rodiny (analogie s náboženskými kodexy), které je možné vykládat z různých úhlů pohledu (Reiss, 1996). Vyvinul se pojmový aparát umožňující odpoutat se od medicínské praxe popisující zásadně jedince. Naskytl se tak úhel pohledu, jehož dosažení není při práci s jedincem možné. Současná rodinná terapie je charakteristická dalším rozšířením kontextu – vývoj jedince a každé rodiny v rámci celého společensko-kulturního systému (Gjuričová & Kubička, 2003).

### 1.3.2 Vývoj a různorodost rodinné terapie

Rodinná terapie vznikala v éře psychoanalytické a medicínské nadvlády, proto její počátky respektují požadavky své doby. Pozdější vývoj je charakteristický rychlostí, rozmanitostí a ohniskem zájmu v praxi.

- *Hledání patologie jako příčiny duševního onemocnění*

Vědecký zájem se dlouho ubíral směrem hledání příčiny psychických poruch. Z něho vzešly teorie nejprve „schizofrenogenní“, posléze obecně „patogenní“ matky. Pod vlivem psychoanalytické a maskulinistické tendence se hovořilo o sexuálně nevyzrálých nebo narušených matkách. Kauzalita byla ještě chápána lineárně, tedy jasnou identifikací a seřazením příčin a následků. První pokusy, které bylo možné označit za rodinnou terapii,

byla skupinová rodinná terapie pacientů se schizofrenií (von Schlippe & Schweitzer, 2006). Významným milníkem bylo vydání Richardsonovy knihy „Patients Have Families“ v roce 1945, jejíž základní ideou bylo: „Rodina je místem nemoci, neboť je místem žití.“ Na příkladu patnácti rodin, v nichž se objevila diagnóza psychosomatické poruchy, poukazuje na nutnost začlenit rodiny pacientů do léčby (Kog & Vandereycken, 1989).

- *Klasické modely rodinné terapie*

50. a 60. léta 20. století jsou kolébkou zrodu mnoha vlivných teorií (Batesonovo pojetí dvojně vazby projevující se současným vysláním dvou neslučitelných signálů nebo výzev). Byly založeny významné instituty pro výzkum i praxi (Palo Alto, National Institute for Mental Health ve Washingtonu) a začaly se utvářet klíčové školy rodinného poradenství. Virginia Satirová rozpracovala zážitkově orientovanou rodinnou terapii a zavedla techniky používané dodnes (sochání, přerámování). Strukturální rodinná terapie pracující s hranicemi, strukturou a hierarchií v systému je reprezentována Salvadorem Minuchinem. Psychoanalytické kořeny a metody zachoval vícegenerační model Boszormenyi-Nagyho a Stierlina, a naopak čistě strategická je koncepce Jaye Haleyho, využívající technik paradoxů, ortelů a domácích úkolů. Etapu klasických modelů uzavírá milánská škola Mary Selvini-Palazzoli, která přinesla klíčové terapeutické dovednosti jako cirkulární dotazování, hypotetizování nebo neutralitu (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

- *Od radikálního konstruktivismu k narativní realitě*

Radikální konstruktivismus v pojetí například von Glasersfelda považuje skutečnost z hlediska pozorovatele za neřešitelnou, protože pozorovatel svým aktem pozorování teprve skutečnost utváří (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

Etapu kybernetického konstruktivismu tvoří především radikálně konstruktivistické teorie Luigiho Boscola a Gianfranca Cecchina, jejichž přístup se stále více přibližoval konceptu kooperace a vytváření konstruktivních dialogů. Někdy bývají tyto teorie nazývány teoriemi o pozorovateli, kteří pozorují rodinný systém. Domnívají se, že není možné dovést systém k cílené změně, ale lze systém spíše narušovat a poskytovat mu podněty. Základním

východiskem zde je, že veškeré vědění a realita jsou výsledkem komunikace lidí o vědění a realitě, a dokonce, že k objektivní realitě nemáme přístup. Vše je výsledkem dojednání a vše je tedy možné zpochybnit. K tzv. kybernetice druhého řádu se řadí i metoda reflexního týmu Toma Andersena. Překonává nedostatky dosavadního klasického systemického modelu práce o dvou místnostech propojených jednocestným zrcadlem. Přizývá reflexní tým přímo do terapie a klienti jsou účastni nejen samotné intervenci, ale i poradě týmu. To má velký terapeutický potenciál zejména v práci s rigidními obsahy a postoji. Model reflektujícího týmu považuje terapii spíše za kontext spolupráce než moci. Efekt je zjevný i na straně odborníků: před rodinou samotnou jsou nuceni zcela jiným způsobem zacházet se svým jazykem, vyhýbat se výrazům implikujícím vinu nebo stigmatizující subjektivní projekce (např. „přepečlivá matka“, „zaplést se“ apod.). V tomto kontextu je problematické pojetí nemoci jako produktu rodinného systému, především jeho domnělé patologie. Přibývá respektu vůči ojedinelosti logiky fungování rodinného systému a ubývá snahy o strategickou intervenci s cílem změnit systém. Terapie se stává prostorem pro komunikaci o různých konstrukcích skutečnosti příslušným, rodině vlastním jazykem. Radikální konstruktivismus plynule přechází v sociální konstruktivismus s akcentem na lingvistiku a narativní realitu: systémy se skládají z příběhů a lidé jsou jejich vypravěči. Terapeuti si stále více všímají způsobu vyprávění příběhů a jsou v terapeutickém prostoru bezmezně „zvědaví“. Jejich úkolem je ve svém nevědění poznat významy klienta (von Schlippe & Schweitzer, 2006). Narativní terapie pomáhá objevovat trhliny v optice beznaděje, vyzývá k vytváření vzpomínek jejich vyprávěním a učí klienty porozumět významu, jaký má jejich příběh pro ně samé i pro druhé. Terapeut se ptá na určitá hlediska příběhu, a tím může pomoci změně pohledu klienta na svůj vlastní příběh (Gjuričová & Kubička, 2003).

- *Krátká terapie zaměřená na řešení*

Přínosem byla snaha o maximální efektivitu terapie. Reakcí na dlouhodobou, mnohdy mnoho let trvající psychoanalytickou léčbu, byly koncepce krátké terapie orientované na řešení de Shazera nebo průkopnický přístup Selvini-Palazzoli v léčbě mentální anorexie (viz

odstavec 2.3.4). Pro krátkou terapii jsou charakteristické techniky jako otázka po zázraku, domácí úkoly nebo otázka na změny před začátkem terapie. Terapeutický systém se zakládá s cílem co nejdříve jej ukončit, proto je klíčovým tématem otázka, podle čeho by obě strany poznaly, že je problém vyřešen (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

- *Gender, ekosystém a neurobiologie*

Rodinné a párové poradenství se dnes více než kdy předtím pojí s otázkami konstrukce a obsahu rodových rolí. Předmětem již není zkoumání ženského vývoje, jak tomu bylo v období prvotních feministických teorií, ale vysvětlování významu, způsobu utváření, podmínek utváření a vlivu pojmů ženství a gender (Gjuričová, 1999/2000).

Systemické odmítnutí „nálepkování“ (labelling) jedince diagnózou, která nutně navozuje předpoklad, že jedinec je receptorem lineárních kauzálních důsledků, a proto je i místem patologie. Tato nesystémová perspektiva vede do diagnostické slepé uličky. Systémoví terapeuti volají po přeformulování diagnózy a nabízejí její chápání v rámci kybernetiky, ekologie a systémové teorie. Výslednou koncepci nazývají ekosystémovou epistemologií. Ta v kontrastu k lineární epistemologii zdůrazňuje kontext, složitost vztahů, interrelací a celost systémů. Bateson (Keeney, 1999/2000) popsal základní pravidlo nového diagnostického systému takto: „Chceme-li rozumět nějakému jevu, musíme vzít tento jev v kontextu všech uzavřených okruhů, které jsou pro tento jev relevantní.“ Požadavkem je především poznání sítě vztahů, v nichž probíhá symptomatická komunikace.

V návaznosti na vývoj vědeckých poznatků neurobiologických disciplín využívají především komunikační modely rodinné terapie (například Watzlawickova teorie komunikace) jejich praktických významů pro terapii. Znalosti o diferenciaci hemisfér a identifikace neurolingvistických základů vedly k zavedení nových cest k terapeutické změně (práce na úrovni neverbální pravé hemisféry) a také k potvrzení osvědčených systemických technik (metafory, dvojná vazba, paradoxy apod.) (Boš, 1999/2000).

Systemické myšlení bylo během svého vývoje mnohokrát zpochybněno a přestavěno ve své základní tezi, že vše je výsledkem komunikační dohody, a tedy komunikační dohodou

opět zpochybnitelné. Teorie systemického myšlení je poměrně složitá, nicméně její využití v praxi je významné a efektivní (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

### 1.3.3 Rodinná terapie v Čechách

Podmínky pro rodinnou terapii nebyly v naší zemi vždy ideální. Její rozvoj v počátcích ztěžovala dominance akademických a tradičních směrů jako byly gestaltismus v první polovině 20. století, psychoanalýza v meziválečném období (Hoskovec, Nakonečný & Sedláková, 1996), klinická psychiatrie a psychofarmakologie v době poválečné. Následné období vlády komunistické ideologie přineslo mnoho problémů a ztížilo vývoj psychologie i psychiatrie. Přístup k zahraničním informacím byl komplikovaný, riziko potrestání za ideologicky nevhodné aktivity bylo všudypřítomné a postupný pokles motivace odborníků a vědců byl nevyhnutelný. Přesto se na pozadí nepřejících vlivů vytvořila řada skupin odborníků a významných osobností české psychologie a psychiatrie. Na rozvoj rodinné terapie měla zásadní vliv skupina kolem Zdeňka Matějčka, Zdeňka Dytrycha, Josefa Langmeiera a Ludka Kubičky, jejichž longitudinální studie nebyly dodnes překonány a jsou neustálým zdrojem informací (Papežová, 2002). Výraz rodinná terapie u nás poprvé použili v roce 1954 manželé Knoblochovi, kteří pracovali v duchu neoanalytického zaměření na sociální vztahy. V české rodinné terapii sehrála významnou roli Virginia Satirová, která při svých opakovaných seminářích a konferencích v Čechách ovlivnila práci mnoha odborníků (Boš, 1999/2000). 70. léta jsou obdobím vývoje systemické rodinné terapie především díky Petru Bošovi a Janu Špitzovi. V zařízeních, kde působili, poskytovali pacientům zahraničními poznatky inspirovanou rodinnou terapii, vzdělávali své kolegy v rodinně terapeutických dovednostech a v řadách lékařů, psychologů i středního zdravotnického personálu budovali rychle se rozšiřující komunitu rodinných terapeutů (Gjuričová & Kubička, 2003). V české rodinné terapii sehrála významnou roli Virginia Satirová, která při svých opakovaných seminářích a konferencích v Čechách ovlivnila práci mnoha odborníků a tento vliv je patrný dodnes i díky pražskému Institutu Virginie Satirové.



V roce 1976 vznikla pod vedením P. Boše při České lékařské společnosti skupina pro rodinnou a komunikační psychoterapii, pozdější samostatná sekce rodinné terapie Psychiatrické společnosti ČLS. V roce 1987 se v Praze konal I. světový kongres rodinné terapie pod záštitou Virginie Satirové. Podobně významným milníkem byl počátek vydávání časopisu Kontext.

Po roce 1989 se rodinné poradenství rychle rozvíjí. Byly založeny instituce pro vzdělávání v rodinné terapii, existuje řada škol a přístupů. Vznikla Evropská nadace rodinných institucí s cílem rozvoje mezinárodních fundovaných vzdělávacích programů, výzkumu a osvětě laické i odborné veřejnosti. Rodinné a partnerské poradenství se stává plnohodnotnou součástí psychiatrické léčby (Boš, 1999/2000).

#### 1.3.4 Rodinná terapie a poruchy příjmu potravy

První pokusy léčit na základě uvědomění si vlivu rodiny popsal Gull v roce 1874. Jednou z metod bylo omezení vlivu, který měla rodina na dítě (Steiger & Stotland, 1995). Psychoanalýza přinesla nový pohled na v dětství a v rodině pramenící neurotická a psychosomatická onemocnění včetně anorexia nervosa. Avšak ve své klasické podobě nabídla poněkud jednostranné vysvětlení omezující se na vztah matky a dcery. Často citovaná Richardsonova kniha „Patients Have Families“ obsahující podrobnou kazuistiku rodiny s anorexia nervosa dcery, obezitou matky a gastritickými obtížemi otce, byla poválečným zlomem v dosavadní léčbě (Kog & Vandereycken, 1989).

Intenzivní rodinnou terapii s pacientkami s anorexia nervosa prováděla Mara Selvini-Palazzoli, považovaná za jednu z prvních odbornic na anorexii. Sama označila setkání s odolností anorexie vůči léčebným snahám za svůj přerod od psychoanalytického myšlení k systemickému. Založila v Itálii první centrum orientované na rodinnou terapii nejprve u pacientů s anorexií, později u pacientů se schizofrenií. Její poměrně drastický, technický a přesný způsob práce s rodinami, byl mnohými současníky i následníky kritizován, avšak nelze popřít dodnes trvajícím vlivu strategie účinně rozplétající anorektická schémata, snahy o

pozitivní konotace všech druhů chování nebo paradoxních předpisů (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

Překonány byly i velké teorie chápající poruchu příjmu potravy jako projev nebo součást dysfunkčních vztahů v rodině. Přesto nelze opomenout jejich přínos ke změně pohledu na psychosomatická onemocnění. Mnohé z technik a terapeutických nástrojů průkopnických přístupů jsou rodinnými terapeuty využívány dodnes. Avšak konceptuálně rigidní, přísně strukturované modely rodinné terapie poruch příjmu potravy byly nahrazeny eklektickými koncepty a důrazem na komplexní, víceúrovňovou léčbu (Eisler, 2005).

Dr. Eisler k nutnosti opustit některá tradiční pojetí uvádí současný konsenzus v rodinné terapii: „Rodinná terapie neznamena léčbu složitých a patologických rodin, ale je prací s rodinami. Není léčbou rodin, ale léčbou s rodinami. Víme, že není pravdou, že by rodina s dítětem trpícím anorexií měla specifické znaky.“ (Stein, 2007).

#### 1.3.5 Výzkumy v oblasti rodinné terapie poruch příjmu potravy

Podstatou léčby v rámci rodinné terapie je chápání nemocí a poruch v širším biopsychosociálním kontextu. Ten je obtížně zachytitelný klasickou, převážně kvantitativní výzkumnou metodologií. Některé koncepce, techniky a zkušenosti rodinné terapie nemohou dostatečně přesvědčivě odpovědět na současný požadavek léčby založené na důkazech. Tradičně jsou nemoci rozdělovány například dle převažujících symptomů na duševní a tělesné, dle časového rozměru na akutní a chronické, popřípadě dle převažující etiologie na nemoci z vnějších nebo vnitřních příčin. V akademickém i aplikovaném výzkumu převažuje snáze definovatelná, měřitelná a ověřitelná lineární kauzalita. Ta je v rozporu se základním požadavkem systemického a narativního rodinného poradenství na cirkulární chápání příčinných souvislostí. Na metodologické požadavky odpovídá výzkum rodinného vlivu, struktury, dynamiky a vývoje ve vztahu k onemocněním a biopsychosociálním poruchám zpravidla dvojitým způsobem: kvalitativním hodnocením širších souvislostí symptomů

v sociálním okolí identifikovaného pacienta nebo pokusy o kvantitativní rozbor několika, pokud možno konkrétních a jasně definovaných hypotéz (Chvála & Trapková, 2004).

Přestože počet výzkumných studií poruch příjmu potravy se v posledních letech výrazně zvýšil, jsou patrné přetrvávající nedostatky mnoha současných studií, které mohou vyvolat pochybnosti o jejich spolehlivosti. Jsou to především převládající retrospektivní povaha výzkumů, příliš variabilní doba pro katamnestická zhodnocení, nízký počet okamžiků sběru dat v průběhu terapie (většinou na začátku a na konci) a další. Herzog a jeho spolupracovníci (Engeland, van der Ham, van Furth & van Strien, 1995) formulovali požadavky pro kvalitní výzkumnou studii: prospektivní povaha, katamnéza minimálně po čtyřech letech, nejméně 70 % dat by mělo být získáno v přímém kontaktu s pacientem a hodnoceno obecně uznávaným Morgan-Russellovým kritériem (dobrý, průměrný, špatný výsledek).

- *Etiologické studie*

Poruchy příjmu potravy jsou nejčastěji zkoumány z hlediska etiologie (Garfinkel, Garner, 1982). Ve vztahu k rodinným souvislostem lze nalézt klíčové oblasti zkoumání: genetické proměnné, demografické vlivy, vliv rodinných faktorů na léčbu a prognózu, různé podoby individuální patologie v rodině nebo specifické formy rodinných vztahů (Vanderlinden, Perednia & Vandereycken, 1989). Systemicky orientované teorie uvádějí poruchy příjmu potravy vždy do vztahu s určitými formami rodinných vztahů, vzorců chování, projevů emocí nebo s různými typy vztahových spojenectví. Existují hypotézy o tradičních a prosazovaných postojích k rolím, tajemstvím, konfliktům v rodinách a o specifické hierarchii, které mohou ovlivňovat vznik poruchy příjmu potravy (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). I když etiologické studie přinesly mnoho zajímavých poznatků, žádné z psychosociálních vysvětlení příčin poruch příjmu potravy nebylo empiricky potvrzeno. Je obtížné dopátrat se, které z rodinných procesů a jevů byly příčinou a které jsou následkem. Naprosto nevhodné je, jsou-li typické projevy v rodině chápány jako prediktory nemoci a nikoliv jako možná reakce

rodiny na přítomnost život ohrožujícího onemocnění. Tento postoj může negativně ovlivnit celou léčbu (Eisler, 2005).

- *Studie účinnosti rodinné terapie v léčbě anorexia nervosa*

I přes diskutabilnost výzkumů v rodinné terapii poruch příjmu potravy je tato forma léčby jednou z neúspěšnějších. V prevenci relapsu jí dokonce patří prvenství. Z doporučení National Institute of Clinical Excellence ve Velké Británii z roku 2004 vyplývá, že rodinné intervence přímo zaměřené na léčbu poruch příjmu potravy by měly být nabízeny rodinám s dítětem nebo adolescentem s mentální anorexií (Eisler, 2005).

Oproti etiologickým pokusům lze v oblasti výzkumu efektivity nalézt více kvalitních studií potvrzujících účinnosti rodinné terapie v léčbě poruch příjmu potravy. První výzkumnou zprávu podal Minuchin v roce 1975. Popsal úspěšný průběh rodinné terapie jako hlavní součásti léčby u 53 pacientek s anorexia nervosa. Filadelfský tým uvádí u svého léčebného přístupu neobvykle vysoké procento uzdravených – 86%. I přes kritiku metodologických nedostatků (neexistence kontrolní skupiny, vyhodnocování přímo terapeutů...) i další studie Martina z roku 1984 nebo týmu Hersovici a Bay z roku 1996, a nabídly podobné závěry. Okolo 60 až 80 % pacientek mělo dle Morgan-Russellova kritéria dobrý výsledek, 30-45 % průměrný a 10-12 % špatný výsledek. Ve zmíněných studiích byla rodinná terapie hlavní součástí léčby. Heidelberská studie hodnotila poměrně krátkou léčbu (6 sezení) průměrně starších (oproti jiným studiím) pacientek (věkový průměr 18,2 let). Po zhruba 4,5 letech bylo možné téměř 75 % pacientek hodnotit jako vyléčené (Eisler, 2005).

Randomizovaných studií je nedostatek a všechny jsou poměrně malé. V další studii autoři srovnali efekt kombinace individuální psychodynamické a rodinné terapie s efektem skupin nutričního poradenství u 30 pacientek s anorexia nervosa. Po ročním sledování se psychoterapeutická kombinace ukázala efektivnější ve všech sledovaných proměnných (symptomy, psychosociální proměnné) (Hall & Crisp, 1987).

Další srovnávací výzkum provedl Russellův tým v roce 1987 v Maudsley Hospital v Londýně. Pacientky s krátkým trváním anorexie prospívaly významně lépe v rodinné terapii

založené na vlivném modelu Minuchina a jeho kolegů, než v individuální terapii. Při delším trvání onemocnění než tři roky nebyl rozdíl mezi efektem rodinné a individuální terapie patrný (LeGrange, 2005). Další srovnávací studie (Eisler, Dare, Hodes, Russel, Dodge & le Grange, 2000) hodnotila dva různé přístupy v rodinné terapii: léčbu, kdy práce s pacientkou je oddělená od práce s rodiči, a léčbu společnou prací. Obě formy vykazaly významnou úspěšnost, práce s celou rodinou zároveň navíc přispěla ke zlepšení individuální psychiky a rodinného fungování. Katamnestické zhodnocení této studie přineslo slibné závěry: 75 % pacientek vykazuje dobré výsledky, 15 % průměrné a 10 % špatné výsledky. Jiní autoři (Robin, Siegel, Moye, Gilroy, Dennis & Sikand, 1999) srovnávali behaviorální rodinnou systémovou terapii mentální anorexie a ego-orientovanou individuální terapii doplněnou o několik rodinných sezení. Rodinná terapie přinesla dobré výsledky u 59 % pacientek, ego-orientovaná u 38 %. Obě formy terapie byly účinné zejména v oblasti individuálního rozvoje a zlepšení somatického stavu. Rodinná terapie prokazatelně pozitivně ovlivnila rodinnou strukturu a pokles negativní vztahové komunikace. Jedna z nejnovějších randomizovaných studií hodnotila efektivitu rodinné terapie a individuální focus terapie v léčbě adolescentů s mentální anorexií. Na konci léčby nebyly při hodnocení plné remise shledány statisticky významné rozdíly mezi oběma formami terapie. Avšak po 6 a 12 měsíčním kontrolním sledování vykazovala skupina zařazená do rodinné terapie signifikantně lepší výsledky v hodnocení relapsu a nutnosti hospitalizace oproti skupině zařazené do individuální focus terapie. Tato zjištění potvrzující hypotézy o pozitivním vlivu rodinné terapie na procento relapsů jsou důležitými závěry studie. Nárůst BMI byl na konci terapie signifikantně vyšší ve skupině léčené rodinnou terapií, tento rozdíl však nebyl po 6 a 12 měsíčním sledování statisticky významný (Lock, le Grange, Agras, Moye, Bryson & Jo, 2010).

Jako klinicky zajímavá se jeví otázka vlivu délky terapie na konečnou remisi. Studie srovnávající efekt dlouhodobé (12 měsíční) a krátkodobé (6 měsíční) rodinné terapie v léčbě adolescentů nepřinesla statisticky významné rozdíly v obou skupinách, do nichž byly zařazeny soudržné rodiny bez závažné obsedantní jídelní patologie. Naopak v případě rodin

bez kvalitní koheze a se silnými obsedantními vzorci jídelního chování se jako účinnější jeví dlouhodobá rodinná terapie (Lock, Couturier & Agras, 2006).

- *Studie účinnosti rodinné terapie v léčbě bulimia nervosa*

Studie rodinné terapie v léčbě bulimia nervosa nejsou dostatečné, ačkoliv existuje mnoho publikací doporučujících právě tuto formu léčby. Východiskem je fakt, že rodinná terapie dětských a dospívajících pacientů je považována za efektivní (le Grange, Crosby, Rathouz & Leventhal, 2007). Odborníci se také opakovaně pokoušejí odhalit příčinné souvislosti a rodinné faktory působící na vývoj bulimie (Kog & Vandereycken, 1989).

Výsledky studie pacientek s bulimií sledovaných během léčby rodinnou terapií a po jejím skončení hovoří o 66 % úspěšnosti (tzn. absenci bulimických epizod) ještě 18 měsíců po skončení terapie (Schwartz, Thompson & Johnson, 1985). V jedné z mála randomizovaných studií (Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987) bylo 23 dospělých pacientek náhodně přiřazeno buď do rodinné, nebo do individuální podpůrné terapie. Výsledky ročního zhodnocení nebyly dobré ani v jedné skupině. Po pěti letech od ukončení studie bylo v tomto vzorku pouhých 16 % pacientek bez příznaků (Eisler, 2005). Randomizovaná studie srovnávající efekt svépomocné kognitivně behaviorální terapie (KBT) a rodinné terapie mentální bulimie nepotvrdila předpoklad, že rodinná terapie bude mít vyšší účinnost. Naopak, porovnání úspěšnosti bezprostředně po skončení léčby hovoří ve prospěch svépomocné KBT. U pacientů léčených touto terapií došlo k významnější redukci přejídání a purgativního chování. Po 6 měsíčním kontrolním měření byly však výsledky v obou skupinách srovnatelné. KBT nabízí další výhodu, a to nižších nákladů na léčbu (Schmidt, Lee, Beecham, Perkins, Treasure, Yi, Winn, Robinson, Murphy, Keville, Johnson-Sabine, Jenkins, Frost, Dodge, Berelowitz & Eisler, 2007). V porovnání účinnosti podpůrné psychoterapie a rodinné terapie byla redukce bulimické symptomatiky (přejídání a purgativní chování) významně větší u skupiny pacientů zařazených do rodinné terapie jak na konci terapie, tak i po 6 měsících po skončení léčby (le Grange, Crosby, Rathouz & Leventhal, 2007).

- *Porovnání účinnosti rodinné terapie u různých forem poruch příjmu potravy*

Rozsáhlá utrechtská studie sledovala pacientky s různými formami poruch příjmu potravy, léčených komplexním přístupem zahrnujícím individuální, KB, rodinnou, párovou a nutriční terapii. Důraz byl kladen právě na rodinné a partnerské poradenství a konzultace. Během čtyřletého sledování byla data v přímém osobním kontaktu sbírána čtyřikrát. Po čtyřech letech bylo možné konstatovat, že 69 % pacientů mělo dobré výsledky, 25 % průměrné a 6 % špatné výsledky. Signifikantní zlepšení nastalo u stravovacích návyků (s výjimkou zvracení), stabilizace hmotnosti a především v psychosociálních proměnných jako rodinná spokojenost, separace od rodiny, sexuální postoje apod. Zajímavým zjištěním bylo, že pacienti s diagnózami EDNOS vykázali nejmenší zlepšení (43 %), ve srovnání s pacienty s diagnózami anorexia nervosa nebo bulimia nervosa. Post hoc analýza poukázala na zvýšený výskyt psychopatologie u matek těchto pacientů (Engeland, van der Ham, van Furth & van Strien, 1995).

Další studie hodnotila vliv rodinné terapie při hospitalizaci pacientů s různými formami poruch příjmu potravy. Na počátku byly v rodinách 24 pacientů ve srovnání s běžnými rodinami zvýšené konflikty, dezorganizace, a snížená koheze. Po šesti měsících se rozdíl vyrovnaly, avšak po roce došlo opět k nárůstu dezorganizovanosti a snížení koheze, pouze konflikty zůstaly ve stejné míře. Autoři tento jev vysvětlují přirozeným vývojem rodiny ve směru rovnováhy. Zajímavá byla oddělená porovnání, která odhalila velké rozdíly ve vnímání změn v rodině pacientkou, matkou a otcem. Pacientky zažívaly na počátku nejvyšší míru konfliktů a nejnižší míru koheze. Po roce byly hodnoty obou proměnných v normě. Otcové a matky vykazují největší míru koheze na počátku léčby, poté zážitek koheze klesá. Otcové navíc vnímali menší množství konfliktů v rodině než jejich ženy a dcery. V oblasti symptomů poruchy příjmu potravy došlo u většiny pacientek po šesti měsících ke zlepšení, avšak po roce byla symptomatika u některých z nich opět výraznější. Zejména bulimia nervosa se jevila jako terapeuticky rezistentní. Na druhé straně v jiných oblastech života, jako sociální vztahy, studijní nebo profesní uplatnění, separace od rodiny, i po roce vykazovalo 61 %

pacientek výrazné zlepšení. Žádná z pacientek se během léčby symptomaticky ani psychosociálně nezhoršila (Vanderlinden & Vandereycken, 1988).

- *Studie účinnosti rodinné terapie u dospělých pacientů*

Studie zaměřená na dospělé pacienty odhalila, že dospělé pacientky s anorexií nervosa, které byly po hospitalizaci zařazeny do individuální terapie, měly lepší výsledky než pacientky zařazené do rodinné terapie (Russell, Szmukler, Dare & Eisler, 1987). Jedna z novějších studií však vykazuje poněkud závěry. Pacienti zařazení do specializované terapie jako rodinná, fokální psychodynamická nebo kognitivně analytická, vykazují lepší výsledky ve srovnání s běžnou léčbou (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001).

#### 1.4 Vícerodinná terapie

Existuje více podob skupinové práce s rodinami. Vycházejí z různých terapeutických škol, mají odlišnou strukturu a metodiku práce. Cíl však zůstává stejný: podpořit léčebnou schopnost rodiny, vzájemné vztahy a komunikační dovednosti jejích členů, nabídnout strategie zvládnání obtížných situací spojených s nemocí a v ideálním případě provést rodinu celou cestou k uzdravení. To vše s využitím skupinové dynamiky, vzájemné podpory a sdílení (Vanderlinden, Perednia & Vandereycken, 1989).

Vícerodinná terapie představuje jednu z variant práce s rodinami. Soustředí se na hledání způsobů a postojů, kterých mohou rodiny využít v léčbě svých blízkých trpících poruchou příjmu potravy (Dare, Eisler, 1997).

##### 1.4.1 Historie vícerodinné terapie

- *Nutnost změny v léčbě chronicky duševně nemocných*

Počáteční myšlenka skupinové rodinné terapie je spojená s H. P. Laquerem a kolektivem jeho spolupracovníků. Nadužívání radikálních a kontroverzních léčebných postupů (inzulínové šoky, velké dávky psychofarmak), nekvalifikovaný a profesně vyhaslý personál a sociální izolace pacientů byly výzvou pro změnu v přístupu k chronicky duševně nemocným



(především pacienti se schizofrenií). Laquer a jeho spolupracovníci začali na počátku 60. let zvat rodiny pacientů ke společným skupinovým setkáním. Důsledky těchto setkání byly nečekané a projevíly se pozitivně na všech zúčastněných stranách. Pacienti vítali každý další kontakt se svými blízkými a jejich stav i spolupráce v léčbě se zlepšily. Rodiny byly zbaveny pocitů beznaděje a neschopnosti pomoci. Terapeuti pomohli příbuzným pochopit chování pacienta, možné příčiny onemocnění, učili je specifické komunikaci s pacientem v souladu s jeho nemocí a povzbudili jejich kompetence v léčbě blízkého. Klíčová byla také možnost setkat se s jinými rodinami a sdílet s nimi své příběhy. Přítomnost rodin podněcovala personál k lepší péči a vyšší angažovanosti. V neposlední řadě i pozitivní odezva ze strany pacientů i příbuzných posílila motivaci zdravotníků. Původně okrajová aktivita se stala důležitou a pravidelnou součástí péče. (Asen, 2002).

- *Psychoedukativní a podpůrná práce se skupinami rodin dospělých pacientů*

McFarlane v roce 1983 využil tohoto přístupu a podporoval rodiny v osvojení „coping skills“, redukci sebeobviňování a dojmů vlastní neschopnosti. Práce se skupinami rodin měla dva významy: psychoedukace a nácvik nových sociálních dovedností. Díky edukaci byly odstraněny předsudky o povaze nemoci, jejích příčinách nebo podávané medikaci. To se odrazilo na vyšší complianci pacienta i jeho rodiny. Nácvik vedl k osvojení například dovedností snižovat napětí v kontaktu s pacientem, komunikovat o nemoci, prezentovat ji sociálnímu okolí rodiny bez pocitů studu, zvládat konfliktní situace a posilovat si důvěru ve vlastní schopnost pomoci. Výzkumné studie potvrdily efektivitu tohoto přístupu a jeho preventivní vliv na relaps (Asen, 2006).

- *Institucionalizace a rozvoj konceptu*

Další vývoj konceptu vícerodinné terapie směřoval k větší propracovanosti a strukturaci, rozšiřování zkušeností s různými poruchami a variantami rodin a také k rozsáhlejší výzkumům a evaluacím. Potřeba institucionálního zakotvení vedla k zakládání jednotek a klinik pro denní rodinnou terapii. Jednou z prvních byla jednotka vícerodinné terapie při Marlborough Family Service v Londýně, založená týmem E. Asena a A. Cooklina na počátku

80. let 20. století. Namísto pravidelných setkání v daném časovém rozestupu, byl zaveden model intenzivní rodinné terapie pět dní v týdnu po dobu až několika měsíců. Příznačně byl tento model nazvaný „instituce změny“ (Asen, 2002).

Terapie je s úspěchem využívána jako součást komplexní léčby mnoha poruch a onemocnění, například v léčbě deprese (Lemmens, Eisler, Buysse & Heane, 2009), drogové a alkoholové závislosti, Huntingtonovy choroby a dalších (Asen, 2001). Je jednou z hlavních metod podpůrné práce s neplodnými páry (Lemmens, Vervaeke, Enzlin, Bakelants, Vanderschueren, Hooghe & Demyttenaere, 2004), s rodinami, v nichž došlo k týrání nebo zneužívání dětí, domácímu násilí a podobně (Asen, 2001).

- *„Multiproblémové“ rodiny*

Terapeuticky náročná je práce s tzv. multiproblémovými rodinami. Ty jsou charakterizované současným výskytem závažných problémů a diagnóz: psychické, fyzické nebo sexuální zneužívání a týrání, závislosti na psychoaktivních látkách, chronické duševní a psychosomatické poruchy, sociopatologické jevy, sociální obtíže jako nezaměstnanost, neadekvátní bydlení, diskriminace apod.

Rodiny i jednotliví členové projdou mnoha institucemi, které řeší vždy jen jeden problém. Vzrůstá nedůvěra, nepřátelství rodin, uzavírání se do vlastního světa a neřešení problémů, které dále narůstají. Terapeuti v kontaktu s takovými rodinami mohou pociťovat „profesní paralýzu“, bezmoc, nebo nechuť takové rodiny a jedince léčit (Asen, 2006).

Marlborough Multi-Family model je efektivní, podpůrný i terapeutický program, ověřený mnohaletými zkušenostmi s „multiproblémovými“ rodinami. Vznikají samostatné kliniky a projekty zavádějící vícerodinný přístup do léčby a řešení různých poruch a nežádoucích jevů, například mezinárodní projekt Daphne pro pomoc týraným dětem a ženám (Asen & Bianchi, 2007).

- *Děti a adolescentní pacienti*

Původní vícerodinné programy byly určeny především pro rodiny dospělých pacientů s psychotickým onemocněním. Záhy se objevily problémy u dětí a dospívajících v těchto

rodinách. Byly to především afektivní poruchy, záškoláctví a toulání, poruchy sociálních vztahů, poruchy příjmu potravy a jiné závislosti. Proto bylo na konci 90. let založeno Marlborough Education Centre s cílem pomoci těmto dětem a posílit jejich obranu před dalšími případnými komplikacemi. Práce probíhá i zde ve skupinách rodin (Asen, 2006).

Cílenou vícerodinnou terapii v léčbě nedospělých pacientů jako jeden z prvních zavedl Lansky, když ji zahrnul do systému léčby adolescentů s různými psychiatrickými diagnózami (Lansky, 1981). Později Asen vypracoval ucelený program vícerodinné terapie pro děti ohrožené psychickým a sexuálním zneužíváním a během jeho aplikace odhalil výraznější efektivitu u krátkých a intenzivních programů oproti původním zdlouhavým, více než rok trvajícím cyklům (Dare & Eisler, 2000).

Úspěšné pokusy o zapojení rodin do léčby byly inspirovány tehdejšími významnými myšlenkami, především Batesonovým objevem „dvojná vazba“ a Minuchinovým konceptem psychosomatických rodin a jeho podporou terapeutické práce s rodinami pacientů. Pozitivní zkušenosti opět potvrdily apel těchto myšlenek na změnu v léčbě duševních poruch (Eisler, 2005).

- *Vícerodinná terapie u poruch příjmu potravy*

Jedním z prvních programů pro rodiny s dítětem s poruchou příjmu potravy, práce Salvadora Minuchina, který do konceptu zavedl přímé a skutečné řešení problémů se stravováním v rodině, a sice společné stolování rodin zařazených do vícerodinné terapie (Minuchin, 1978). Slagerman a Yager na konci 80. let popsali cyklus šesti rodinných skupinových sezení včleněných do komplexní terapie (Dare & Eisler, 2000). Dva nezávislé terapeutické týmy v Londýně (Maudsley Hospital) a Drážďanech (Children and Adolescent Psychiatry Dresden) prezentovaly na Stockholmském Evropském kongresu o poruchách příjmu potravy v roce 1999 své počáteční zkušenosti s vícerodinnou terapií v léčbě poruch příjmu potravy. (Fleminger, 2005). Drážďanský model vznikl od roku 1998 v týmu M. Scholze a byl do jisté míry experimentem s různou délkou a intenzitou léčby. Výslednou podobou je model s intenzivním týdenním blokem na počátku, následovaný dvoudenními

setkáními v odstupe nejprve jednoho, poté dvou měsíců (Scholz & Asen, 2001). Paralelně vznikal londýnský model v Maudsley Hospital. Hlavními iniciátory jsou Ch. Dare a I. Eisler. Úvodní blok je zde čtyřdenní následovaný celodenními (v závěru půldenními) setkáními přibližně v měsíčním odstupe. U obou modelů je významný, především v otázce motivace rodin, úvodní informační večer, kdy se setkávají rodiny ze zahajovaného cyklu s rodinami z právě ukončeného cyklu a terapeutickým týmem (Asen, 2002). Oba programy navazují na práci E. Asena a jeho kolegů a jsou chápány jako jedna ze součástí komplexní léčby. Staly se inspirací pro odborníky na léčbu poruch příjmu potravy v mnoha zemích, kde je vícerodinná terapie pod supervizním autorským vedením s úspěchem zaváděna (Dare & Eisler, 2000).

#### 1.4.2 Principy a cíle

Vícerodinná terapie představuje eklektický přístup kombinující prvky různých terapeutických směrů. Zahrnuje především kognitivně behaviorální, dynamické, imaginativní, narativní a systemické prvky. Multimodalita přístupu umožňuje pružnou přizpůsobivost charakteru a dynamice každé skupiny rodin a také dovoluje terapeutům vytvořit takovou strukturu programu, ve které se cítí nejlépe a která maximálně vyhovuje jejich profesionálnímu i osobnostnímu zaměření.

- *Hlavní cíle přístupu*

Cíle respektují individuální možnosti a přání rodin i každého jejího člena. Rodiny se nacházejí v různých momentech a stupních vývoje nemoci a jejího dopadu na ty, kterých se dotýká. Uvedených cílů je možné dosáhnout v každém okamžiku a téměř ve všech rodinách, proto je možné považovat je za součást skupiny léčebných faktorů, které zmiňuje většina odborných tematických publikací:

- Destigmatizace - umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém problému a pochopit, že není důvod se za něj stydět, vnímat ho jako svou vinu, nebo handicap rodiny.

Každá rodina má příležitost učit se ze zkušeností ostatních rodin a recipročně se tak podílet na vzájemném vývoji a posunech v léčbě poruchy příjmu potravy (Scholz & Asen, 2001). Tohoto cíle je dosahováno díky faktoru učení se analogií nebo nápodobou (Lemmens, Wauters, Heireman, Eisler, Lietaer & Sabbe, 2003).

- Resocializace - nabídnout rodinám možnost vyjít ze sociální izolace, kam často porucha příjmu potravy přivádí nejen samotného pacienta, ale také jeho rodinu (Asen, 2002).
- Nalézt, podpořit, popřípadě vytvořit adaptivní, stabilizující a podpůrné mechanismy, využitelné jak pro každého člena rodiny zvlášť, tak pro rodinu jako celek (Eisler, 2005). Tento cíl je spojen s identifikací a přestavbou dysfunkčních myšlenek a vzorců, které mohou přispívat k trvání symptomů (Tantillo, 2003).
- Krizový management – zvládnout obtížné situace, stres, pocity bezvýchodnosti a strachu z budoucnosti (Asen, 2002).
- Nové komunikační dovednosti – hovořit o potlačovaných pocitech, doposud tabuizovaných tématech, osvojit si nové nástroje vyjadřování i porozumění (Dare & Eisler, 1997).
- Komunitní charakter vytváří prostředí solidarity, naděje a otevřené pomoci (Steinglass, 1998).
- Změna fokusu - pomoci rodinám vytvořit nové, široce zaměřené perspektivy, odvrátit jejich pozornost od poruchy příjmu potravy a pomoci obnovit zdravé a pozitivně fungující interakční zázemí (Scholz, Asen, 2001).
- Posun od prožívané bezmoci k důvěře ve vlastní schopnost pomoci (Scholz & Asen, 2001).
- Rodiny v expertní roli s kompetencí vzájemně si být rádcem a konzultantem (Asen & Bianchi, 2007).

Principy a charakteristiky, které odlišují vícerodinnou terapii od jiných forem skupinové práce s rodinami lze shrnout takto (Asen, 2002; Eisler, 2005; Scholz & Asen, 2001; Asen & Bianchi, 2007; Dare & Eisler, 2000):

- Ucelený cyklus s jasně daným harmonogramem, dopředu stanovenými termíny setkání a datem ukončení
- Terapie je chápána především jako komplementární léčba v komplexním terapeutickém plánu
- Nepravidelné rozložení intenzity terapie; úvod cyklu je vysoce intenzivní, jeho závěr má spíše kontrolní význam
- Jedno setkání (a tedy ne konzultace) je několikahodinové až celodenní
- Nevyhraněnost v příslušnosti ke konkrétní psychoterapeutické škole nebo koncepci
- Léčba probíhá nejen verbálně, ale i neverbálním a symbolickým vyjádřením v pestrých terapeutických technikách (práce v aktivitě)
- Léčba in vivo - součástí je přímý nácvik kritických momentů ve skutečných situacích a realitě, například společné pravidelné stolování s terapeutickým doprovodem
- Komunitní charakter uzavřené terapeutické skupiny s daným optimálním počtem zúčastněných rodin (4-6 rodin v jednom cyklu)
- Interdisciplinární terapeutický tým s vymezením role každého z terapeutů
- Využití terapeutického potenciálu supervize formou reflexního týmu (průhledná, jasná zpětná vazba)
- Práce v podskupinách (po rodinách, skupina dětí, skupina rodičů, skupina otců...)
- Práce s rodinami nejen dětských nebo adolescentních pacientů, ale i dospělých s duševním onemocněním nebo poruchou
- Do programu jsou zahrnuty i rodiny, které mají více problémů psychologické, psychiatrické nebo sociální povahy – tzv. multiproblémové rodiny
- Speciálně vytvořená varianta vícerodinné terapie pro pacienty s poruchami příjmu potravy

### 1.4.3 Vícerodinná terapie v léčbě poruch příjmu potravy

Vícerodinná terapie jako jedna z metod léčby poruchy příjmu potravy je zčásti reakcí na vzrůstající prevalenci, a především odpovědí na potřeby nových, efektivních přístupů zejména pro ty pacienty, kteří neprospívají v samotné rodinné terapii, v KBT ani v dalších uznávaných léčebných postupech. Na konci 20. století vznikly denní stacionáře a kliniky nabízející vícerodinné programy inspirované jejich využitím u jiných psychiatrických diagnóz (Asen, 2000).

Vícerodinná terapie, podobně jako model ambulantní rodinné terapie, hledá způsoby, kterými mohou rodiče přispět k uzdravení své dcery, partneři pomoci svým partnerkám apod. Pomáhá rodinám překonat pocit bezmoci a neschopnosti zachránit své dítě před důsledky nemoci a vede rodiny k objevení vlastních zdrojů a schopností. Terapie nabízí nové pohledy na roli poruchy příjmu potravy v rodině a širším sociálním okolí pacienta a rodiny. Jako jedna z částí léčby nabízí rodinám zázemí jistoty a bezpečí, prostor k odstranění stigmat a načerpání podpory a pochopení (Dare & Eisler, 2000).

V rámci konceptu existují různé varianty. Svá specifika má práce s dětmi a dospívajícími s anorexia nervosa, nověji vznikl program pro pacienty s bulimia nervosa a jejich rodiny (Dodge, Hodes, Eisler & Dare, 1995). Vícerodinná terapie má svůj význam i v léčbě dospělých pacientů. Program pro ně a jejich rodiny má vypracovanou strukturu a metodologii, které odpovídají potřebám těchto pacientů, z nichž mnozí jsou považováni za chronické a vůči léčbě rezistentní (Treasure, Whitaker, Whitney & Schmidt, 2005).

I přes obecnou snahu v psychoterapii nalézt důkazy o účinnosti jednotlivých psychoterapeutických přístupů v léčbě různých onemocnění, je třeba zdůraznit, že celkový úspěch léčby je podle metastudie Asaye a Lamberta z roku 1999 pouze v 15 % dán specifiky určitého terapeutického přístupu. Stěžejní vliv zůstává na osobnosti terapeuta a faktorech pacientova prostředí. Vícerodinná terapie se snaží být spíše eklektickým programem a jednou z částí léčby, než uceleným, filozoficky a metodologicky striktně ohraničeným terapeutickým směrem (Eisler, 2005).

#### 1.4.4 Terapeutické fáze

Fázemi vícerodinné terapie jsou vzájemně se ovlivňující a prolínající, přesto myšlenkově oddělené etapy, odlišné zaměřením a cíli. Někteří autoři (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005) rozlišují tři fáze, jiní (Eisler, 2005) následující čtyři fáze:

##### 1. *Orientace na problém - vývoj terapeutického vztahu a zakázky*

Před samotným začátkem cyklu je důležitým momentem úvodní seznamovací setkání. Jej se účastní rodiny z předchozího, již ukončeného cyklu, s rodinami, které teprve vstupují do programu. Přibližně dvě hodiny trvající setkání je důležité pro vytváření pocitů důvěry, jistoty a bezpečí ve vztahu k prostředí i terapeutickému týmu. Tento krátký prvotní kontakt s vícerodinnou terapií je motivačním faktorem a předchází nikoliv výjimečné situaci, kdy těsně před zahájením cyklu některé rodiny z více či méně jasných důvodů odmítnou účast (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005; Eisler & Dare, 2000).

Na počátku terapie jsou všichni zúčastnění nejistí, dcera (nebo velmi zřídka syn) trpící poruchou příjmu potravy je často v opozici vůči zbytku rodiny. Je třeba rodinu povzbudit a ujistit ji o pozitivních rozhodnutích zúčastnit se terapie. To má výrazný motivační efekt i pro členy, kteří přicházejí z donucení ostatních. Terapeuti navazují kontakt s každým členem rodiny a orientují se v klíčových tématech pozdější terapeutické práce.

Na počátku cyklu může být patrný nedostatek zájmu o hlubší příčiny a rodinné souvislosti nemoci, příbuzní považují za primární zájem vyléčení. Proto je pozornost věnovaná především narativnímu vnímání nemoci. Členové rodiny sdělují své vnímání historie, možných příčin, proměn a důsledků poruchy příjmu potravy. Uvádějí informace, které do té doby měly o nemoci, mohou se ptát na konkrétní otázky. Proto je velká část této úvodní etapy zaměřená na psychoedukaci. Ta je cílená i na odstranění případného sebeobviňování se z nemoci blízkého, nebo dokonce obviňování jiného člena rodiny. Konečným cílem první fáze je podpořit kompetence rodiny k léčbě pacienta a pomoci rodině vymezit se vůči nemoci, která bývá pevně vpletená do rodinných schémat a interakcí. Podpořit rodinu



v důvěře ve vlastní schopnost pomoci je nutné také proto, že pobyt v nemocničním zařízení vyvolává v rodinách pocit závislosti na odbornících a jejich terapeutických schopnostech. Terapeuti se proto snaží pozbyť aspoň část své expertní moci a předat ji skupině. Tým terapeutů dohlíží na dodržení časového rámce, zdůrazňuje nutnost přemýšlet ve směru drobných změn a práci vede ve směru drobných změn a posunů (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005; Eisler, 2005).

## 2. *Orientace na symptomy a jejich změnu*

Ve druhé fázi se pozornost zaměřuje ještě více na symptomy a jejich identifikaci. Zejména jsou-li ve skupině pacienti s nízkým BMI, popřípadě somatickými komplikacemi poruchy příjmu potravy, je třeba upozorňovat na hrozící rizika patologických jídelních návyků. V této souvislosti se může objevit téma hrozící smrti, které klade nároky na kvalitní zpracování, aby bylo možné využít jeho terapeutického potenciálu. Psychoedukace je zaměřená na stravování, velikost porcí, pravidelnost jídel, odstraňování nevhodných jídelních rituálů a význam společného rodinného stravování. Rodiny se učí řešit konkrétní, běžné i výjimečné situace, jako jsou svátky, oslavy, nemoci vyžadující změnu stravovacího režimu, nebo naopak všednodenní stravování ve škole, v zaměstnání apod.

Klíčovou technikou je společné stolování, které využívají rodinní terapeuti v práci s rodinnou krizí (Noorduyn & Vandereycken, 2003). Při něm jsou přítomni terapeuti, kteří jednak sledují chování jednotlivých členů při jídle a jednak určité momenty a projevy komentují, zajímají se o ně, jejich chápání rodiči i pacientkou, podněcují ke změně chování při jídle a rozkrývají anorektické nebo bulimické důvody určitého chování. Jak bude každá rodina na společné stolování reagovat, je dáno velkými rozdíly v závažnosti a délce onemocnění, věku pacientky, jejím postoji k léčbě, komunikačních zvyklostech v rodině a míře frustrace, vzteku, beznaděje. Rodiče se v oblasti jídla často cítí paralyzováni a neschopní správně reagovat. Pro mnohé pacientky i rodiny je tato část léčby tou nejtěžší. Časté jsou vyhrocené, emočně náročné konflikty. Specifické modely považují společné hlavní jídlo za centrální část terapie.

Existují i rodinné „jídelní“ skupinové programy. Během nich se rodiny scházejí s terapeuty pouze za účelem přípravy, konzumace a reflexe jídla. Absolvování krátkodobého jídelního programu bývá pro rodiny podnětem k další psychoterapeutické práci (Noorduyn & Vandereycken, 2003). Autoři se zmiňují i o tom, že terapie vykazuje větší efektivitu léčby, jsou-li rodiče a pacientky při jídle separováni (le Grange, 2005).

Tato neobvyklá součást terapie má záhy velký efekt, jak pro podporu skupinové koheze, tak pro rychlejší posun k žádoucímu jídelnímu chování. Všichni se učí nové, konstruktivní formy komunikace a vztahování se k jídlu a přestávají se společných jídel bát nebo se jim vyhýbat. Tím, že rodiče pochopí rozdíl mezi „dceřiným“ a nemocným „anorektickým“ hlasem a chováním, snadněji překonávají strach, který vzniká z dojmu, že dělat některé věci jinak znamená dělat je hůř (Eisler, 2005; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005).

### *3. Orientace na individuální a rodinný vývoj a autonomii*

Třetí fáze začíná tehdy, je-li možné považovat stav pacientek za stabilizovaný a stravovací návyky za kvalitnější. Rodiče mohou pozvolna snižovat svou kontrolu nad jídlem, hmotností a purgativními aktivitami. Pozornost se přesouvá na vztahy a souvislosti v celé rodině. Role poruchy příjmu potravy je identifikována v širším kontextu rodinné struktury a sebepojetí pacientky. Podporována jsou otevírající se interakční témata a otázky koalic a aliancí. Mohou se objevit rodinná tajemství a potlačované emoční a komunikační obsahy. Účastníci mohou být nepříjemně překvapeni, co vše porucha příjmu potravy maskovala. V tomto okamžiku se mohou podívat do své minulosti, do doby před nemocí. Na druhou stranu pohled do budoucnosti přestává být zúzkostňující.

Tato fáze je nejméně strukturovaná, soubor připravených technik je poměrně široký, protože nelze předvídat vývoj rodin a témata, která budou pro každou z rodin aktuální. Terapeutické techniky symbolicky otevírají oblast vztahů a potlačovaných konfliktů, popřípadě rodinných tajemství, která se mohou objevit v psychosomatických souvislostech. Členové rodiny se učí vzájemně si odpouštět, což často vede k rekapitulaci jejich

dosavadních životů a k transformaci hodnotových systémů a aspirací (Eisler, 2005; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005).

Vzhledem k tomu, že se často programu účastní také sourozenci nemocných dívek, je nezbytné věnovat pozornost terapeutické péči o ně. Porucha příjmu potravy narušuje interakční strukturu rodiny a sourozenci se mohou cítit odstrčeni a zanedbávaní. Ostatní děti v rodině musí pocítit svou důležitost a získat pocit kompetence a rovnoprávnosti v rodině. Je nutné podpořit osobnost každého sourozence a rozšířit pozornost rodičů také na zdravé děti. Ty se někdy brání slovy, že jich se terapie netýká, že nejsou důležité. Avšak je nezbytné zajistit pro ně dostatečný prostor, v němž mohou odhalit své problémy, pohovořit o svých emocích a vztazích. Rodiče jsou podporováni, aby projevovali pozornost všem svým dětem ve stejné míře. Je vhodné naznačit, že porucha příjmu potravy může vyvolat u sourozenců dojem, že je cestou k privilegovanosti dětí v rodině. Podpora osobnosti všech dětí v rodině hraje významnou preventivní roli. 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 (Tomanová & Papežová, 2006).

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.

#### *4. Orientace na budoucnost, objevování nových perspektiv a ukončení terapie*

Závěr terapeutického cyklu je opět poměrně variabilní a málo strukturovaný. Diskuze ve skupině je především reflexí změn a posunů, subjektivně vnímaných kroků a nových pohledů a objevů, ke kterým došlo během léčby. Jedním z hlavních principů vícerodinné terapie je předpoklad, že rodiny jsou skutečnými experty majícími maximální kompetence a odpovědnost k léčbě. Význam tohoto principu se objevuje právě v momentě před ukončením terapie, kdy rodiny mohou mít strach či úzkost z „vypuštění do normálního života“, kdy

nebudou mít plnou a stálou podporu skupiny a terapeutického týmu. Mají obavy, že nedokážou dostatečně splnit svá očekávání i domnělá očekávání skupiny a terapeutů. Nutností je proto podpora autonomie a individuality každého člena rodiny, zdůraznění osobních práv na vlastní problémy, na stejnou pozornost a respekt.

Stěžejním tématem je prevence relapsu a strach z něho, který rodiny prožívají. Učí se identifikaci jeho varovných signálů a tomu, jak racionálně reagovat na případná nebezpečí. Společná skupinová práce vede k vytvoření seznamu možných efektivních řešení případných problémů a krizových situací.

Je vhodné ukončit cyklus závěrečným rituálem, který si rodiny samy vytvoří. Tento rituál bude symbolem toho, že rodiny jsou plně autonomní, schopné nalézt a využít vlastní ozdravné zdroje a mít svou optimisticky vnímanou budoucnost. Některé rodiny nebo jen pacientky mohou nadále pokračovat v individuální terapii (Eisler, 2005; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005).

#### 1.4.5 Struktura a organizace terapeutického cyklu

Struktura vícerodinné terapie má charakter doporučení a umožňuje terapeutickým týmům variabilní adaptaci harmonogramu podle možností a zkušeností daného pracoviště. V zásadě je dodržována posloupnost úvodního vícedenního bloku a následných jednodenních setkání (Tomanová & Papežová, 2006).

Autoři programu pořádající cykly vícerodinné terapie poruch příjmu potravy v Maudsley Hospital v Londýně postupují podle původního návrhu struktury, která počítá s 24týdenním programem. 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 odstupe čtyř týdnů, druhé v odstupe šesti týdnů. Poslední dvě setkání trvají vždy tři hodiny odpoledne a jsou konaná v časové distanci šesti týdnů. Během, i po absolvování celého programu formou skupinových setkání je každá rodina, nebo sama pacientka, v individuální péči terapeuta,

popřípadě je vícerodinná terapie zvolena jako jedna z částí terapeutického plánu konkrétního pacienta v rámci pobytu na lůžkovém nebo denním oddělení (Dare & Eisler, 2000).

Tato struktura je inspirací pro mnoho dalších terapeutických týmů ve světě (Norsko, Argentina, USA a další) a také pro náš Pražský model vícerodinné terapie (Mehl, Tomanová, Papežová, submitted).

Drážďanský model je co do počtu dní intenzivnější. Po informačním a seznamovacím večeru je celý terapeutický cyklus zahájen úvodním pětidenním blokem. V intervalu tři týdnů následuje třídní blok. Poté se rodiny setkávají vždy dva po sobě jdoucí dny jedenkrát za měsíc. V posledních třech až čtyřech měsících je intenzita snižena na jeden den v měsíci. Celý cyklus trvá jeden rok. Po jeho skončení jsou rodiny, které právě absolvovaly léčbu, pozvány k dalšímu informačnímu a seznamovacímu večeru, kdy předávají své zkušenosti rodinám v následujícím cyklu (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005). Strukturu Drážďanského přístupu využívají například pracovníci specializovaného centra pro poruchy příjmu potravy v holandském Smilde (Fleminger, 2005).

Program vyžaduje dobrou organizační připravenost. K dispozici má být prostorná 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). Další místnost je využívána jako terapeutické zázemí, kde probíhají nezbytné týmové reflexe. Nezbytností je kuchyňka pro přípravu nebo 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 (Dare & Eisler, 2000).

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. Někteří autoři (Asen, 2000) terapeuticky využívají přítomnosti pozorovatelů jako reflexního týmu podle vzoru Andersenova systemického přístupu.

Terapeutický tým je většinou tvořen párem hlavních terapeutů a přibližně čtyřmi ko-terapeuty. Podmínkou jsou zkušenosti terapeutů v oblasti poruch příjmu potravy nebo rodinné terapie. Ko-terapeutem může být také sestra působící na oddělení pro poruchy příjmu potravy, která zajišťuje podávání jídel. V původním autorském návrhu klinika rodinám zajišťuje obědy a odpolední svačiny. Je důležité, aby jedli všichni zúčastnění členové. Skladba pokrmů je běžná, bez dietních opatření, s výjimkou lékařsky odůvodněné změny stravy (potravinové alergie, diabetes mellitus apod.). Odpolední svačiny sestávají z teplých a studených nápojů, ovoce a sladkého pečiva. Dopolodní svačiny si rodiny zajišťují samy. Je žádoucí, aby se na přípravě pokrmů, zejména na servírování porcí, podílely i rodiče. Někdy je vhodné dovolit dívkám s poruchou příjmu potravy, aby naservírovaly jídlo celé své rodině. Je možné jednou nebo dvakrát zadat rodinám úkol, aby si přinesly vlastní oběd, který si pak ohřejí. Musejí se doma dohodnout na typu jídla a společně ho připravit v potřebném množství.

Součástí terapeutického programu se stalo využití videonahrávek nebo jednocestného zrcadla, proto je třeba rovněž zajistit obsluhu technického zařízení, zejména videoprojektoru (Dare & Eisler, 2000).

#### 1.4.6 Indikace a kontraindikace vícerodinné terapie

Před přijetím rodiny do programu vícerodinné terapie je nutné provést vstupní vyšetření a zvážit, 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 indikována téměř ve všech případech poruch příjmu potravy (Asen, 2002). Vyloučeny bývají závažnější komorbidity, jako například psychotická onemocnění, těžké depresivní stavy, mentální retardace 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 výraznějších intrarodinných komplikací, především abusus rodičů, závažné, prozatím neřešitelné konflikty, fyzické násilí či suicidální tendence a další. Pro tyto, tzv. multiproblémové rodiny, je vhodnější vytvořit samostatný program podle doporučení (Asen & Bianchi, 2007).

Je-li somatický stav pacienta natolik závažný (velmi nízký BMI), je možné kombinovat vícerodinnou terapii s hospitalizací. Pokud somatický stav pacienta účast na programu neumožňuje (dlouhodobé upoutání na lůžko) nebo se pacient odmítne zapojit, může se účastnit rodina bez pacienta. V takových případech je zdůrazněna nutnost podpory rodiny, potvrzování jejích kompetencí a péče o individualitu každého člena (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005).

#### 1.4.7 Studie efektivity vícerodinné terapie

Počet výzkumů zabývajících se účinností této intervence se zvyšuje. Některé jsou mezinárodní a zároveň komparativní, hovoří o různých variantách modelů. Jejich vzájemné srovnání se zvážením sociokulturních a politických vlivů dané země je zajímavé, přesto neodpovídá požadavkům empiricky čistých studií.

Zhodnocení efektivity Drážďanského modelu ukázalo signifikantní pokles opakovaných hospitalizací, zlepšení somatického stavu a symptomatiky. V rodinách došlo ke snížení napětí, konfliktů a naopak k podpoře kooperativní atmosféry (Scholz & Asen, 2001). Pokles relaps po zařazení chronických pacientů do programu vícerodinné terapie potvrdila i další studie (Rhodes & Madden, 2005).

Pozitivní vliv vícerodinné terapie je patrný u sebepoškozujících se pacientů a pacientů s hraniční osobností. Metaanalytické srovnání kontrolovaných studií kombinace vícerodinné

terapie s dialektickou behaviorální terapií, prokázalo redukci sebevražedných myšlenek a individuálního napětí, podporu rodinných vztahů díky tomu, že si rodiče osvojují nové strategie podpory a ochrany jejich dítěte. V případě bulimia nervosa se prokázal pozitivní efekt podpory rodiny během společného stravování a diskuze po něm. Stejně jako v případě terapie anorexia nervosa, i zde šlo především o nácvik dovedností vedoucích k vyšším kompetencím rodičů při léčbě (Carr, 2009).

Již delší dobu probíhají srovnávací mezinárodní studie efektivity vícerodinné terapie. Jejich předběžné závěry jsou průběžně publikovány a nabízejí slibné výstupy (le Grange, 2005). Londýnská studie vedená Lim et al. v roce 2000 potvrdila hypotézu, že rodiny vnímají především možnost scházet se ve skupině jako přínosnou, zejména pro získání podpory a odvahy. Studie také ukázala, že při této formě terapie jen malé procento (2-3 %) rodin léčbu nedokončí (Eisler, 2005). Drážďanský tým již při pilotním výzkumu prokázal, že vícerodinná terapie je nejen rodinami i pacienty akceptovaná a kladně hodnocená, ale její efekt lze hodnotit také signifikantními pozitivními změnami v symptomatice, délce léčby, ve snížení pravděpodobnosti relapsu, a především v rodinné struktuře a dynamice. Následná studie stejného autorského týmu poukázala na finanční efektivitu přístupu. Jeho využitím se snížily náklady na hospitalizace o 30 %, o 25 % se zkrátila doba léčby a o 50 % se snížila opakovaná přijetí k hospitalizaci (Scholz & Asen, 2001). Zajímavé závěry přinesla studie opět drážďanského týmu (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005), která porovnála spokojenost rodičů a pacientek po hospitalizaci a po vícerodinné terapii. 89 % rodičů hodnotilo hospitalizaci jako neuspokojivou, zatímco vícerodinná terapie byla vnímána jako velmi uspokojivá 60 % rodičů. Dle očekávání, hodnocení pacientek bylo méně optimistické: 14 % jich hodnotilo vícerodinnou terapii jako neuspokojivou a 39 % jako velmi uspokojivou.

S cílem překonat metodologickou různorodost byla vyvinuta a následně validizována škála 'Rodiče versus anorexia', která měří rodičovský vliv během léčby na základě Maudsley modelu (Rhodes & Madden, 2005).



Obtížnost jasně definovatelných závěrů studií efektivity různých terapeutických přístupů potvrzuje také výzkum léčebných faktorů vícerodinných skupin a jejich porovnání z pohledu rodin a terapeutů (Lemmens, Wauters, Heireman, Eisler, Lietaer & Sabbe, 2003). Tento výzkum je jedním z mála, které se spíše než na efektivitu, zaměřují na změny a k nim vedoucí samotný proces terapie. I když jsou si autoři vědomi spekulativní povahy analýzy výpovědí rodin a odborníků, je zřejmé, že odborníci mají tendenci zdůrazňovat jiné faktory a změny než rodiny. Tato studie však znovu poukázala na význam skupinové práce umožňující zážitek podpory, soudržnosti a také vzhledu do vlastního problému, které rodiny hodnotily výše než samotnou aktivitu terapeutů. Podněty vyplývající ze zjištění výzkumníků jsou cenné pro organizaci celého léčebného procesu a zároveň jsou výzvou pro hlubší zájem o to, co rodiny i pacienti vnímají jako skutečně efektivní a léčivé.

## 2. Klinická část – vícerodinná terapie v Čechách

Jednotka specializované péče pro poruchy příjmu potravy (JSPPPP) umožňuje pacientům léčbu formou ambulantní terapie, hospitalizace, denního stacionáře a pořádá také doléčovací skupinová setkání. V zájmu komplexní terapeutické intervence a v souladu s nejnovějšími poznatky a léčebnými doporučeními se vícerodinná terapie stala plnohodnotnou součástí terapeutické nabídky.

### 2.1 Terapeutický tým

Terapeutický tým se vyvíjel a postupně stabilizoval. V prvním roce se skupinových setkání vedených supervizorem a jedním z autorů přístupu dr. Ivanem Eislerem účastnilo až 15 terapeutů majících zkušenosti s léčbou pacientů s poruchami příjmu potravy. Zpočátku byl terapeutický tým poměrně nestabilní, vlivem motivace a časových a profesních možností terapeutů. Avšak poslední dva cykly od roku 2008 již jsou vedené stejnými terapeuty, ke změnám dochází jen zřídka. To umožňuje intenzivnější práci, větší terapeutickou jistotu a propracovanost programu. Každý z terapeutů má svou úlohu a zároveň jsou terapeuti schopní se vzájemně zastoupit.

Tým pracuje v tomto složení:

- dvě hlavní terapeutky
- odborná garantka, psychiatryně zajišťující psychoedukativní složku programu
- interní supervizorka
- dětská a dorostová psychiatryně
- specializovaná sestra se zkušenostmi s pacienty s poruchami příjmu potravy
- ko-terapeuti s důrazem na zastoupení obou pohlaví (zapisují průběh setkání)
- terapeutka zodpovědná za organizaci cyklu a komunikaci s rodinami mimo sezení
- terapeutka zodpovědná za sběr dat pro výzkum
- externí supervizor a školitel

Podmínky pro účast v terapeutickém týmu jsou dvě: zkušenost s pacienty s poruchami příjmu potravy a zkušenost s prací s rodinami nebo teoretické znalosti rodinné terapie.

Specializovaná sestra pracuje na Denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy a je hlavní konzultantkou pro stravování a skladbu jídel.

Vyváženost mezi muži a ženami v týmu je ideálem, avšak podmínky nám umožňují dbát pouze na to, aby v každém cyklu byl přítomen alespoň jeden muž.

Externím supervizorem týmu je dr. Ivan Eisler.

## 2.2 Vývoj a utváření českého modelu vícerodinné terapie

V souladu se zvyšováním kvality poskytované péče vznikla potřeba prohloubit práci s rodinami pacientů. Ta byla doposud zajišťována formou klubů konaných jednou za měsíc. Jejich cílem je především kognitivní psychoedukace a podpora rodin (Krch, 2005). Kluby nemohly nahradit intenzivní rodinnou psychoterapii, kterou rodiny i pacienti stále častěji žádali. Myšlenka zařadit rodinnou terapii do péče o pacienty vycházela jednak z aktuálních doporučení léčebných vodítek pro léčbu poruch příjmu v dětství a dospívání potravy (NICE, 2004), a jednak ze zkušeností zahraničních týmů přímo s vícerodinnou terapií.

- *Autorské vedení a výcvik*

Díky spolupráci s londýnskou psychiatrickou klinikou bylo možné využít autorského vedení a výcviku v přímé práci s rodinami. Dr. Ivan Eisler byl hlavním terapeutem během celého prvního cyklu a pomohl utvořit strukturu programu podle možností zdejšího terapeutického týmu a organizačních podmínek JSPPPP.

V červnu 2004 byl zahájen první cyklus, kterého se zúčastnily čtyři rodiny s dcerou s mentální anorexií. Následující každoroční cykly jsou pod supervizním vedením Ivana Eislera.

- *Počáteční problémy*

Zpočátku bylo nutné překonat určité komplikace a vyřešit zejména organizační otázky. Protože se vícerodinná terapie koná v prostorách Denního stacionáře při JSPPPP a

částečně i na Denním stacionáři pro adolescenty, bylo třeba sladit běžný chod obou stacionářů s rodinnými sezeními, ať už formou alternativního prostoru nebo programu pro pacienty ze stacionářů. Ti se při vstupu na stacionář dozvídají o možnosti využít vícerodinné terapie jako součásti léčby.

Klíčová byla stabilizace zpočátku fluktuujícího terapeutického týmu. Terapeuti se sezení s rodinami účastnili během každodenních pracovních povinností, popřípadě si brali dovolenou. To vedlo k mnoha absencím a početným obměnám týmu nejen mezi jednotlivými cykly, ale i v rámci již běžícího cyklu nebo dokonce během terapeutického dne. Proto zůstali v týmu ti, kteří prokázali skutečný zájem a ochotu sladit profesní i osobní aktivity s vícerodinnou terapií.

Finanční zajištění programu není doposud zcela vyřešené. Zdravotní pojišťovny proplácejí péči pouze dle povolených limitů a nasmlouvaných služeb. Opakovaně se podařilo získat finanční podporu formou grantů. Rodiny si hradí stravu a přispívají na materiální zajištění a nákup nezbytných pomůcek.

- *Pokračování a výhled*

V roce 2010 byl zahájen již šestý cyklus, kterého se zúčastnilo pět rodin. Program má v současnosti ustálenou strukturu, harmonogram a pravidla komunikace s rodinami. První zkušenosti s českou variantou vícerodinné terapie byly odborné i laické veřejnosti představeny v publikacích a na mezinárodních konferencích, což jistě přispívá k rostoucímu povědomí o této možnosti léčby a také ke stoupajícímu zájmu rodin zapojit se do programu.

Hned po zavedení přístupu byl zahájen kvalitativně-kvantitativní výzkum s cílem zhodnotit efektivitu a odezvu rodin.

### 2.2.1 Komunikace s rodinami a jejich výběr

Prvních cyklů se účastnily převážně rodiny pacientek hospitalizovaných na JSPPPP nebo docházejících do Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy, Denního stacionáře pro adolescenty nebo do ambulance při JSPPPP. Vícerodinná terapie jim byla nabídnuta jako komplementární součást léčby.

- *Klíčový předpoklad - motivace*

Motivace rodin nebo alespoň většiny jejich členů je hlavní podmínkou pro zařazení do programu. Inzerce v psychologickém časopise a na internetovém portálu umožnila účast dalším rodinám. Po otevření nové ambulance pro první kontakt s pacienty s poruchami příjmu potravy se počet rodin motivovaných pro vícerodinnou terapii stále zvyšuje. Ideálem je možnost vytvořit takovou skupinu rodin, která bude věkově i diagnosticky vyrovnaná.

Předtím, než jsou rodiny přijaty do programu, je nezbytné získat informace o struktuře rodiny, historii poruchy příjmu potravy, prodělané léčbě, současném stavu atd. To se týká především rodin, které vyhledají kontakt samy.

Rodiny jsou při úvodním telefonickém, osobním nebo e-mailovém kontaktu seznámeny se strukturou a dosavadními zkušenostmi s vícerodinnou terapií, a také s podmínkami účasti. Těmi jsou především prokazatelná motivace rodiny včetně pacientky a obou rodičů, popřípadě partnera pacientky, žije-li již odděleně od původní rodiny. Rodiny jsou poučeny o nutnosti účastnit se všech setkání, připouští se jen zcela výjimečné absence.

Vícerodinná terapie je určena téměř pro všechny typy rodin i různé formy poruchy příjmu potravy, přednost však získávají pacientky s mentální anorexií a jejich rodiny. Existují určitá vylučovací kritéria (viz odstavec 2.4.6).

- *Formální přijetí do programu – práva a povinnosti*

V rámci seznámení s probíhajícím výzkumem rodiny podepisují informovaný souhlas s výzkumem (popřípadě souhlas zákonných zástupců za nezletilého jedince), souhlas s pořizováním audiovizuálních nahrávek a stručnou terapeutickou smlouvu. Všichni členové rodiny musí respektovat, že nedílnou součástí setkání je společné stravování, kterého je

třeba se účastnit. Zachováno je právo odmítnout účast na nějaké technice nebo nezodpovědět některé otázky. Rodiny jsou poučeny o běžných pravidlech skupinové terapie včetně nutnosti udržet sdílené informace uvnitř skupiny a poučení o významu poskytování a žádání zpětné vazby všem a od všech zúčastněných.

Všichni členové mají možnost kdykoliv v mezidobí dvou setkání kontaktovat kohokoliv z terapeutického týmu. Mohou získat telefonickou radu nebo podporu, sdělit závažné informace ohledně vývoje v rodině, zdravotního stavu apod. Je možné smluvit si individuální konzultaci s terapeutem z týmu, získat kontakty na odborníky v místě svého bydliště nebo v případě náhlého zhoršení stavu pacientky požádat o její hospitalizaci na JSPPPP. Ambulantní péče doplňující vícerodinnou terapii je žádoucí a je snahou, aby se stala jednou z podmínek.

- *Předávání organizačních informací*

V rámci možností se rodiny dopředu dozvídají termíny setkání, což jim umožní dopředu zorganizovat si osobní, školní a pracovní program. Na úvodní setkání jsou zvány informačním dopisem se závaznou přihláškou. Na další setkání jsou dvakrát upozorněny e-mailem nebo telefonicky.

### 2.2.2 Návčik dovedností a autorská supervize

Terapeutický tým se pravidelně schází k intervizním reflexím a diskuzím o programu a jednotlivých rodinách. Konají se před každým sezením, po jeho skončení a podle potřeby i v mezidobí. Relativně dobře funguje týmová komunikace formou e-mailů. Supervize je průběžně zajištěná zkušenou psychoterapeutkou a odbornou garantkou.

- *Vývoj terapeutických kompetencí*

Stěžejní supervizi poskytuje dr. Ivan Eisler. Setkání s ním probíhají jednou ročně. V úvodních dvou cyklech byla supervize propojená s výcvikem a školením v přístupu a jednotlivých technikách. Přímá práce s rodinami byla zkombinovaná s teoretickým úvodem

do historie, principů a zásad přístupu. Praktický nácvik probíhal formou tréninku modelových situací, sebezkušeností s technikami a vcítěním se do role člena rodiny nebo pacientky.

- *Témata supervizí*

Nynější supervizní setkání jsou věnována konkrétním momentům, otázkám a řešení obtížných situací a problémů, které se objeví v rámci skupiny, jednotlivých rodin nebo v terapeutickém týmu. Příkladem je řešení situace, kdy do programu byla přijata rodina s hluchoněmou dcerou trpící mentální anorexií. Komunikace byla značně ztížená a přítomnost tlumočnice nebyla vždy efektivní. Pacientku se podařilo zapojit do skupiny i přes její handicap a na většině setkání nebyla asistence tlumočnice nutná.

Terapeuti pociťovali nejistotu při asistenci a intervenci během společného stravování rodin. Nejistota byla daná především nezvyklostí a ojedinělostí techniky, a také silnými doprovodnými emočními a vztahovými projevy během jídla. Formou náhledů a konkrétních cvičení bylo možné alespoň zčásti podpořit terapeutické kompetence k této podobě práce.

Obtížným tématem je riziko smrti, popřípadě závažných zdravotních komplikací u zvláště podvyživených pacientek. Terapeuti se mohou ocitnout v osobním i profesně etickém rozporu, zda a jakým způsobem pokračovat v práci s takovou pacientkou. Preferencí zůstává hospitalizace ve specializovaném zařízení nebo přímo na JSPPPP, proto se terapeutickým cílem číslo jedna může v takových případech stát právě souhlas pacientky s hospitalizací.

- *Supervize jako terapie*

Supervize je nezbytnou podmínkou dobrého průběhu cyklu a může se dokonce stát přímou součástí terapeutické intervence v rámci setkání s rodinami. Terapeuti mohou využít intervizní diskuze podobně jako techniky reflexního týmu. Pokud organizace umožní uspořádat setkání s rodinami v době autorské supervize, je možné její část vnést do denního programu.

### 2.2.3 Odlišnosti českého přístupu

Pražský program je méně intenzivní než některé jiné modely, zejména londýnský a drážďanský. Zde bylo nezbytné přizpůsobit se časovým možnostem terapeutického týmu a faktu, že se vícerodinná terapie koná v prostorách denních stacionářů, jejichž program není možné výrazně narušit. Celkem se rodiny setkají osmkrát. Všechna setkání jsou celodenní a zahrnují tři společná jídla. Původní Maudsley model umožňuje závěrečná setkání půldenní a s vynecháním jídel.

Terapeutický tým je poměrně početný, v případě, že se sejdou všichni terapeuti, může čítat až 10 členů. Většinou se však jednoho sezení účastní přibližně 6 až 7 terapeutů. Vždy jsou přítomny dvě hlavní terapeutky, terapeut mužského pohlaví, specializovaná sestra, psychiatryně pro děti a dospívající, terapeutka zodpovědná za komunikaci s rodinami, garantka programu a alespoň částí se sezení se účastní interní supervizorka.

Strava je objednávána z centrální jídelny a zahrnuje dopolední svačinu a oběd o dvou chodech. Odpolední svačinu si rodiny obstarávají samy. Alespoň jedenkrát jsou rodiny vyzvány, aby si jídlo připravily doma samy a přinesly s sebou.

- *Udržování kontaktu s rodinami a tradiční hromadná setkání*

Během cyklu i po něm zůstává terapeutický tým s rodinami v kontaktu. Některé z nich nebo jen pacientky jsou nadále v individuální péči některého z terapeutů nebo nastoupí na Denní stacionář či zcela výjimečně k hospitalizaci. Důvodem, proč rodiny alespoň jedenkrát do roka kontaktujeme, je snaha o každoroční setkání všech, kteří se vícerodinné terapie zúčastnili. Mapujeme jejich vývoj, úspěchy i neúspěchy ve vztahu k nemoci i ostatním oblastem individuálního a rodinného života. Můžeme hodnotit dlouhodobý vliv vícerodinné terapie na relaps, rodinu i jednotlivce a v budoucnu bude možné na toto téma učinit závěry. Pro většinu rodin jsou tato setkání pozitivní, dávají jim důvod k rekapitulaci uplynulého roku, vzájemnému sdělení si zážitků, důležitých událostí, myšlenek a potřeb. Oceňují i možnost setkat se s jinými rodinami, jak s těmi, které spolu s nimi absolvovaly program, tak i s těmi, které doposud neznají. Takové setkání je především setkáním s jiným příběhem, avšak



s podobným problémem. Rodiny, které v té době ukončují terapii, vidí možnosti zvládnání, ale bohužel i nezvládnání poruchy příjmu potravy v jiných rodinách, mohou se inspirovat a poučit.

Tři rodiny odmítají přijít, přesto zůstávají v telefonickém kontaktu. Za některé dochází pouze dcera nebo naopak matka. Alternativou pro setkání, pokud se nemohou rodiny zúčastnit, je napsání dopisu, ve kterém shrnou svůj pohled na současnou situaci i blízkou minulost.

Pro terapeuty jsou tato mimořádná setkání silným zážitkem a motivem pro další práci.

### 2.3 Struktura programu a metodické otázky

Vícerodinný program nabízený na JSPPPP je inspirovaný především prací týmu v londýnské Maudsley Hospital. Přesto, jak bylo zmíněno v předchozím odstavci, je pražský přístup mírně odlišný.

#### 2.3.1 Terapeutický cyklus

Základní rozdíl oproti autorským modelům je v délce úvodního bloku. Původně čtyřdenní či dokonce pětidenní úvodní blok byl zkrácený na tři dny, většinou čtvrtek, pátek a sobotu. Každý cyklus začíná v zimních měsících, v listopadu, lednu nebo v únoru. Začátek cyklu je závislý na době potřebné k sestavení skupiny rodin. Díky rostoucímu zájmu i informovanosti odborné i laické veřejnosti již není nutné přijmout každou rodinu. Pomalu se tvoří krátký pořadník, který umožňuje vybrat rodiny podle nejdůležitějšího kritéria – motivace. Přednostně jsou zařazovány pacientky s mentální anorexií a jejich rodiny, neboť vícerodinný program pro léčbu bulimia nervosa je do jisté míry odlišný (Dodge, Hodes, Eisler & Dare, 1995).

Po čtyřech a posléze po šesti týdnech následují čtyři jednodenní setkání. Teoretické pozadí vícerodinné terapie dělí celý cyklus do tří nebo čtyř fází. Autoři (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005; Eisler, 2005) upozorňují na proměnlivost délky jednotlivých fází a také na jejich vzájemné prolínání. Zjednodušeně lze první fázi 'Orientace na problém a vývoj terapeutického vztahu a zakázky' zařadit do prvního dne cyklu. Druhá fáze, 'Orientace na symptomy a jejich změnu', se odehrává během zbývajících dvou dnů úvodního bloku, ale její

témata se kontinuálně objevují i ve zbývajících fázích. Přechod od symptomaticky zaměřené fáze je doporučený také až tehdy, dosáhne-li hmotnost pacientek 80-90% jejich ideální (zdravé) hmotnosti. Této podmínky však není možné vždy dosáhnout (Rhodes & Madden, 2005).

Třetí fáze, 'Orientace na individuální a rodinný vývoj a autonomii', se týká třech následných setkání a fáze poslední, 'Orientace na budoucnost, objevování nových perspektiv a ukončení terapie', je směřovaná na předposlední setkání.

Poslední setkání je odlišné tím, že se koná až po dvanácti či více týdnech a je rozdělené do dvou částí. První, dopolední část, je věnovaná rodinám z právě ukončovaného cyklu. Techniky jsou zaměřené na témata všech čtyř fází, ale především na budoucnost a autonomii všech členů rodiny. Druhá, odpolední část, je prostorem pro tradiční setkání všech rodin, které se od roku 2004 zúčastnily vícerodinné terapie.

### 2.3.2 Terapeutický den

Každé ze setkání je strukturované, má svůj přesně daný a dodržovaný časový harmonogram. To má svůj význam i pro potvrzení důležitosti pravidelného stravování.

- *Příprava*

Terapeutický tým se schází 30 až 60 minut před začátkem každého setkání. Cílem je dořešit detaily programu pro daný den, který může být ovlivněn počtem členů skupiny i terapeutického týmu. Roli hrají také telefonáty před každým setkáním, kdy se terapeutka odpovědná za komunikaci s rodinami ujišťuje o počtu osob, které přijdou. Rodiny během těchto informačních telefonátů mohou nastínit aktuální dění v rodině, případné změny jako je započatá nebo ukončená hospitalizace pacientky, náhlé zhoršení nebo naopak zlepšení zdravotního stavu. Mohou se zmínit o těžkostech spojených se vztahy v rodině (žádost o rozvod, úmrtí, změna zaměstnání, stěhování, apod.) nebo se školním prospěchem dětí.

Terapeutická příprava je klíčová pro hladký průběh celého dne. Je nezbytné připravit potřebné pomůcky, technické zázemí a dohodnout, jak se rozdělí tým v případě oddělených

skupin nebo pro práci s každou rodinou zvlášť. Určuje se dvojice terapeutů, kteří budou přítomní u oběda. Pokud se jedná o úvodní nebo závěrečné setkání, do programu se zahrne čas potřebný pro rozdání či vybrání dotazníků, seznámení rodin s výzkumem a předání informovaného souhlasu. Před začátkem úvodního bloku a na jeho konci probíhá také semistrukturované interview a skupinová diskuze s rodinami. Obojí je součástí metodologie výzkumu hodnotícího efekt vícerodinné terapie.

- *Obecná struktura dne*

Rodiny se scházejí před 9. hodinou ráno. Sestra zvaží pacientky a vyřídí administrativní záležitosti, jako jsou omluvenky nebo potvrzení pro zaměstnavatele. Poté jsou rodiny seznámeny s programem dne. Úvodní společná skupinová reflexe trvá 90 minut. Jejím cílem je shrnout dobu od posledního setkání, zachytit změny, popsat aktuální rozpoložení a pocity, názory a postřehy jednotlivých členů, popřípadě sdělit svou zakázku nebo potřeby pro nynější setkání.

Dopolední program pokračuje společnou, třicetiminutovou svačinou a dopolední tematickou skupinovou prací. První část dne je zakončena 30 minut trvající řízenou relaxací. Před obědem mají všichni možnost vyjádřit svá očekávání nebo obavy vztahující se k hlavnímu dennímu jídlu. Na přípravě a servírování pokrmů se podílejí pacientky, popřípadě jejich sourozenci. Oběd trvá 60 minut.

Protože je společné stolování často doprovázeno silnými emotivními doprovody, je první odpolední část věnovaná reflexi oběda, práci s nahromaděnými emocemi, a pokud možno přerámování některých jevů (například poukázat na strach stojící za nátlakovým chováním otce, vzdor v podobě nedojedení posledního sousta apod.).

Hlavní částí odpoledního programu je další skupinová práce trvající 60 minut. Po druhé svačině a následné reflexi celého dne odcházejí rodiny domů, zpravidla v 15,30.

Terapeutický tým se znovu schází k závěrečnému zhodnocení uplynulého dne. Stanovují se terapeutické cíle a podněty pro další práci s rodinami, zvažují se případné mimořádné kroky (podnět k hospitalizaci, somatickému vyšetření, změně v medikaci apod.).

Terapeut zapisující průběh dne po přepsání svých poznámek rozesílá zápis ze setkání celému týmu, který se k němu vyjadřuje a doplňuje ho. Zápis je součástí archivu, stejně jako výtvarné, písemné nebo jiné výstupy z terapie.

### 2.3.3 Společné stravování jako terapie

Obědy a dopolední svačiny jsou objednávané z centrální jídelny VFN. Odpolední svačinu si rodiny mohou přinést samy nebo využijí nabídky lehkého občerstvení v podobě pečiva nebo sladkých sušenek.

Po příchodu na stacionář a během celého dne mají k dispozici teplé a studené nápoje.

Oběd je jednotný pro všechny zúčastněné, stejně jako velikost porcí. Součástí je polévka (v případě podváhy je doporučením přídavek pečiva) a hlavní chod. Rodiny nemají možnost zvolit si předem druh pokrmu. Výjimku je možné učinit pouze při zdravotních obtížích, předepsaných dietních opatřeních nebo striktním vegetariánstvím. Taková situace však zatím nenastala.

V době svačin je s rodinami specializovaná sestra, připravená zodpovědět případné otázky nebo poradit, například jak určit správnou velikost porce, vhodnou skladbu denního jídelníčku nebo bezpečné načasování jídel.

Terapeuti přítomní u společného hlavního jídla většinou nejedí, ale obcházejí rodiny a navazují s nimi krátký kontakt. Jejich rolí je podpořit efektivní komunikaci během jídla, popřípadě poukázat na významné momenty. Není cílem hodnotit nebo soudit reakce členů rodiny u stolu. Pacientka je pochopitelně vedena k tomu, aby dojedla celý oběd, ale v žádném případě ji nikdo přehnaně nenutí ani nevyhrožuje. Záměrem terapeutického doprovodu při rodinném stolování je pomoci vytvořit v mezích možností příjemnou, poklidnou atmosféru a situaci, která pro zúčastněné nebude předmětem strachu nebo důvodem k vyhýbání se jídlu. Svými komentáři a otázkami předávají terapeuti rodičům kompetence a povzbuzení ve vyjednávání s dcerou o jídle, velikosti porcí, dojídaní apod.

Pro rodiče je vítaným prožitkem podpora ostatních rodičů, vzájemně se ujišťují o svém jednání a o tom, že jsou to oni, kdo mají nejsilnější strategie a nástroje pro léčbu. Také pacientky se mohou společně motivovat ke snědení většího množství jídla.

Společné jídlo může mít několik variant, které jsou pro zúčastněné zajímavým zážitkem. Rodiny jsou například rozděleny tak, že rodiče sedí u jednoho stolu s dcerou z jiné rodiny, rodiče sedí v oddělené skupině od dětí apod.

Během jídla jsou rodiny často natáčeny na video (po předchozím souhlasu). Přesto, že mnozí považují natáčení za nepříjemné a zbytečné, je později promítaný materiál cenným námětem pro reflexi, zpětnou vazbu a pro mnohé zdrojem nových informací a důvodem k zamyšlení.

Reflexe následuje hned po skončení oběda. Hodnocené jsou změny oproti předchozím sezením, bezprostřední pocity a dojmy.

K tématu společného stravování patří i otázky mimořádných událostí. Součástí tematických skupinových technik nebo námětem psychoedukace jsou Vánoce, rodinné oslavy, stravování během nemoci, cestování, ve škole apod.

Pokud pacientka po jídle zvrací, je třeba učinit preventivní kroky. Rodiče jsou instruováni, aby se svou dcerou strávili po jídle alespoň 30 minut procházkou, společenskou hrou, povídáním si, ale ne o jídle.

V této části léčby nejsou výjimečné problematické momenty. Rodiče se mohou zdráhat komentovat dceřino jídlo, neumí sami odhadnout velikost porcí, ustupují před dceřinými požadavky (například vynechat dezert, máslo na pečivu apod.), dojírají po dceři, reagují agresivně nebo naopak bezmocně. Kontraproduktivní je zpochybňování terapeutických doporučení a vytváření pro-anorektických koalic s dcerou („*Také mám pocit, že je to příliš velká porce, sama bych to nesnědla.*“, „*Mleté maso my doma nikdy nevaříme.*“). Ze strany pacientek se může objevit agrese, demonstrativní vzdor s cílem vyhnout se jídlu.

#### 2.3.4 Výběr terapeutických technik a nástrojů

Přesto, že je vícerodinná terapie ideologicky nevyhraněným přístupem, nejvýraznější vliv na její vývoj i na metodiku měla systemická rodinná terapie. Ta přinesla mnoho nových, netradičních a v praxi snadno využitelných nástrojů (Asen, 2002). Východiskem je systemické pojetí problémů, které zdůrazňuje, že problémy nejsou výrazem dysfunkce (viz pojetí Selvini-Palazzoli anorexiogenní matky), ale problematický je systém sám o sobě. Problém je každé téma komunikace, které ti, kterých se týká, vyhodnotí jako nežádoucí a vyžadující změnu. Problém je tedy stav, který je změnitelný a který pomine, jestliže se na jeho vyřešení shodnou všichni důležití. Symptomatické chování má často dvojí charakter: stalo se problémem a zároveň je samo řešením. Většinová komunikace o problému (medicínské, společenské pojetí) přispívá k jeho chronifikaci, které je třeba zabránit (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

- *Základní systemické nástroje*

Způsob práce staví terapeuty do role zvědavého a zvidavého pozorovatele, který si všímá, ptá se, ověřuje, nabízí své vize a asociace a vyzývá k neustálé aktivitě (Scholz & Asen, 2001). Jedním ze základních nástrojů je cirkulární a reflexivní dotazování, založené na předpokladu, že předchozí odpověď je podnětem další otázky. Tento způsob vedení rozhovoru vede k tvorbě nových a odkrývání starých hypotéz, přepsání rodinného příběhu a udržuje celou skupinu v neustálé myšlenkové aktivitě (Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005). Terapeut se ani na jednoduché a zdánlivě lineární skutečnosti neptá přímo toho, koho se týkají, ale jiného člena rodiny nebo skupiny (*např. „Jak si maminka vysvětluje tvoji anorexii?“*, *„Je v rodině někdo, kdo si myslí, že si svou nemoc jen vymýšlíš?“*). Otázky mohou být efektivnější cestou k pomoci než přímé rady (*„Podle čeho by nejspíše táta poznal, že je ti lépe?“*).

Další netradiční formou dotazování je otázka po zázraku (*„Kdyby se přes noc stal zázrak a anorexie by odešla z Vaší rodiny, co především by se změnilo pro tebe/mámu/tátu/sourozence?“*) nebo otázky hypotetické a provokativní (*„Kdyby se Vaše*

*dcera uzdravila, jaká jiná nemoc by přišla do Vaší rodiny a koho by nejspíše postihla?“*) (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

Podobně mohou být využity i nástroje dekonstrukce a reframingu (přerámování). Těmi je například hledání sebeobviňujících myšlenek (*„Obviňujete se, že jste kojila příliš dlouho/krátce?“*) a jejich postupné ničení (*„Kvůli komu jste ve skutečnosti cítila potřebu kojit déle/přestat kojit?“*) odhalením vlivu, jaký mají kulturní a sociální vzorce a očekávání. Narativita pomáhá objevovat slepé skvrny v situacích beznaděje (tzv. zářivé okamžiky) a nechat je pozměnit způsob vyjadřování o realitě. Terapeuti hledají za negativním přesvědčením další významy individuálních přesvědčení (*„Kdo by mohl Váš neúspěch vidět jinak?“*). Hojně využívaná je v tomto smyslu reflektující pozice propracovaná Tomem Andersenem. V té nabízejí terapeuti rodinám vlastní vnímání jejich příběhu a vtahují je do prostoru „možného a nepředvídaného“. Nabízejí pohled na možné a zvolené verze vzpomínek, které se vyprávěním nevybavují, ale vytvářejí (Gjuričová & Kubička, 2003).

Významný efekt má externalizace problému, který je jazykovou i společenskou tradicí vnímán jako součást jedince. Pokud je problémem vážné onemocnění, začínají mu podléhat vztahy, sebepojetí i vidina budoucnosti. Cílem je oddělit problém od jedince a konotovat ho. Nelze označit problém jako jednoznačně negativní, ale je vhodné odhalit i zdánlivě pozitivní přínosy problému (*Pacientka připustí, že její nemoc jí pomáhá vyhnout se sexuálnímu životu*).

Dalšími nástroji jsou paradoxní intence, metafory, analogické příběhy, rituály a návrhy jednání (*„Dělat totéž více“, „Něco vynechat“, Vyzkoušet něco nového“*) nebo tvorba scénářů (von Schlippe & Schweitzer, 2006).

- *Techniky v různých fázích cyklu*

Zaměření jednotlivých fází cyklu určují charakter volených technik. Jejich konečný výběr je ovlivněn preferencí a zkušenostmi terapeutů. Situační vliv je dán aktuální atmosférou skupiny nebo požadavkem na řešení konkrétních témat. Každý terapeutický tým má svůj soubor ozkoušených témat a cvičení.

Osvědčenými technikami našeho týmu jsou:

- symbolické koláže servírovaných jídel
- skutečná příprava jídel a servírování porcí, případně cvičné nákupy
- výměna dětí a rodičů během jídla (dcery si vymění místa a stanou se na chvíli dcerami jiných rodičů)
- přeměna rodinných rolí během jídla (rodiče a dcery si vzájemně vymění své role s cílem umožnit vcítit se do opačného postavení)
- psychosomatické zachycení jevů a potlačovaných obsahů hravou prací s jazykem (*Z čeho mě bolí hlava? Co mi leží v žaludku? Z čeho se mi podlamují kolena? apod.*)
- rodinné kruhy (odhalují preference členů, vzájemné aliance a koalice, kohezi a také autonomii jednotlivce i rodiny ve vztahu k okolí)
- rodinná sousoší (zesilování prožitků v rodině, neverbální znázornění vztahů a důležitých, do té doby nerozpoznaných, témat a průběhu procesů)
- práce s kameny (struktura rodiny včetně poruchy příjmu potravy)
- cesta do bezpečné nejistoty (odkrývá často scestné usilování o bezpečí a pocit naprosté kontroly, který nabízí nemoc)
- časová osa (v tomto pojetí je technika vztažena k blízké budoucnosti jednoho roku, všichni členové rodiny kreslí a popisují společnou osu)
- psaní novinového článku o anorexii (cílem je nahlédnout nemoc zvenčí)
- cestování časem (s cílem nastínit budoucnost bez anorexie)

Součástí programu jsou také:

- Psychoedukace – prezentace a diskuze o faktech o poruchách příjmu potravy a jejich následcích, o klamavých informacích v médiích a mýtech. Pomůckou jsou názorné videoukázky, projekce fotografií a grafů.
- Relaxace – nejčastěji formou jednoduchého jógového cvičení, řízené progresivní svalové relaxace nebo autogenního tréninku.



### 3. Výzkumná část

Hlavním smyslem projektu bylo vytvořit ucelenou strukturu vícerodinné terapie postavenou na českých podmínkách a požadavcích na léčbu poruch příjmu potravy tak, aby její výsledná podoba představovala zakotvený, programově, časově, metodologicky a terapeuticky stabilní model. V průběhu šesti let bylo možné ověřovat tzv. pražský model vícerodinné terapie v praxi – jednak v přímé práci s rodinami a jednak kvalitativně-kvantitativním výzkumem efektivity terapeutického přístupu. Výzkumná část tedy představuje tento výzkum a jeho závěry.

#### 3.1 Cíl výzkumu efektivity vícerodinné terapie

Záměrem výzkumu bylo zhodnotit jednak účinnost vícerodinné terapie v redukci symptomů poruchy příjmu potravy a jednak míru vlivu tohoto terapeutického přístupu na celou rodinu. Z těchto závěrů by pak bylo možné do určité míry posoudit kvalitu výstavby a organizace programu, způsob jeho navržení a implementace do komplexu léčby poruch příjmu potravy.

Dalším cílem bylo objevit posuny a změny, ke kterým během terapeutického cyklu dojde v rodině i u jejích jednotlivých členů, případně nalézt interpersonální vlivy a shody v určitých oblastech. Sekundárním cílem bylo ověření metodologické baterie jako dostatečné pro mapování a zodpovězení stanovených výzkumných otázek.

Význam projektu a smysl jeho pokračování byl zhodnocen na podkladě získaných dat a závěrů z výzkumu efektivity terapie.

Výše uvedené cíle odrážejí zejména potřebu evaluace nového programu pro léčbu poruch příjmu potravy. Protože se v českých podmínkách jedná o dosud nevyzkoušený, a tím i nezhodnocený přístup, lze překládaný výzkum považovat do jisté míry za pilotní a také sebekritický – jeho průběh i závěry je nutné podrobit realistické úvaze o vhodnosti metodologie, výběru vzorku, ošetření validity a kvality výzkumu a způsobu zpracování dat. Vedle toho je kritika zacílená na praktické stránky programu – struktura cyklu, složení terapeutického týmu, organizační zázemí, etické otázky atd.

### 3.2 Výzkumné otázky

Východiskem byly tyto výzkumné otázky:

Výzkumná otázka 1:

Vede vícerodinná terapie k pozitivnímu posunu v dotazníky zkoumaných oblastech (kvalita života, efekt terapie, depresivita a sebepojetí) u všech členů rodiny?

Výzkumná otázka 2:

Je možné kvalitativním zhodnocením zmapovat faktory, ve kterých ke zlepšení může docházet? Kvantitativně lze pak posoudit významnost změn a vzájemných vztahů těchto jednotlivých faktorů.

Výzkumná otázka 3:

Budou v posunech a změnách v hodnocených oblastech rozdíly mezi skupinou rodičů a skupinou pacientek? Objeví se rozdíly mezi matkami a otci, mezi dcerami a matkami a mezi dcerami a otci?

Výzkumná otázka 4:

Budou nalezeny signifikantní korelace mezi změnami u jednotlivých členů (např. míra zlepšení depresivních příznaků u matek má souvislost s poklesem depresivních symptomů u dcer)?

Výzkumná otázka 5:

Bude možné nalézt souvislosti mezi změnami zachycenými dotazníky během terapeutického cyklu, a některými faktory (délka onemocnění před vícerodinnou terapií, počet terapeutických pokusů před vícerodinnou terapií, věk, popřípadě jiné)?

Výzkumné otázky směřují k možnosti popisu a hlubší charakteristice předpokládaných změn, zejména v jakých oblastech budou změny největší a v jakých naopak minimální.

Vedle hodnocení efektu terapie bylo žádoucí zvážit užitnost metodologické baterie ve vztahu k cílům a budoucím záměrům výzkumu, popřípadě navrhnout změny v její skladbě.

### 3.3 Metodologie

Výběr výzkumných metod a celkový design projektu vycházel z potřeby co nejlépe zachytit změny, k nimž dojde v rodinách, i u jednotlivých jejích členů během terapeutického cyklu. Zároveň byla tvorba výzkumné strategie ovlivněna novostí programu vícerodinné terapie, a s tím souvisejícími nejasnostmi týkajícími se struktury, délky a způsobu organizace terapeutických cyklů, počtu jejich opakování, počtu rodin, které budou do terapie zařazeny a dalšími vlivy, které nebylo možné dopředu odhadnout.

Počáteční předpoklad zkoumaného vzorku počítal s nízkým počtem rodin (v rozmezí od 20 do 30), které se během doby vymezené pro výzkum vícerodinné terapie zúčastní. Proto byla zvolena kvalitativní metodologie s podporou kvantitativních nástrojů, smíšená výzkumná strategie se schématem simultánní kombinace metod QUAL+quan. Účel projektu naplňoval většinu kritérií aplikovaného evaluačního výzkumu, zaměřeného na hodnocení kvality a význam intervence dle doporučení v literatuře (Hendl, 2008; Miovský, 2006). Povaha léčebného přístupu, který navíc probíhá v kombinaci s jinými terapeutickými intervencemi (hospitalizace, ambulantní psychiatrická nebo psychologická péče aj.), byla dalším z důvodů, který vylučoval užití čistě kvantitativní metodologie. Rodina je systémem tvarově velmi těžko popsatelným, v žádném případě neizolovaným od mnoha vnějších i vnitřních vlivů, proto je třeba ke každé z rodin přistupovat individuálně a nezaujatě, což umožní hlubší popis zkoumaných oblastí a z toho vyplývající spolehlivější závěry s vyšší výpovědní hodnotou. Rodinná diagnostika předpokládá překročení standardních diagnostických postupů, včetně nutnosti navázat s rodinami a jejich členy blízký a důvěryplný kontakt. To čistě kvantitativní výzkum neumožňuje v dostatečné míře. Dalším důvodem pro volbu zmíněné výzkumné

strategie byla snaha zachytit změny v rodině v celém komplexu, v návaznosti časové, strukturální i interakční a možnost vytvářet interpretační kontexty těchto změn.

Symptomatika poruchy příjmu potravy byla pouze jednou z hodnocených oblastí, zvýšená pozornost byla věnována vztahovým a komunikačním jevům a proměnám v rodinách a celkové atmosféře v rodině. Kvantitativní část metodologie se pak zaměřila na individuální změny některých zkoumaných projevů a prožitků, především na symptomy depresivity a kvalitu života.

### 3.3.1 Zkoumaná skupina

Zkoumanou skupinu tvořilo 20 rodin zařazených do programu vícerodinné terapie během let 2004 až 2009. Do terapie byly doporučeny ambulantním psychiatrem, psychologem, specialistou na lůžkovém oddělení nebo si našly tuto možnost na internetu. 17 rodin bylo úplných, 2 rodiny tvořili matka s dcerou a sourozenec, a jednou rodinou byli otec s dcerou a jejím bratrem. Všechny rodiny měly alespoň nepravidelnou psychiatrickou či psychologickou péči, dvě pacientky byly během cyklu vícerodinné terapie hospitalizovány v Centru pro poruchy příjmu potravy a jedna na Denním stacionáři pro poruchy příjmu potravy. Ostatní pacientky nebo celé rodiny navštěvovaly různá nespécializovaná ambulantní zařízení nebo se pokoušely o léčbu svépomocí. Do vzorku byli zařazeni rodiče a pacientka, nikoliv sourozenci nebo jiní členové rodiny, i přesto, že se tito vícerodinné terapie nepravidelně účastnili. Demografické a terapeuticky významné charakteristiky rodin shrnují tabulka č. 1 (všechny rodiny zařazené do výzkumu) a tabulka č. 2 (rodiny, od kterých byla získána kvalitativní a kvantitativní data).

Kritéria pro zařazení do vzorku nebyla jasně stanovena. Dle doporučení zahraničních týmů by byly vyřazeny pacientky s výraznou komorbiditou (psychotické onemocnění, závažnější poruchy chování, deficity pozornosti, podprůměrná intelektová výbava nebo výraznější poruchy sociálního přizpůsobení). I přesto, že je vícerodinná terapie indikována u tzv. multiproblémových rodin, Maudsley a Drážďanský model doporučují rodinám se závažnou

vícečetnou psychosociální patologií nabídnout jinou terapeutickou intervenci a skupiny zaměřené na poruchy příjmu potravy tvořit z rodin, ve kterých jsou anorexia nebo bulimia nervosa primárním problémem (Asen, 2006).

Mezi rodinami, které projevíly zájem o vícerodinnou terapii, nebyla žádná, která by vykazovala kontraindikace pro zařazení do programu, a musela by proto být odmítnuta. Častěji se vyskytoval jev opačný, kdy několik rodin (n=6) těsně před začátkem programu svou účast z různých důvodů (časová tíseň, odpor dcery, nespecifikované důvody aj.) odmítlo. Do skupiny pak byly pozvány náhradní rodiny z pořadníku. Jedenkrát (v roce 2006, 3. cyklus) musel být z důvodu náhlého odřeknutí dvou rodin začátek cyklu odložený do doby, kdy byla vytvořena početně i složením adekvátní skupina.

Během všech terapeutických cyklů pouze jedna rodina program ukončila hned po prvních dvou dnech úvodního bloku a nebyla do výzkumného vzorku zařazena. Lze tedy konstatovat, že vícerodinná terapie má v našich podmínkách nízké procento (4,76%) předčasného ukončení terapie ze strany pacientů (rodin).

#### *Specifika české zkoumané skupiny*

Pro většinu rodin v souboru byla vícerodinná terapie jakousi „konečnou nadějí“, ve smyslu posledního pokusu po řadě jiných, ne zcela úspěšných terapeutických intervencí. Tímto se první cykly pracovního označovaného „Pražského modelu vícerodinné terapie“ lišily od zahraničních zkušeností, kde už je cíleně specifikovaná rodinná terapie doporučována a prováděna jako metoda, která má být doporučována pro léčbu dětí a dospívajících s mentální anorexií (NICE, 2004). V českých podmínkách je rodinami často, zejména v počátku onemocnění, opomíjená nebo odmítaná (podobná zjištění například v projektu COST Action B6 – Papežová, 2003; Stárková, 2003). Lze se jen domnívat nebo spekulovat, proč pacienti i jejich příbuzní zpočátku rodinnou terapii odmítají, a akceptují ji, až pokud ostatní terapeutické zásahy selžou nebo nepřinesou dostatečný léčebný efekt. Ve

zkoumaném souboru měla proto většina pacientů složitou a dlouhou anamnézu onemocnění, s několika více či méně úspěšnými pokusy o vyléčení (viz tabulku č. 1.).

Tab. 1: Demografické údaje všech rodin zařazených do vícerodinné terapie (n=20).

<b>Celkový počet</b> (n = 58)		
<b>Proměnná</b>	<i>N</i>	%
<b>Členové rodiny</b>		
Otcové	18	31.03
Matky	19	31.76
Dcery	20	34.48
<b>Věk (všichni účastníci)</b>		
Průměrný věk	36.01	
minimum-maximum	14-56	
<b>Věk (rodiče)</b>		
Průměrný věk	46.01	
minimum-maximum	38-56	
<b>Věk (pacientky)</b>		
Průměrný věk	17.95	
minimum-maximum	14-25	
<b>Délka onemocnění (N pacientek)</b>		
Méně než jeden rok	2	10
2 roky	7	35
3 roky a déle	11	55
<b>Pokusy o léčbu před MFT (N pacientek)</b>		
žádný	1	5
1 pokus	2	10
2 pokusy	5	25
3 a více pokusů	12	60

Tab. 2: Demografické údaje rodin, od kterých byla získána kvalitativní i kvantitativní data (n=15).

<b>Celkový počet</b> (n = 43)		
<b>Proměnná</b>	<i>N</i>	%
<b>Členové rodiny</b>		
Otcové	13	30.2
Matky	15	34.9
Dcery	15	34.9
<b>Věk (všichni účastníci)</b>		
Průměrný věk minimum-maximum	35.27 ( <i>SD</i> = 13.87) 14-54	
<b>Věk (rodiče)</b>		
Průměrný věk minimum-maximum	45.42 ( <i>SD</i> =3.38) 40-54	
<b>Věk (pacientky)</b>		
Průměrný věk minimum-maximum	17.67 ( <i>SD</i> =2.46 ) 14-23	
<b>Délka onemocnění (N pacientek)</b>		
Méně než jeden rok	2	13.3
2 roky	5	33.3
3 roky a déle	8	53.3
<b>Pokusy o léčbu před MFT (N pacientek)</b>		
žádný	1	6.7
1 pokus	1	6.7
2 pokusy	4	26.7
3 a více pokusů	9	60.0

### 3.3.2 Harmonogram a struktura výzkumu

Počátek sběru dat byl v roce 2004. Poslední data zahrnutá do překládané práce jsou z roku 2009, kdy byl ukončen šestý cyklus. Sběr dat stále pokračuje v souladu s pokračujícím projektem vícerodinné terapie.

V roce 2004 probíhal pouze sběr dat použitím kvalitativních nástrojů. Po rozvaze o dalším průběhu výzkumu a jeho designu byla přidána baterie čtyř dotazníků, které jsou běžnými diagnostickými nástroji, využívanými i v práci s pacienty s poruchami příjmu potravy.

Klíčovými momenty sběru dat byly zahájení a ukončení každého cyklu. Při zahájení byla účastníkům (matky, otcové, dcery) zadána baterie dotazníků a s každou rodinou zvlášť bylo vedeno semistrukturované interview. Jeho součástí bylo i důkladné seznámení rodin

s výzkumným záměrem a významem sběru dat a sepsání informovaného souhlasu (popřípadě souhlasu zákonných zástupců nezletilých) s účastí ve výzkumném projektu. Po něm následovalo úvodní skupinové interview. Na konci každého cyklu bylo opět s rodinami vedeno semistrukturované interview, zadána tatáž baterie dotazníků a iniciováno závěrečné skupinové interview. Po prvním a posledním setkání rodin proběhla týmová diskuze, která naplňovala kritéria kvalifikovaného odhadu. Všechny uvedené metody byly zvoleny i proto, aby byl do jisté míry naplněn požadavek na triangulaci metod, která zvyšuje validitu výzkumu.

Rozhovory s rodinami, skupinová interview, sběr kvantitativních dat a následné vyhodnocení, vedla psycholožka (JT) neúčastníci se terapeutických intervencí. Časový interval mezi oběma okamžiky sběru dat byl 8 – 9 měsíců.

Kvalitativní analýza byla provedena u celého vzorku rodin (n=20), kvantitativní data bylo možné použít od 15 rodin (75%), zbývající rodiny se zúčastnily prvního cyklu, v němž probíhal pouze kvalitativní sběr dat (4 rodiny) nebo dotazníky neodevzdaly (1 rodina). Návratnost dotazníků tedy byla 95%.

### 3.3.3 Kvalitativní metody

Stěžejním zdrojem dat byly tři často využívané kvalitativní metody:

#### *Semistrukturované interview*

Semistrukturované interview (v tomto případě formou rozhovoru pomocí návodu) je základním nástrojem kvalitativní metodologie. Základ tvořila osnova otázek a oblastí, na které se tazatel zaměřil (viz přílohu 1). Interview probíhalo vždy s každou rodinou zvlášť, v klidném prostředí. Stejný rámec rozhovoru byl použit pro počáteční i závěrečný sběr dat. V závěrečném rozhovoru však byly okruhy rozšířeny o otázky zaměřené na změny v rodině během uplynulých měsíců, vnímání vývoje poruchy, komunikace, atmosféry atd. Odebrány



byly naopak otázky týkající se historie poruchy a faktografické (demografické) dotazy (viz přílohu 2).

Otázky byly voleny tak, aby podněcovaly k rozvětvené odpovědi (otázky otevřené, iniciující, otázky s otevřeným koncem...) a zároveň byly pokud možno jasné a srozumitelné („*Co by vám pomohlo, abyste s manželem mohli mít více společných aktivit?*“ „*Jaká převládá nálada a atmosféra v posledních týdnech u vás doma?*“ „*Kdo nejčastěji začíná rozhovory o jídle a jak?*“). Důraz byl kladen na to, aby otázky neobsahovaly hodnotící postoj nebo neimplikovaly určitou odpověď.

Rozhovor s jednou rodinou trval v průměru 38 minut. Odpovědi byly zaznamenány písemně. Vedle záznamu výpovědí účastníků bylo součástí administrace rozhovoru „poznámkování“ o doprovodných jevech. Těmi byly především: neverbální komunikace jednotlivců (*otec se při každé odpovědi dcery směje, dcera reaguje velmi podrážděně*), verbální i neverbální kontakt mezi jednotlivými členy rodiny (*matka při výpovědi navazuje oční kontakt pouze s dcerou - pacientkou, nikoliv s druhou dcerou nebo otcem*) atd.

Tazatel do rozhovoru vstupoval pouze pokládáním otázek, případně dovysvětlujících otázek („*Co jste si při tom myslel?*“ „*Jaký byl typický průběh, když...?*“) nebo pobídek („*Povězte o tom více...*“, „*Zkuste se nad tím ještě zamyslet...*“, „*To je zajímavé, pokračujte...*“).

#### *Skupinové interview:*

Skupinové interview představuje cenný zdroj dalších informací, které buď doplňují, zpochybňují nebo potvrzují informace získané z rozhovoru. Společná diskuze rodin se ukázala jako inspirativní a kreativní metoda podněcující členy skupiny k dalším výpovědím, především týkajícím se kolektivních postojů (správná skladba jídelníčku apod.). Zejména úvodní skupinové interview zapůsobilo jako efektivní nástroj, který rozpouštěl zábrany, stud a nejistotu. Rodiny v živém a jen mírně moderovaném komunikačním proudu debatují o navozených tématech. Témata jsou podobně jako u semistrukturovaného interview dána a výzkumník je postupně přináší jako podněty k diskuzi (viz přílohu 3). I zde byla témata

připravena jako návod k rozhovoru, respektive k diskuzi. Závěrečným tématem bylo interview samo, tedy variace na „metadiskuzi“.

I zde, podobně jako v případě rozhovoru s rodinami, bylo vedeno „poznámkování“ o dalších projevech účastníků jako vzájemná kooperace ve skupině (*matka Z. vybízí již počtvrté pacientku H. k odpovědi*), aktivita jednotlivců (*otec J. se ke každému tématu nejméně třikrát zeptá na souvislosti s daným tématem*) i projevené emoce (*dcera M. při hovoru o svém otci pláče*). Výpovědi byly písemně zaznamenány.

#### *Kvalifikovaný odhad:*

Kvalifikovaný odhad vycházel z otevřených diskuzí terapeutického týmu o změnách v rodinách a z nezávisle získaných informací (např. zpětná vazba učitelů, tlumočnice do znakové řeči u hluchoněmé pacientky, dalšího ošetřujícího zdravotnického personálu) doplněných o vlastní názory (*zdá se, že mezi dcerou a matkou P. je dnes větší soulad oproti předchozím setkáním*) a klinické dojmy (*navzdory přírůstku hmotnosti a údajně pravidelnému jídelníčku nevypadá pacientka A. dobře, jsou zjevné otoky krku a očních víček*). Diskuze týmu vztažené k výzkumu probíhaly vždy po prvním setkání a po závěrečném setkání.

Tato metoda může být považována za určitý validizační nástroj – názor terapeutického týmu mohl potvrdit nebo zpochybnit informace získané ostatními metodami. Využitím kvalifikovaného odhadu byl alespoň zčásti zajištěn požadavek triangulace, jakožto nástroje pro omezení možného zkreslení způsobeného lidskou chybou (Hendl, 2008).

Pomůckou pro vedení rozhovorů s rodinami i ve skupině byl soubor návodných otázek a podnětných výroků, kterého mohl výzkumník libovolně využívat (viz přílohu 4).

V průběhu prvního cyklu, paralelně se sběrem dat, vznikl seznam hodnocených oblastí, které se staly předmětem zájmu výzkumníka a ke kterým se vztahovaly otázky semistrukturovaného interview a skupinové diskuze:

- Kvalita života (spokojenost či nespokojenost s hlavními oblastmi života, subjektivní pohoda či nepohoda v materiálních i nemateriálních hodnotách – rodinné vztahy, kvalita bydlení, zaměstnání, vztah s partnerem, volný čas a koníčky...)
- Emoční stabilita jedince (sledování výkyvů nálad, pocitů a rozpoložení aktuálních i v blízké minulosti cca 1 roku, pocity úzkosti či depresí, touha po úniku ze situace, radostné prožitky, celková schopnost projevit emoce...)
- Přítomnost symptomů PPP (BMI, výskyt a frekvence zvracení či přejídání, hladovky, úmyslné vyhýbání se jídlu, zatajování skutečností o snědeném jídle, vztah k vlastnímu tělu, amenorea...)
- Změny v rodinném stravování (frekvence a výskyt společných jídel, napětí během jídla, konflikty a hádky, výčitky, status kontroly v jídle, podíly na přípravě jídelníčku rodiny i připravovaných pokrmů...)
- Pohled do budoucnosti (zda vůbec existuje pojetí budoucnosti, obavy z ní, těšení se na něco, role nemoci v budoucnosti, téma následků nemoci, ideální představy budoucnosti, celková pozitivní / negativní očekávání...)
- Komunikace v rodině (konflikty – frekvence, intenzita, účastníci, náměty, zvládání konfliktů, komunikační témata, míra zapojení jednotlivých členů do komunikace, přání ve vztahu ke komunikaci, proměny a posuny, úzce souvisí s oblastí kooperace členů...)
- Manželská spokojenost a soulad (spokojenost s časem, který spolu partneři tráví, možnost komunikovat spolu o běžných starostech, schopnost trávit spolu radostné chvíle, pocit sdílení a intimity...)
- Kooperace členů rodiny (zodpovědnost za chod rodiny a domácnosti, podíly na domácích pracích, možnost spolehnout se na sebe, předávání kompetencí za některé povinnosti, úzce souvisí s oblastí komunikace v rodině...)
- Celková atmosféra v rodině (dojem klidu či neklidu, napětí, dopad starostí, vliv nemoci na celkové klima, tendence k vyhýbání se trávit čas v rodině...)

- Vnímání vlivu vícerodinné terapie na změny (na počátku hodnocení potřeby terapie, spoléhání se na efekt vícerodinné terapie, na konci hodnocené vlivu uplynulého cyklu na výše uvedené oblasti, celkový dojem z terapie, potřeba pokračovat v následné terapii, co si odnášejí...)

Největší váha byla přikládána přímé výpovědi zkoumaných osob v semistrukturovaných rozhovorech a ve skupinových diskusích. Kvalifikovaný odhad byl, stejně jako kvantitativní data, chápán jako doplňková, validizační výzkumná metoda.

### 3.3.4 Kvantitativní metody

Soubor dotazníků obsahoval čtyři nástroje, již jinými studii používané a ověřené ve výzkumu poruch příjmu potravy (Sekot, Papežová & Uher, 2007). Všechny čtyři byly zadávány pacientkám (P) a tři z nich rodičům (R). Sourozenci ani další členové rodiny nebyli do výzkumu zahrnuti.

- Rosenberg Self-esteem Scale (P) je dotazník zaměřený na hodnocení globálního sebepojetí a je jednou z rozšířených metod pro hodnocení této problematiky. Na čtyřbodové Likertově škále je pacientem hodnoceno deset výpovědí vztahujících se k vnímání hodnoty sama sebe a postojů k sobě. Čím nižšího skóre je dosaženo, tím vyšší a lepší má proband sebepojetí. Sebevědomí a sebepojetí jsou významnými faktory proměňujícího se psychofyzického zdraví (Krch, 2006).
- Beck Depression Inventory (P + R) je klasickým nástrojem pro zjišťování přítomnosti symptomů depresivity a celkové rozlady jedince. Nejednotně vymezovaný pojem depresivita je zde použit pro odlišení od diagnostické jednotky deprese. Jde tedy o zachycení aktuálního stavu, na který má pravděpodobně významný vliv přítomnost nemoci, nikoliv o snahu udělit diagnózu deprese v některé z jejích forem. Jednoduchým skórováním lze získat informaci o emočním stavu jedince, citovém vztahování se k okolí, negativním vztahu k sobě samému, změnách

v psychomotorické aktivitě a vegetativních projevech. V zahraniční studii byl dotazník využit ve výzkumu vlivu vícerodinné terapie na léčbu deprese (Lemmens, 2009). Při využití dotazníku je vhodné zaznamenat medikamentózní intervenci.

- SQUALA (P+R) je sebesuzovací nástroj vycházející z Maslowovy teorie potřeb. Původní Zannottiho verze byla přeložena a validizována pro českou populaci Dragomireckou a kolektivem a použita při výzkumu poruch příjmu potravy (Papežová, 2006). Pokrývá 23 oblastí vnitřní i vnější skutečnosti každodenního života. U každé oblasti hodnotí jak její subjektivní důležitost, tak pocit spokojenosti s touto oblastí.
- Schwartzova škála hodnocení terapie SOS-10 (P+R) je krátká a jednoduchá škála vytvořená pro měření efektivity psychiatrické léčby. Do jisté míry se kryje s některými položkami dotazníku SQUALA a koreluje s dotazníkem BDI. Je citlivá vůči léčebným změnám u všech diagnostických skupin (Dragomirecká, Lenderkong, Motlová, Goppoldová & Šelepová, 2006). Dotazník má silnou vnitřní konzistenci (Cronbachovo alfa = 0,96) a jeho velká konvergentní i divergentní validita jej řadí mezi efektivní nástroje pro měření stavů beznaděje, sebepojetí, duševního zdraví, únavy, životní spokojenosti a dalších (Blais, Lendering, Baer, de Lorell, Peetes, Leahy & Burns, 1999). Efektivně hodnotí změny u klientů v ambulantní péči i u klientů hospitalizovaných a je vhodná i k výzkumným účelům (Sekot, Papežová & Uher, 2007).

### 3.3.5 Etické aspekty

Výzkumný záměr byl schválen etickou komisí VFN. Všichni účastníci byli předem seznámeni s cílem, průběhem a formou sběru dat a měli možnost s ním vyjádřit písemnou formou svůj souhlas nebo nesouhlas. Všichni účastníci s výzkumem souhlasili a svůj souhlas potvrdili podpisem informovaného souhlasu, případně souhlasem zákonných zástupců nezletilých členů rodiny. Zároveň byla všem probandům sdělena možnost kdykoliv z výzkumu odstoupit. Neučinil tak žádný.

### 3.3.6 Limity výzkumu

První cyklus vícerodinné terapie v Čechách byl spojený s nejistotou, zda se podobná forma terapie ujme a naplní očekávání nejen terapeutů, ale především rodin. Myšlenka zkoumat efektivitu v našich podmínkách stála v pozadí za ambicemi vůbec první, případně nějaký další cyklus uspořádat, materiálně i personálně zajistit. Možnost autorského vedení a následné supervize dr. Ivana Eislera významně napomohla, aby se vícerodinná terapie během několika let stala stálou součástí komplexní péče o pacienty s PPP v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy a jako taková byla a je rodinám nabízena.

Protože výzkumný záměr vznikl nesměle a v nejistých podmínkách, lze nyní, s odstupem času, spatřit následující nedostatky výzkumného konceptu:

- Prvním nedostatkem je vysoká ambice na počet rodin, které budou do terapie zařazeny. Původní požadavek na výzkumný vzorek až 30 rodin byl v případě kvantitativních dat splněn pouze z poloviny (kvantitativní data jsou po šesti letech použitelná pouze od 15 rodin).
- Výzkum nehodnotí, zda je vícerodinná terapie lepší než jiné přístupy, ač se logicky nabízí otázka srovnání a úvaha o míře vlivu vícerodinné terapie oproti dalším terapeutickým intervencím. Vytvořit výzkumný model, který by srovnával efektivitu vícerodinné terapie s jinými formami léčby PPP je velmi náročné a ztížené navíc skutečností, že vícerodinná terapie je v našem pojetí součástí komplexu léčby PPP, spolu s ambulantní péčí, případně hospitalizací, péčí nutričních specialistů, internistů apod. Dále je obtížné oddělit vliv aktuálně užívané vícerodinné terapie od vlivů předchozích terapií. Podmínky života rodiny jsou rovněž proměnlivé a významně efekt terapie narušují či naopak podporují. Proto nelze na výzkumnou otázku odpovědět, zda je vícerodinná terapie skutečně efektivní, ale lze konstatovat, že během ní došlo (nebo nedošlo) v rodinách i u jednotlivců k významným změnám v daných oblastech.

- Metodologické nedostatky jsou rovněž zřejmé. Baterie dotazníků byla v posledních dvou letech rozšířena o další dva dotazníky zaměřené přímo na změny v rodinách během terapie. Budoucí výzkumné záměry tedy budou obohaceny o poznatky získané lépe sestavenou metodologickou baterií. Dalším doporučením může být sběr i vyhodnocení dat nikoliv jedním, ale dvěma výzkumníky, čímž se zvýší validita výzkumu.
- Metodologie je náchylná na vliv subjektivního hodnocení, na vliv očekávání a přání, jednak na straně terapeutického týmu a jednak na straně výzkumníka a hodnotitele. Míra tohoto zkreslení byla alespoň zčásti redukována triangulací metod kvalitativní části a oporou v kvantitativních datech.
- Během výzkumu i v průběhu jeho vyhodnocování se objevila řada otázek, které se jeví jako výzkumně zajímavé a mohou být předmětem dalšího studia. Jsou jimi například vliv vícerodinné terapie na sourozence pacientů a na další členy rodiny, otázky kauzality jednotlivých jevů (příčinný vztah PPP a deprese, rozpadu rodiny a PPP, sekundárních psycho nebo sociopatologických jevů a PPP apod.)

Předkládanou studii lze i z důvodu zmíněných limitů považovat za pilotní. Vedle samotného výzkumu efektivity vícerodinné terapie bylo klíčovým cílem dosažení optimální formy i obsahu tzv. pražského přístupu k vícerodinné terapii. Výzkumné závěry zřetelně napomohly dosažení právě tohoto cíle, neboť poskytly zpětnou vazbu rodin, která následně ovlivnila strukturu, program i další organizační složky programu.

### 3.4 Výsledky

#### 3.4.1 Práce s daty

Průběh individuálních a skupinových rozhovorů byl zapsán, včetně poznámek o vyzorovaných momentech, projevech a procesech. Práce s daty byla následující: Po redukci I. řádu (odstranění „slovní vaty“) byly nadále vypuštěny opakující se výroky, příliš zobecněná tvrzení a svázaný „rozptýlené“ výpovědi. Rozhovory byly přepsány spolu s doprovodným popisem situace, neverbálních projevů a interakčních procesů v rámci rodin i celé skupiny. Následovala identifikace významových trsů, které byly přiřazovány ke zkoumaným oblastem, a hodnocení změn jako pozitivní nebo negativní.

Příklady výpovědí:

1. Výpověď otce (druhý cyklus, interview při ukončení cyklu): *„Sice se moc často u jídla nepotkáme, takže nevím, co dcera celý den jí, ale když jíme spolu, tak je klid. Dřív jsem se jídlu s dcerou vyhýbal, protože bych se buď zbláznil, nebo bych jí musel dát pár facek. I si dneska vezme to, co by si dřív nikdy nevezala, protože by po tom mohla ztloustnout.“* Výpověď naznačuje pozitivní změny v oblastech komunikace, rodinného stravování, ale i anorektické symptomatiky.
2. Výpověď matky (třetí cyklus, skupinové interview na počátku cyklu): *„Musím říct, že jsme všichni tak vyčerpaní a unavení, že mám někdy pocit, že se z toho zblázním. Šli bychom třeba s manželem do divadla nebo tak, ale stejně se pořád bavíme o té holce a co s ní budeme dělat. A nakonec se kvůli tomu pohádáme, že prej jsem moc přecitlivělá, říká manžel. Je to tak teď pořád.“* Výpověď zachycuje převažující komunikační téma, atmosféru v rodině a ukazuje na pokles manželského souladu a spokojenosti.



3. Výpověď dcery (čtvrtý cyklus, interview na konci cyklu): „*Mám v plánu začít chodit zpátky do sportovního kroužku, taťka by si to přál a i já se teď na to těším. Mluvila jsem už s trenérem, jestli by mě vzali. Dřív jsem si neuměla představit, že bych se tam zas vrátila.*“

Pohled do budoucnosti je v tomto případě spojený s konkrétním plánem a představou. Odvodit lze i ústup symptomatiky PPP a zvýšení kvality života.

Byla snaha pracovat s daty cirkulárně – opakovaně se vracet k záznamům a informacím z nich vyvozeným. Vyplývající závěry byly předkládány jako diskusní témata pro kvalifikovaný odhad týmu.

#### 3.4.2 Analýza dat

Tabulka č. 3 obsahuje přehled hodnocených oblastí s vyjádřením poměru mezi třemi kategoriemi výsledků – prokazatelné zlepšení, beze změny a zhoršení stavu. Zařazení do jednotlivých kategorií se opírá především o subjektivní výpovědi rodin se zvážením rozdílů v subjektivních výpovědích jejich jednotlivých členů. Pokud byla shledána výrazná diskrepance mezi výpovědi rodičů a dcery (například v hodnocení vlivu terapie na rodinu a vývoj onemocnění), „rozsudek“ o přiřazení ke konkrétní kategorii přinesl kvalifikovaný odhad (názor terapeutického týmu) nebo kvantitativní data získaná z dotazníků.

Přehled výsledků doplňují tabulky se statistickou analýzou dotazníků (tabulky č. 4 až 6) a grafy (č. 1 – 5). Pro analýzu změn během vícerodinné terapie byl použit program SPSS verze 17.1, konkrétně postupy multivariantní ANOVA s opakovaným měřením (2x3). Hladina významnosti byla zvolena pro dotazníky SQUALA, SOS-10 a RSE 0,05 ( $p=0.05$ ), případně 0,01 ( $p=0.01$ ) pro dotazník BDI. Pro zhodnocení souvztažností mezi změnami u jednotlivých členů rodiny byl jako statistická metoda zvolen Kendallův test shody. Vstupními daty byla výsledná skóre sebesposuzovacích dotazníků, zadaných na počátku ( $t_1$ ) a na konci ( $t_2$ ) každého terapeutického cyklu. Jejich kvantifikací bylo možné zodpovědět otázku, zda během terapie dojde k signifikantním pozitivním změnám ve

vybraných faktorech. Cílem bylo rovněž porovnat rozdíly ve výsledcích ve skupině rodičů a ve skupině pacientek. Dále byla posouzena míra účinku terapeutické intervence (Effect Size).

Výsledky ukázaly, že změny zaznamenané dotazníkem SQUALA:  $F_{(1, 42)} = 16.64$ ,  $p = 0.002$  a SOS-10:  $F_{(1, 42)} = 9.53$ ,  $p = 0.011$ , na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$  jsou signifikantní. Změny zachycené dotazníkem BDI:  $F_{(1, 42)} = 39.14$ ,  $p = 0.002$ , na hladině významnosti  $\alpha = 1\%$ , jsou rovněž signifikantní. Nejvyšší míra účinku byla shledána pro dotazník BDI ( $\eta^2 = 0.797$ ), nižší, avšak stále vysokou míru účinku vykázal dotazník SQUALA ( $\eta^2 = 0.616$ ) a střední dotazník SOS-10 ( $\eta^2 = 0.491$ ).

Sebepojetí a vývoj vztahu k vlastní hodnotě byly sledovány dotazníkem Rosenberg Self-esteem Scale a pro jejich statistické zhodnocení byl použit neparametrický Wilcoxonův jednovýběrový test. Porovnání hodnot z počátku a konce terapeutického cyklu neprokázalo očekávané zlepšení v oblastech zachycených dotazníkem, naopak, na konci měly pacientky horší skóre obecného sebepojetí než na počátku: ( $Z = -2.721$ ,  $p = 0.007$ ), na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ . Pro zhodnocení terapeutického efektu posloužil výpočet neparametrického Kendallova W-Testu. Další analýza odhalila, že  $n = 9$  pacientek mělo na počátku nižší skóre v dotazníku RSE než na konci:  $RSE(t_2) < RSE(t_1)$ ,  $n = 1$  pacientka měla skóre vyšší:  $RSE(t_2) > RSE(t_1)$  a  $n = 5$  pacientek  $RSE(t_2) = RSE(t_1)$ . Pokles globálního sebepojetí měřeného RSE zobrazuje graf 4. Zdánlivým paradoxem, avšak logickým, je signifikantní nárůst BMI (Wilcoxon Sign Rank Test;  $Z = -2.215$ ;  $p = 0.027$ ). Přehled kvantitativních výsledků shrnují tabulky č. 4, 5 a 6.

#### *Analýza souvztažností matky – otcové - dcery*

Jako výzkumně zajímavé se jeví oddělení probandů na skupinu rodičů a skupinu pacientek. Pro dotazník SQUALA nebyly shledány statistické rozdíly v míře zlepšení mezi otci, matkami ani dcerami. Velký rozdíl byl ve vstupních datech – otcové na počátku i na

konci měli nejvyšší skóre kvality života, následováni matkami a nakonec dcerami. Dcery dosáhly nejnižší míry terapeutického účinku ( $\eta^2 = 0.402$ ), ve srovnání s matkami a otci.

Pro dotazník SOS-10 byly shledány podobné závěry. Změny mezi jednotlivými členy rodiny nebyly signifikantní, to znamená, že není možné konstatovat, že dcery se zlepšily více než matky nebo naopak.

Statisticky významné rozdíly lze nalézt v případě dotazníku BDI. Dcery měly nejvyšší míru depresivity na počátku i na konci terapie a došlo u nich k nejvyšší míře zlepšení ve srovnání s matkami a otci. Názorný průběh změn je možné sledovat v grafech 1, 2 a 3.

Cílem dalšího testování souvztažností uvnitř rodin bylo nalézt významné korelace mezi změnami u jednotlivých členů. Jediným statisticky významným vztahem kladně zodpovídající výzkumnou otázku číslo 4, se ukázal být vztah mezi mírou zlepšení depresivních symptomů matek a otců ( $W=0.383$ ,  $p=0.015$ ). V případě jiných dotazníků nebyly nalezeny žádné vztahy, které by bylo možné hodnotit jako statisticky významné a umožňující kladně zodpovědět příslušnou výzkumnou otázku.

#### *Souvztažnosti u jednotlivců*

Výzkumná otázka číslo 5 počítala se vztahy mezi změnami ve vývoji skóru a faktory, které by mohly celkové zlepšení ovlivnit. Těmito faktory se rozumí především věk pacientky, délka onemocnění před vícerodinnou terapií a počet terapeutických pokusů absolvovaných před nástupem do terapeutického cyklu. Podobně jako v případě otázky číslo 4, i zde byl nalezen signifikantní vztah mezi počtem léčebných pokusů před vícerodinnou terapií a zlepšením v oblasti depresivních symptomů ( $p=0.011$ ,  $\eta^2=0.629$ ). Podle těchto závěrů je nižší počet pokusů před další terapií výhodnější pro pozitivní vliv na depresivní symptomatiku (viz graf 5). Obecně lze konstatovat, že je-li vícerodinná terapie u konkrétního pacienta volena jako první léčebná metoda, naděje na terapeutický úspěch je největší.

V případě jiných dotazníků kromě RSE byly shledány významné vztahy mezi zlepšením a počtem pokusů před vícerodinnou terapií, ale tyto vztahy není možné hodnotit jako signifikantní.

*Tab. 3: Zhodnocení změn po skončení cyklu vícerodinné terapie (n=20)*

<b>Oblast hodnocení</b>	<b>Prokazatelné zlepšení (počet rodin)</b>	<b>Beze změny (počet rodin)</b>	<b>Zhoršení stavu (počet rodin)</b>
Kvalita života	16	3	1
Emoční stabilita	12	6	2
Symptomy PPP	15	5	0
Rodinné stravování	10	9	1
Pohled do budoucnosti	12	7	1
Komunikace v rodině	10	8	2
Manželský soulad	9	11	0
Kooperace členů	14	6	0
Celková atmosféra	14	6	0
Vliv MFT na změny	18	2	0

Tab. 4: Přehled hodnot efektu terapie a F hodnot opakovaného testu MANOVA – data od všech účastníků kvantitativní části výzkumu (n = 43)

		<b>r-MANOVA</b>	
<b>Variable</b>	Effect Size ( $\eta^2$ )	F (1, 42)	p
SQUALA	0.616	16.64	0.002*
SOS-10	0.491	9.53	0.011*
BDI	0.797	39.14	0.002**
p < .05*; p < .01**			

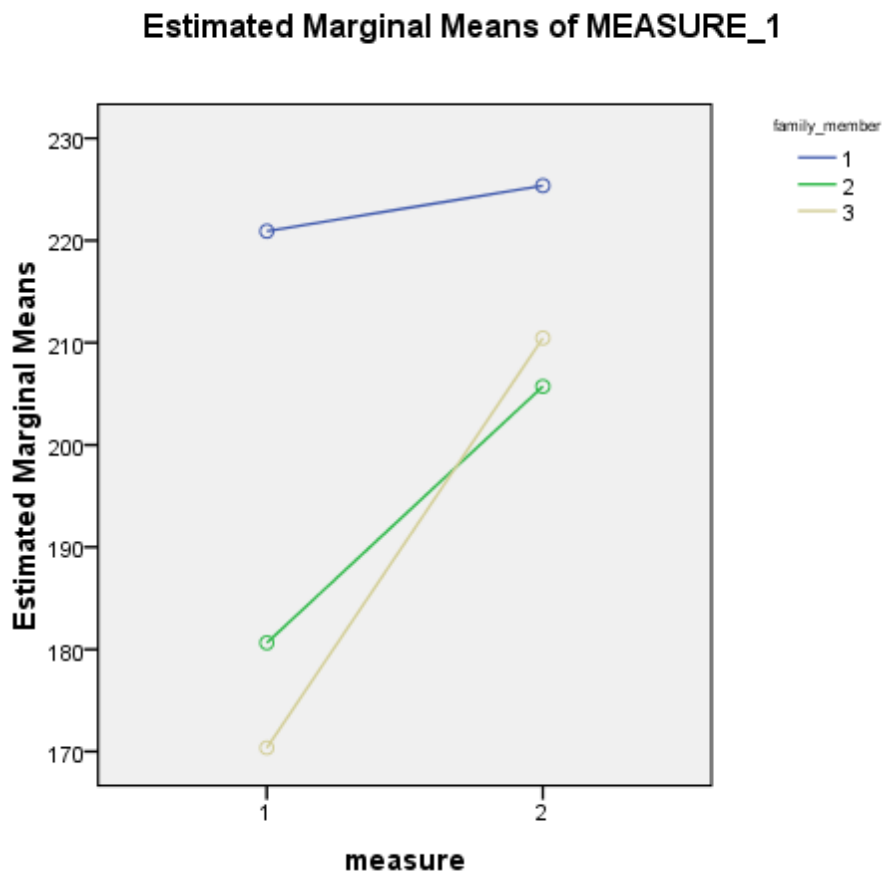
Tab. 5: Výsledky zhodnocení vlivu terapie na sebepojetí z dotazníku Rosenberg Selfesteem Scale u dcer – statistická významnost, standardní odchylka (non-parametric Kendall's W-Test)

		<b>Kendall's W-Test</b>		
<b>Variable</b>	<b>Means t1 (SD)</b>	<b>Means t2 (SD)</b>	<b>Kendall's W</b>	<b>P</b>
RSE	25.73 (4.20)	23.07 (3.75)	0.427	0.01**
p < .05*; p < .01**				

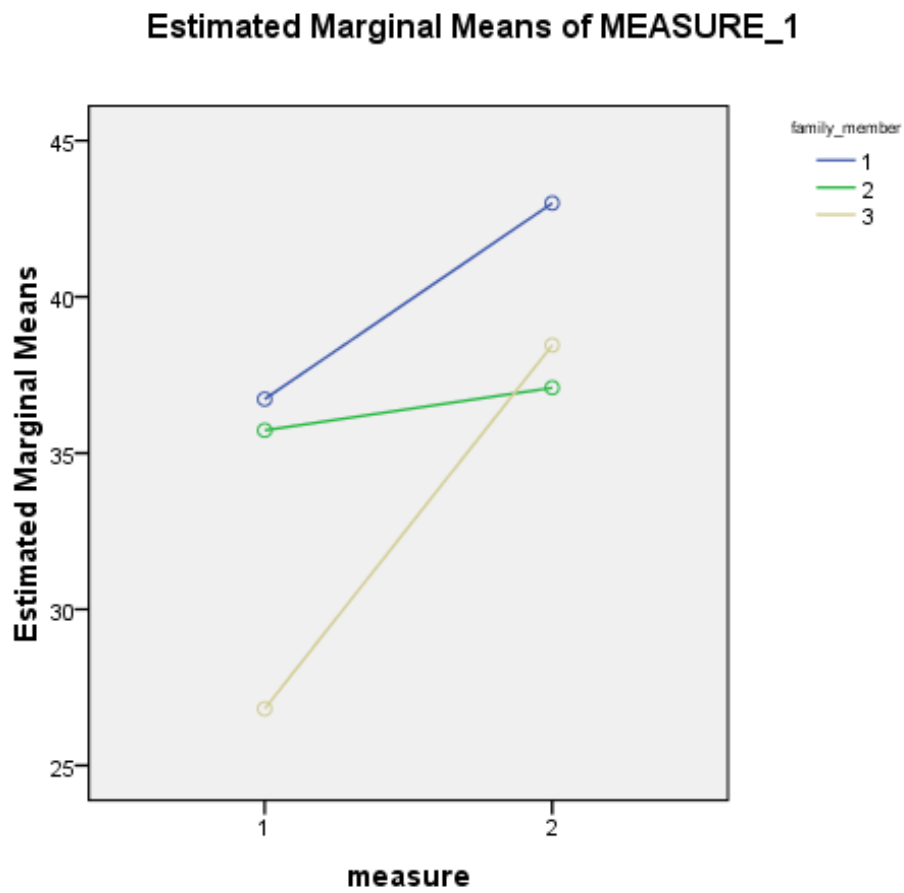
Tab. 6: Výsledky zhodnocení vlivu terapie na sebepojetí z dotazníku Rosenberg Selfesteem Scale u dcer – statistická významnost, standardní odchylka (non-parametric Wilcoxon Signed Rangs-Test)

			<b>Wilcoxon Signed Rangs-Test</b>	
<b>Variable</b>	<b>Means t1 (SD)</b>	<b>Means t2 (SD)</b>	<b>Z</b>	<b>P</b>
RSE	25.73 (4.20)	23.07 (3.75)	-2.721	0.007**
p < .05*; p < .01**				

Graf č. 1: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníku SQUALA u otců (1), matek (2) a dcer (3).

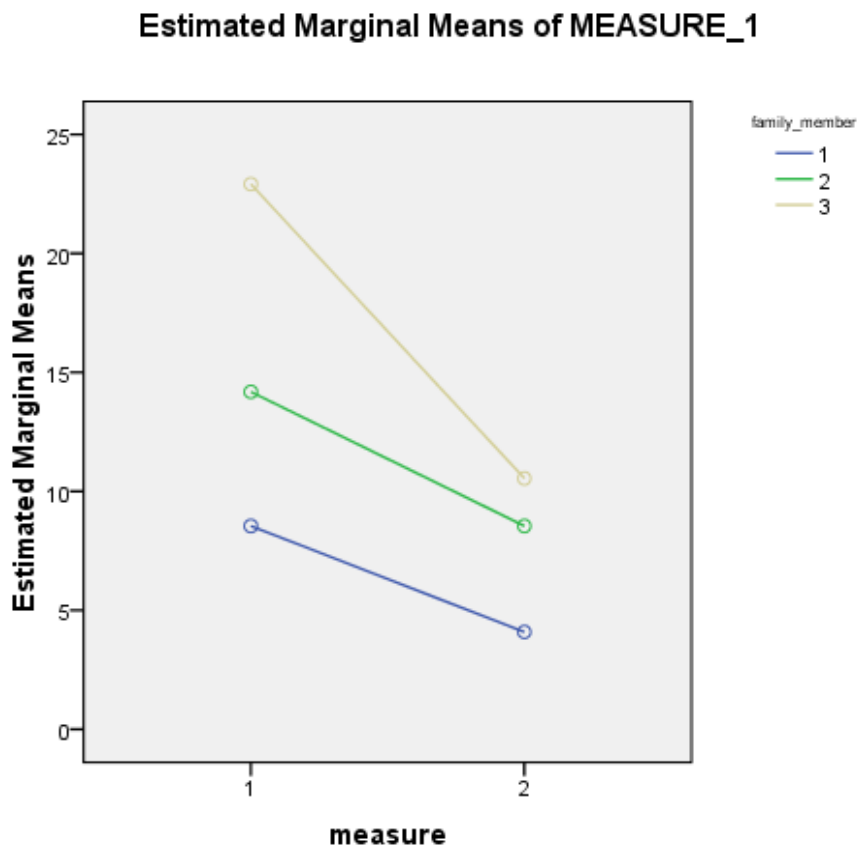


Graf č. 2: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníku SOS-10 u otců (1), matek (2) a dcer (3).

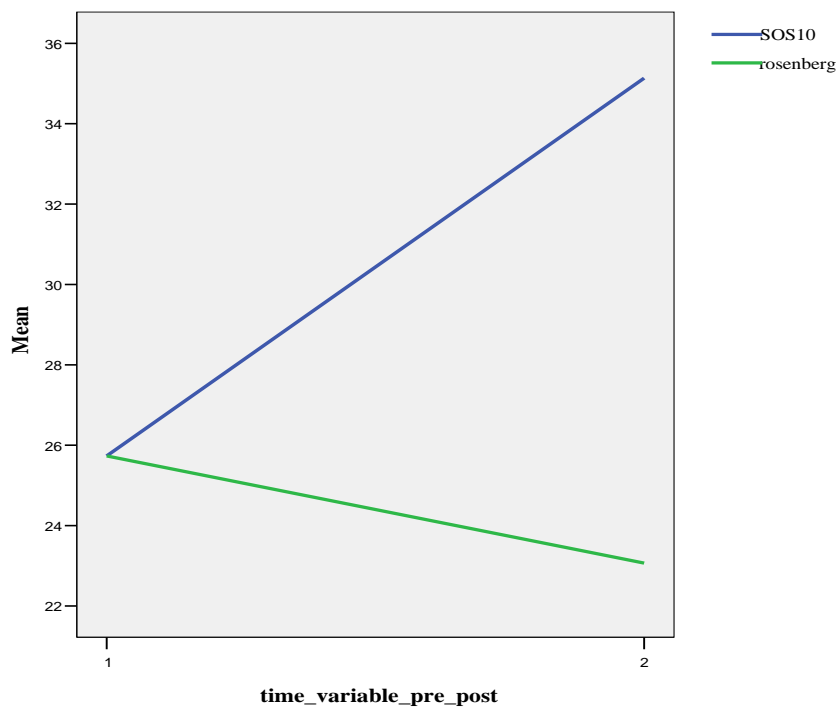




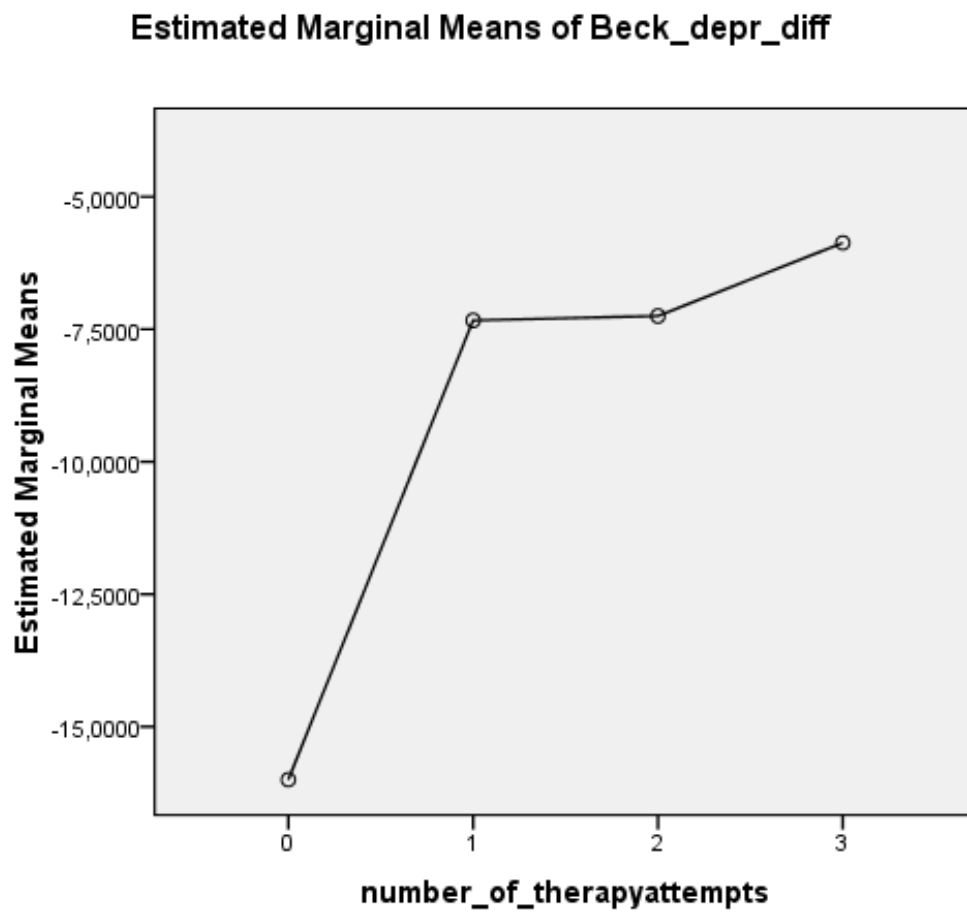
Graf č. 3: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníku BDI u otců (1), matek (2) a dcer (3).



Graf č. 4: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníků RSE a SOS-10 u dcer během terapeutického cyklu.



Graf č. 5.: Vliv počtu terapeutických pokusů před vícerodinnou terapií na zlepšení v dotazníku BDI



### 3.4.3 Diskuze

Výsledky kvalitativní i kvantitativní části výzkumu je možné zhodnotit ve vztahu k formulovaným otázkám a podat na ně odpovědi.

Výzkumná otázka 1:

*Vede vícerodinná terapie k pozitivnímu posunu v oblastech zkoumaných dotazníky (kvalita života, efekt terapie, depresivita a sebepojetí) u všech členů rodiny?*

Při hodnocení souhrnných dat od všech členů je možné konstatovat, že během terapeutického cyklu došlo k statisticky významným pozitivním změnám ve třech oblastech hodnocených dotazníky (kvalita života, celkový vliv terapie, symptomy depresivity). Nejvýraznější je zlepšení projevů depresivity měřené dotazníkem BDI. Signifikantní je také nejvýraznější zlepšení u dcer (pacientek), ve srovnání s rodiči. Tento dotazník vykázal i nejvyšší míru účinku terapie. Kvalita života se během cyklu vícerodinné terapie dle dotazníku SQUALA rovněž zvýšila. U těchto dvou dotazníků však nelze se statistickou významností prokázat zlepšení pro každého jednotlivého člena rodiny, ale pouze pro rodinu jako celek. Pro všechny tři použité dotazníky platí, že vliv terapie je větší na rodinu jako celek než na konkrétní členy rodiny.

Oblast sebehodnocení, která bývá poměrně dlouho rezistentní vůči terapeutickým intervencím, byla zkoumána pomocí dotazníku Rosenberg Self-Esteem Scale. Vyhodnocení přineslo závěry popírající hypotézu, že během terapeutického cyklu dojde k pozitivní změně v sebepojetí pacientky. Pacientky vykazovaly na jeho konci horší sebepojetí než na počátku. To může být vysvětleno z mnoha pohledů. Během terapeutického cyklu dochází k výraznému narušení pacientovy identity „nemocného“ – identifikovaného pacienta. Součástí jeho sebepojetí je nemoc, která pomáhá budovat jeho sebeobraz. Hmotnost je často výsledkem dlouhé, usilovné cesty a snažení, během kterého zažívá pocit uspokojení a „vítězství“. Komunikace v rámci terapie je zaměřená na téma „musíš jíst“, „musíš přibrat“. V pacientově pojetí to může znamenat ztrátu vydaného statutu spojeného s nízkou

hmotností a určitým tvarem postavy. Pacient není dlouho schopen nahlédnout pozitivní změny, které mu normalizace BMI a celkové zlepšení stavu přinese. Dlouho tyto změny vnímá jako ztrátu jistoty a do značné míry jako ztrátu či narušení identity. Vyjádřením tohoto jevu může být i výrok pacientek: *„Je mi, jako bych ztratila nějakou jistotu, nějakou kamarádku.“* nebo *„Jsem mnohem míň šťastná než předtím. Ale vím, že to tak má být, že je to jenom na chvíli. Pak možná pochopím, že anorexie byla pro mě špatná.“* Patrná je i snaha o uchování zmíněné jistoty a opěrného bodu, ke kterému se mnoho pacientů vztahuje: *„Rodiče říkají, že jim tahle terapie pomohla. Já ale myslím, že ne. Pořád je totiž „anička“ moje nejlepší kamarádka, že ji vždycky zevnitř můžu zavolat. Toho se asi nikdy nezbavím.“*

Zejména u poruch příjmu potravy je častým jevem poměrování vlastní hodnoty tělesným schématem a schopností ovládat je. Jakákoliv jeho změna, která se odlišuje od požadovaného směru či stavu, je vnímána silně negativně a projevuje se snížením sebepojetí a sebeocení. BMI pacientek během terapeutického cyklu významně vzrostlo, což je v souladu s výše zmíněnou hypotézou. Podobné závěry přinesla studie Schupak-Neuberga a Nemeroffa (1993), kteří našli u pacientů s poruchami příjmu potravy výrazně instabilní sebepojetí a narušení identity. Pacienti často vnímají své já prostřednictvím tělesného schématu, jejich tělo se stává jádrem prožitků self a také účinným nástrojem seberegulace. Jakékoliv změny v nastaveném dietním režimu doprovází silný duševní, zejména emoční stres a výrazné nutkání k návratu k režimu (Hanlon, 2011).

Dospívající dívky jsou zejména náchylné na vývoj poruchy příjmu potravy. Nízkou sebedůvěrou a nejistotou v sebeprožívání a častou kritikou jejich vzhledu snadno kompenzují tím, že se uchýlí k přísnému ovládnutí svých jídelních návyků a tvaru těla (Fairburn, 1993).

Výzkumná otázka 2:

*Je možné kvalitativním zhodnocením zmapovat faktory, ve kterých ke zlepšení může docházet? Kvantitativně lze pak posoudit významnost změn a vzájemných vztahů těchto jednotlivých faktorů.*

Na počátku studie byly stanoveny klíčové oblasti pro zhodnocení účinnosti této formy terapie. Pro jejich zmapování bylo sestaveno semistrukturované interview a okruh témat pro skupinové interview, které se staly hlavními nástroji výzkumu. Jako podpůrná metoda byla vytvořena dotazníková baterie umožňující kvantitativní vyhodnocení (viz výzkumnou otázku č. 1). Požadavek triangulace zajistil kvalifikovaný odhad týmu.

V souladu s předloženými výsledky v tabulce č. 3 lze konstatovat, že kvalitativní metody prokázaly zlepšení ve všech vybraných klíčových oblastech a zároveň příznivě působí na rodinné vztahy a prožívání u ostatních členů rodiny.

Symptomy poruchy příjmu potravy jsou klíčovým kritériem hodnocení uzdravení. Během cyklu vícerodinné terapie jsou zjevné pozitivní změny v průběhu onemocnění poruchou příjmu potravy, dochází k ústupu anorektických symptomů - nárůstu hmotnosti (a BMI), obnovení menstruace, celkové somatické stabilizaci, a také k redukci bulimických projevů (snížení frekvence zvracení nebo jeho úplné vymizení, užívání laxativ, častost epizod přejídání, jedení v souvislosti s emočním stresem, nudou apod.). Ze subjektivních výpovědí pacientek je patrný i ústup patologické koncentrace myšlenek na tělo, hmotnost, jídlo nebo pohyb:

*Dcery: „Přišlo mi neskutečný, že bych mohla myslet na něco jiného než je jídlo a hubnutí. Ted' zjišťuju, že si kolikrát na jídlo i dvě tři hodiny nevzpomenu.“, „Už mi tolik nezáleží na tom, jak vypadám. Mám kluka, kterému je to jedno, nebo to aspoň říká.“).*

U žádné z pacientek nedošlo k somatickému zhoršení stavu, u 5 však nebylo možné konstatovat zlepšení. Pozitivní změny jsou tedy patrné u tří čtvrtin (75 %) pacientek. Celkově došlo k signifikantnímu nárůstu BMI. Na druhou stranu nelze opomenout snížené sebepojetí, jehož nedostatek lze rovněž počítat k typickým symptomům poruchy příjmu potravy.

Souhrnně lze říct, že posun u největšího počtu rodin nastal v oblastech: kvalita života, symptomy poruchy příjmu potravy, celková atmosféra v rodině a vzájemná kooperace členů rodiny. V souvislosti s těmito oblastmi rodiny nejčastěji hovořily o celkové úlevě, snížení napětí okolo jídla, menším vzájemném vyhýbání se a lepší spolupráci na běžných denních povinnostech a chodu rodiny:

*Matky: „Neskutečně se mi ulevilo. Zjišťuju, že se třeba dokážu koukat na film a užít si ho.“, „V práci se líp soustředím na to, co dělám. Dokonce jsem dřív přemýšlela, že dám výpověď, protože jsem měla pocit, že to nezvládnou, starat se o dceru a ještě fungovat v práci.“*

S tím souvisí proměny v celkové atmosféře v rodině, které nejčastěji charakterizovaly výpovědi o uvolněné a osvobozující náladě a ovzduší, které umožňují členům rodiny podílet se na rodinném životě bez pocitů nátlaku, kontroly a strachu z konfliktů:

*Otec: „V. se teď začala věnovat nějakým svým koníčkům a je to výborný, protože si doma nepřipadám jak v mrazáku.“*

*Matka: „Nemusím doma chodit po špičkách, protože E. už každé odpoledne netráví v posteli. Už není prostě tak unavená z toho nejedení.“*

*Dcera: „Vadí mi sice pořád, jak mě sledujou, když jím, ale třeba už mi ani nestojí za to, abych kvůli tomu vylítla. Nějak mi to začíná být jedno.“*

U rodin, kde zlepšení nenastalo, byly nejčastějšími faktory udržujícími napětí strach z návratu poruchy, odkryté rodinné a vztahové konflikty a tabu, názorový nesoulad v různých oblastech životního stylu pacientky a rodičů. V některých rodinách se objevila témata, která před vícerodinnou terapií byla potlačována (nefungující vztah mezi rodiči, otcova nepřítomnost v rodině, vztah mezi původní a novou rodinou otce, sourozenecké vztahy, projevy poruchy příjmu potravy u sestry, která však nebyla identifikovanou pacientkou, dietní chování matky, otcovy nevěry, matčina psychiatrická léčba deprese, komplikovaný vztah matky a jejích rodičů, kteří ji obviňují z dceřina onemocnění apod.). S tím částečně souviselo zhoršení v oblastech rodinné komunikace a emoční stability:

*Matka: „Potom, co jsem manželovi řekla, že vím o jeho milence, se komunikace mezi námi ještě zhoršila.“*

*Dcera: „Není mi vůbec dobře z toho, když teď vím, že máma taky bere prášky na depresi.“*

*Dcera: „S tátou teď nemluví. Chci mu dokázat, že se bez jeho peněz obejdu. Jenom mě mrzí, jak se máma trápí.“*

Konfliktní témata a identifikované problémy byly externalizovány a doporučeny pro individuální terapeutickou práci, nebyly tedy součástí terapeutické práce v rámci programu, neboť jejich náročnost přesahuje možnosti a kapacitu programu. I přesto však, že tato témata a dosud neřešené rodinné problémy, vedly přechodně ke zhoršení atmosféry nebo komunikace, je možné jejich osvětlení považovat za pozitivní, zejména za předpokladu, že přivedly rodinu nebo některé její členy k další terapeutické práci.

Pohled do budoucnosti se stal pro jednotlivce méně stresující a plný úzkostných představ:

*Otec: „Dokážu si představit, že teď pojedeme s manželkou na vodu, aniž bychom se celé dny zabývali tím, jestli l. doma zvrací nebo celé dny nejí. A taky aniž bychom se strachovali, v jakém stavu ji doma najdeme.“*

Většina rodičů si dokázala představit budoucnost bez poruchy příjmu potravy. Pacientky měly častěji zábrany představovat si, že budou zcela zdravé, ale oproti výpovědím na počátku cyklu bylo zřejmé uvolnění rigidního lpění na neodlučitelnosti vlastní osobnosti od patologického jídelního chování nebo podváhy:

*Dcery: „Máma s tátou pořád nechápou, že to, že mě pořád napadá, že chci zhubnout nebo že mám chuť se přejídat, je normální a asi mě to nikdy nepustí, nebo jo? Myslím, že vyléčit se úplně nedá.“, „Nechci se smířit s tím, že tady anorexie pořád bude, že ji kdykoliv budu moct obnovit. Ale na druhou stranu je to taková jistota, že si ji vždycky můžu přivolat, když budu chtít.“*

Tím, že došlo k alespoň částečnému somatickému uzdravení identifikované pacientky, se snížil prožitek strachu z jejího úmrtí nebo vážných následků nemoci:



*Matka: „Vím, že se na tuhle nemoc umírá. Ale teď mi přijde mnohem vzdálenější, že by se to mohlo dotknout naší holky.“*

Přesto u některých pacientek je téma smrti stále aktuální:

*Otec: „Nějak už jsem se smířil s tím, že vždycky, když se na ni podívám, napadne mě, že může umřít. Vždyť to přece není možný, aby to tělo v tomhle stavu vydrželo.“*

Úmrtí jedné z pacientek se bohužel dotklo celého programu vícerodinné terapie, když po třech letech od absolvování terapie jedna dívka zemřela ve spánku po dlouhodobém hladovění. Její BMI nebyl pod kritickou hranicí (kolem 18) ani nebyla hospitalizována a v době před úmrtím nijak léčena.

Oblastmi, ve kterých prokazatelné zlepšení nastalo u pouhé poloviny rodin, jsou rodinné stravování, manželský soulad a rodinná komunikace. Rodinám se hůře dařilo sladit vzájemné stravovací režimy. Některé rodiny zavedly pravidelné stolování alespoň o víkendu:

*Matka: „Snažíme se sejít se aspoň jednou o víkendu k jídlu. Dcera mi někdy pomáhá s vařením, ale je to čím dál míň.“*

*Otec: „Asi se nepodaří, abychom se sešli k jídlu. Fakt se všichni vracíme jindy. Manželka je doma už v pět, tak se nají s klukem. Já přijdu někdy v šest, někdy ale až v devět, tak nemůžu chtít, aby na mě čekali. A holka, ta jí někdy venku, prý někdy u babičky a někdy doma se mnou nebo se ženou. Ale to je spíš výjimka.“*

*Matka: „Moje snahy nutit nás, abychom se všichni sešli aspoň třikrát týdně u jídla, naprosto zkolabovaly. Prostě to nejde, tak jsem to vzdala. Ale svačinu si děti dopoledne i odpoledne berou teď poctivě, to jo.“*

Komunikace u některých rodin zůstala beze změny, zejména v případě konfliktů a hádek:

*Matka: „Chtěli jsme pracovat na tom, abychom se tolik nehádali. Někdy se to daří, ale spíš skončíme zase u těch výčitek.“*

*Otec: „Ona se mnou prostě slušně mluvit nebude. Připadám si jako blázen.“*

*U některých rodin naopak prošla komunikace značnou proměnou:*

*Dcery: „Nikdy bych neřekla, jak moc mi jídlo ovládalo nálady a chuť mluvit nebo na někoho řvát. Teď si s mámou často zalezeme do pokojíčku a povídáme si. To je super.“, „Vidím, že máma s tátou spolu normálně mluví. Dřív na sebe akorát tak štěkali.“*

V oblasti manželského souladu došlo k pozitivnímu posunu u méně jak poloviny rodin. Tento fakt souvisí s tím, že práce v rámci vícerodinné terapie není primárně zaměřená na párovou problematiku, ale předpokládáme, že pozitivní vývoj zejména v symptomech poruchy příjmu potravy, emocionality a celkové kvalitě života, se odrazí i na partnerském soužití rodičů. Tento předpoklad vychází ze závěrů výzkumu vícerodinné terapie zaměřeného na kvalitu partnerského vztahu (Lemmens, 2004).

Vliv vícerodinné terapie na změny v ostatních oblastech lze kladně hodnotit u naprosté většiny rodin (18 rodin). Jestliže měli jednotliví členové odhadovat, nakolik vícerodinná terapie přispěla k pozitivním posunům, lišily se nejvíce názory dcer a rodičů. Otcové a matky se obecně řečeno více shodli na přínosu terapie, dcery měly vůči terapii chladnější a odmítavější postoj:

*Dcery: „Nemyslím si, že by nám tahle terapie nějak pomohla. Víím, že tu nemoc musím zvládnout sama a tady jsem si to jenom potvrdila.“, „Kdyby tu táta s mámou nebyli, tak bych se víc otevřela. Takhle je mi blbě mluvit o všem. Proto si myslím, že tenhle druh terapie zrovna moc nefunguje.“, „Je celkem dobře, že se rodiny scházejí. Je pro mě zajímavé vidět, jak to může vypadat v jiných rodinách. Vidíme, že všichni máme dost podobné problémy.“, „Mámě s tátou určitě pomohlo, když viděli, že v tom nejsou sami.“*

*Matky: „jsem moc ráda, že jsme sem chodili. Možná je to trochu divný, ale to, že i ostatní mají ty samý problémy co my, mi pomohlo.“, „Uvědomila jsem si, že za to prostě nemůžu. V knížkách píšou, že rodiče můžou anorexii zavinit a já jsem pořád hledala, co jsem udělala špatně, že jsme takhle dopadli. Děkuju vám za to, že dneska víím, že za to nemůžu jenom já.“, „Začala jsem se víc věnovat sobě a nemám z toho výčitky svědomí.“*

*Otcové: „Sice jsem nedostal odpověď na všechny otázky, ale jo, myslím, že je to dobrá léčba. Asi by to měli podstoupit všechny rodiny.“, „Když jsme jí něco říkali doma, tak vůbec neposlouchala a tady to slyšela, tak snad to bude mít nějaký efekt.“*

Výzkumná otázka 3:

*Budou v posunech a změnách v hodnocených oblastech rozdíly mezi skupinou rodičů a skupinou pacientek? Objeví se rozdíly mezi matkami a otci, mezi dcerami a matkami a mezi dcerami a otci?*

Jediný signifikantní výsledek je možné shledat v oblasti depresivních symptomů měřených dotazníkem BDI, kde došlo u dcer k největšímu zlepšení skóre ve srovnání s rodiči. Dcery vykazovaly na počátku i na konci terapie největší míru depresivity (viz graf 3). Jiné signifikantní závěry není možné formulovat.

Z grafů je dále patrné, i když bez potvrzení statistickou významností, že nejvyšší míra kvality života (dotazník SQUALA, graf č. 1) byla u otců na počátku i na konci terapie, ale během terapie u nich došlo k nejmenším změnám v kvalitě života. Největší nárůst kvality života je u dcer, které měly na počátku terapie nejnižší naměřenou kvalitu života. Na konci terapie měly nejnižší kvalitu života matky. Podobně vypovídá i dotazník SOS-10, ve kterém došlo k největšímu zlepšení u dcer a nejmenšímu u matek.

Výzkumná otázka 4:

*Budou nalezeny signifikantní korelace mezi změnami u jednotlivých členů (např. míra zlepšení depresivních příznaků u matek má souvislost s poklesem depresivních symptomů u dcer)?*

Podobně jako v případě otázky 4, i zde byl shledán pouze jediný, signifikantní vztah, a to pozitivní korelace mezi mírou zlepšení příznaků depresivity u otců a u matek. Obecně platí, že efekt u všech dotazníků byl větší pro rodinu jako celek než pro její jednotlivé členy. Ústup

depresivní symptomatiky může významně přispívat ke schopnosti rodin a postižených dále spolupracovat v léčbě specifických symptomů poruch příjmu potravy.

Výzkumná otázka 5:

*Bude možné nalézt souvislosti mezi změnami zachycenými dotazníky během terapeutického cyklu, a některými faktory (délka onemocnění před vícerodinnou terapií, počet terapeutických pokusů před vícerodinnou terapií, věk, popřípadě jiné)?*

Proměnnými, které byly hodnoceny ve vztahu k terapeutickému efektu, byly věk pacientek, počet terapeutických pokusů před vícerodinnou terapií a délka onemocnění před vícerodinnou terapií. I v tomto případě byl nalezen pouze jeden signifikantní vztah, a to mezi počtem terapeutických pokusů a mírou zlepšení depresivních symptomů u dcer. Největší efekt na snížení depresivních projevů má vícerodinná terapie tedy, je-li volena jako první léčebná metoda, s dalšími neúspěšnými pokusy o léčbu se následující terapeutický efekt snižuje.

Ze zjištěných závěrů studie je možné konstatovat, že ve zkoumaných oblastech došlo k pozitivním změnám u většiny rodin. Kvantitativní data souhrnně pro celé rodiny prokázala signifikantní zlepšení během cyklu vícerodinné terapie a statisticky významné vztahy byly nalezeny i v případě dalších výzkumných otázek.

## 4. Závěry

### 4.1 Shrnutí

Hlavním smyslem projektu vícerodinné terapie poruch příjmu potravy je nabízet rodinám kvalitní, odborně a organizačně zabezpečený léčebný program, který bude komplexní formou využívat všech předností rodinné i skupinové terapie a specializovaného přístupu pro pacienty s poruchami příjmu potravy. Přestože je v zahraničí vícerodinná terapie (Multifamily Therapy) považována za ověřenou metodu zejména v léčbě dětských a dospívajících pacientů a jako taková je rodinám pacientů primárně nabízena, je v českém prostředí dostatečnou ambicí, aby byla jednak dostupná rodinám a jednak respektována odbornou veřejností. Odborná veřejnost reprezentovaná lékaři první linie i specialisty může významně ovlivnit, kterou léčbu pacient a jeho rodina zvolí.

V Čechách dosud nebyly zkušenosti s využitím vícerodinné terapie v léčbě psychiatrických pacientů, proto tzv. pražský přístup k vícerodinné terapii vznikl na základě inspirace zahraničními modely, zejména Londýnského (Maudsley Hospital) a Drážďanského. Počátek práce s pacienty s poruchami příjmu potravy touto formou byl usnadněn autorským vedením a následnou supervizí dr. Ivana Eislera (Maudsley Hospital London). Přesto bylo třeba původní organizační strukturu a terapeutické techniky a nástroje mírně přizpůsobit zdejšími požadavkům a možnostem. Konečná struktura, program cyklu i terapeutický tým vícerodinné terapie se ustálily v průběhu několika let. První terapeutický cyklus proběhl v roce 2004 a další se podařilo uspořádat v každém z následujících let. V roce 2010 byl ukončen šestý cyklus a v březnu 2011 bude zahájen sedmý. Doposud se vícerodinné terapie zúčastnilo 24 rodin, z nichž 20 jich bylo zařazeno do pilotního výzkumu, o kterém pojednává předkládaná práce.

Prvořadým cílem projektu vícerodinné terapie bylo vytvořit vyhovující strukturu, vybrat a ozkoušet vhodné techniky a nástroje a stabilizovat základní terapeutický tým. Současný program a způsob organizace jsou již čtyři roky stejné, terapeutický tým je ve svém složení

tvořen pěti terapeuty, kteří jsou jeho součástí od počátku, a dvěma až třemi dalšími terapeuty, kteří se postupně připojili a nahradili tak ty, kteří z projektu odešli. V každém cyklu jsou navíc přítomni jeden až dva stážisté, kteří vypomáhají se zápisy o průběhu jednotlivých setkání.

Dalším záměrem je seznamovat s vícerodinnou terapií laickou i odbornou veřejnost. K tomu přispívají publikace v odborných i populárně naučných periodických a almanaších, účasti na tuzemských i zahraničních konferencích nebo prezentace vícerodinné terapie prostřednictvím internetu ([www.idealni.cz](http://www.idealni.cz), [www.sekceppp.eu](http://www.sekceppp.eu) atd.).

Kvalita poskytované péče byla zhodnocena v rámci výzkumu, který lze považovat za pilotní, ověřující metodologii a výzkumný design. Metodologie se utvářela paralelně se stabilizací terapeutického schématu cyklu vícerodinné terapie. Cílem bylo především zachytit změny a posuny, k nimž během terapeutického cyklu dojde. Nebylo záměrem srovnávat tento přístup s jinými metodami léčby poruch příjmu potravy.

Výzkum sledoval pět výzkumných otázek, pro jejichž zodpovězení byla vytvořena kombinovaná kvalitativně kvantitativní metodologie. Ta sestávala z baterie sebeposuzovacích dotazníků a z trojice základních kvalitativních metod (semistrukturované interview, skupinové interview a kvalifikovaný odhad). Celkově bylo hodnoceno 10 klíčových oblastí života rodiny i jednotlivých členů. Data byla sbírána na počátku a na konci cyklu a vyhodnocena terapeutkou neúčastnicí se sezení s rodinami. Do kvalitativní části bylo zařazeno 20 rodin, kvantitativní data bylo možné použít u 15 rodin.

Závěry výzkumu vypovídají o významných posunech v klíčových oblastech individuálního i rodinného života u velké části zúčastněných rodin. Kvantitativní data do značné míry podpořila výsledky kvalitativní metody. V celém vzorku byly změny statisticky významné v oblastech depresivních symptomů, kvality života, v hodnocení vlivu terapie a negativní změny v oblasti sebepojetí u pacientek. Nepodařilo se nalézt signifikantní vztahy mezi hodnocenými proměnnými (věk, délka onemocnění a počet terapeutických pokusů před vícerodinnou terapií), s výjimkou vlivu vícerodinné terapie jako první formy léčby na

depresivní symptomy pacientek. Nebyly nalezeny statisticky významné vztahy mezi změnami u jednotlivých členů rodin. Kvalitativní i kvantitativní závěry se shodují, že vícerodinná terapie má větší vliv na rodinu jako celek než na jednotlivé její členy. Nejvýraznější posuny jsou patrné v oblastech kvalita života, symptomy poruchy příjmu potravy, celková atmosféra v rodině a vzájemná kooperace členů rodiny. Naopak nejmenší změny lze pozorovat v oblastech rodinné stravování, manželský soulad a rodinná komunikace.

Oba hlavní cíle práce, vytvoření organizační i obsahové struktury cyklu a zhodnocení změn v rodinách během cyklu, lze považovat za splněné. Zároveň však jsou patrné rezervy a výzvy pro budoucí pokračování, a to jak terapeutické, tak výzkumné práce.

#### 4.2 Výhled a navazující záměry

Závěry výzkumu hodnotícího změny a posuny v rodinách během cyklu vícerodinné terapie dovolují pokračovat v tomto terapeutickém přístupu u motivovaných rodin za dodržení několika požadavků. Požadavkem na terapeutickou práci je další stabilizace programu, především v organizačních otázkách – personálního a prostorového zajištění, finančního ohodnocení terapeutů a propagaci přístupu směrem k laické i odborné veřejnosti. Ve výzkumné práci je pak požadavkem rozšíření kvantitativní metodologie o další metody, které jsou užívány v zahraničí a jednoznačně prokazují účinnost tohoto přístupu. Tyto metody jsou nyní v přípravě pro použití v Čechách. Jedná se především o sebeposuzovací nástroje pro hodnocení rodinných vztahů a vlivu poruchy příjmu potravy na sociální okolí pacienta. Po úpravě metodologie pak bude možné naplnit další cíl, a sice mezinárodní srovnání přístupu vícerodinné terapie.

V současnosti také probíhá studie srovnávající efektivitu vícerodinné terapie a on-line rodičovských podpůrných skupinových chatových konferencí. Délka konání vícerodinné terapie spolu s faktem, že terapeuti zůstávají v kontaktu se všemi rodinami, které se terapie zúčastnily, vybízejí k výzkumu dlouhodobého vlivu vícerodinné terapie na průběh

onemocnění i na rodinný a individuální život zúčastněných. Ambicí v této souvislosti je stanovit míru preventivního účinku vícerodinné terapie na relaps poruchy příjmu potravy. Podmínkou pro tyto výzkumné záměry je dostatečný počet rodin, které terapii absolvují.

Trvalou snahou je, aby tento terapeutický program byl přístupný pro stále větší počet motivovaných rodin a sledování účinnosti adekvátním výzkumem přispělo k jeho zlepšení v našich podmínkách.



## 5. Souhrn

Práce přináší shrnutí šestiletého fungování programu vícerodinné terapie v léčbě poruch příjmu potravy při Centru pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky v Praze. Jedná se o první zkušenosti s využitím vícerodinné terapie u psychiatrických pacientů v Čechách. Tento terapeutický koncept (Multifamily Therapy) je v zahraničí často využívanou formou práce s pacienty trpícími touto diagnózou a je metodou první volby dle terapeutických vodítek NICE (2004). Inspirací pro pražský tým byl londýnský Maudsley model.

Hlavními cíli práce bylo 1) zavést tento terapeutický přístup do komplexní péče o pacienty s poruchami příjmu potravy, optimalizovat fungující strukturu a program a stabilizovat vyškolený terapeutický tým; a 2) zhodnotit efektivitu vícerodinné terapie a navrhnout vhodnou metodologii.

Od roku 2004 se projektu zúčastnilo 20 rodin, které tvoří zkoumanou skupinu. Pro prvotní výzkumný záměr byla zvolena kombinace kvalitativní a kvantitativní metodologie. Kvantitativními metodami byly dotazníky Beck Depression Inventory (BDI), Schwartzova škála hodnocení terapie (SOS-10), dotazník kvality života (SQUALA) a Rosenbergův dotazník sebepojetí (RSE). Bylo hodnoceno 10 oblastí, v nichž byly sledovány změny a posuny. Těmito oblastmi jsou: kvalita života, emoční stabilita jedince, přítomnost symptomů PPP, změny v rodinném stravování, pohled do budoucnosti, komunikace v rodině, manželská spokojenost a soulad, kooperace členů rodiny, celková atmosféra v rodině, vnímání vlivu vícerodinné terapie na změny. Změny a posuny v těchto oblastech se staly podkladem pro zodpovězení pěti výzkumných otázek.

Oba z cílů lze považovat za splněné. Byla vytvořena ucelená struktura s daným programem, způsobem organizace a komunikace s rodinami. Terapeutický tým je stabilní a je pravidelně supervidován. Vícerodinná terapie se dostala do povědomí laické i odborné veřejnosti jako jedna z účinných forem léčby poruch příjmu potravy.

Změny a posuny ve většině hodnocených oblastí ukázaly efektivitu tohoto programu. Nejvýraznější pozitivní efekt terapie byl shledán v oblasti symptomů poruchy příjmu potravy a emoční stability, zejména ve smyslu ústupu depresivních symptomů. Byl shledán celkový vliv vícerodinné terapie na rodinnou atmosféru, redukci napětí a úzkostí ve vztahu k budoucnosti. V oblasti kvality života byly nalezeny signifikantní pozitivní změny. Negativní změny, tedy zhoršení, lze pozorovat v oblasti sebepojetí pacientek. To je zdánlivým paradoxem v porovnání s celkovým zlepšením somatického stavu a signifikantním nárůstem BMI. Největší efekt má terapie na rodinu jako celek. Největší pozitivní vliv na hodnocené oblasti má vícerodinná terapie tehdy, je-li prvním pokusem o léčbu. Závěry kvalitativních i kvantitativních metod byly signifikantně potvrzeny celkovou škálou hodnocení terapie SOS-10.

Metodologie bude na základě zkušeností z této pilotní studie doplněna o nástroje využívané zahraničními týmy, což přinese možnost vzájemného srovnání.

Závěry v předkládané práci lze považovat za důvody k pokračování programu vícerodinné terapie i k dalším výzkumným záměrům.

Klíčová slova:

Vícerodinná terapie, poruchy příjmu potravy, výzkum efektivity, kvalitativně-kvantitativní metodologie

## 6. Abstract

This paper gives the summary of the six-year operations of multi-family therapy programme in eating disorders at The Eating Disorders Centre at The Psychiatric Clinic, Prague. The research done has been the first experience with multi-family treatment of psychiatric patients in the Czech Republic. This therapy concept is often used abroad as a form of work with patients suffering from the diagnosis of eating disorders. It is a „first choice“ method due to NICE Guideline(2004). The inspiration for the Prague team was the London Maudsley model.

The main aims of the research were:

1/ to introduce this therapeutic approach into a complex treatment of patients suffering from eating disorders, optimize the functioning structure and programme and stabilize the therapeutic team

2/ to evaluate the effectiveness of multi-family treatment and suggest the suitable methodology

Since 2004 twenty families which form the observed group have been involved in the project. The combination of qualitative and quantitative methodology was chosen during the primary stage of the research. The methods used were: questionnaires of Beck Depression Inventory (BDI), Schwartz scale of therapy assessment (SOS-10), the life quality questionnaire (SQUALA) and Rosenberg self-concept questionnaire (RSE). We evaluated ten different areas in which changes and development were monitored. The ten areas were: quality of life, emotional stability of an individual, presence of PPP symptoms, changes in family eating habits, future foresight, communication within a family, marital satisfaction and harmony, cooperation of members of a family, general atmosphere inside a family, perception of multi-family treatment effect on changes. The changes and development in these areas became the sources for giving answers for five research questions.

We can consider both the aims to have met with success. The complex structure with particular programme, method of organization and communication with families has been formed. The therapeutic team is stable and regularly supervised. The multi-family therapy has entered the general public and experts minds as an one of effective ways of eating disorders treatment. The changes and development in areas assessed have showed the effectiveness of this programme. The most positive outcome is seen in areas of eating disorder symptoms and emotional stability, particularly in diminishing depression symptoms. There is an obvious general effect on the atmosphere inside a family and the decrease of tense and anxiety about the future. In the area of quality of life significant positive changes have been noticed. The most significant effect of the therapy is that one on the family as a whole. The most positive outcome of the multi-family therapy is seen in families which have

undergone the eating disorder treatment trial for the first time. The results of qualitative and quantitative methods were significantly proved by a complex range of therapy assessment SOS-10. In the area of self-esteem significant negative changes were found. This is explained by the loss of identity as patient and security given by the illness. The methodology will be supplemented with the tools used by foreign teams, which will bring a possibility of reciprocal comparison. The conclusions in this paper can be considered as reasons for further both multi-family treatment use and research aims.

Key words:

Multi-family therapy, eating disorders, effectiveness research, qualitative-quantitative methodology

## 7. Literatura

1. Asen, E.: Multiple Family Therapy: an Overview. *Journal of Family Therapy* 24, 2002, 3-16.
2. Asen, E., Schuff., H.: Psychosis and Multiple Family Group Therapy. *Journal of Family Therapy* 28, 2006, 58-72.
3. Asen, E., Bianchi, S.: DAPHNE BERICHT über Beendigung des Kreislaufs der innerfamiliären Misshandlung von Kindern und Frauen. Der europäische Mehr-Familien-Therapieansatz. Daphne Projekt, Dresden, 2007.
4. Blais, M., Lendering, W., Baer, L., de Lorell, A., Peets, K., Leahy, L., Burns, C.: The development and initial validation of a brief mental health outcome measure. *Journal of Personality Assessment* 7, 1999, 359-373.
5. Boš, P.: Freudova jasnozřivost a bezmocnost. *Kontext* 16, 1999/2000, 33-34.
6. Boš, P.: Neuropsychologický podklad komunikačních terapií. *Kontext* 16, 1999/2000, 41-46.
7. Bruch, H.: *Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within*. New York, Basic Books 1973.
8. Bulik, C.M.: Genes and Environment in Eating Disorders: What Patients, Families and Practicioners Need to Know. *Čs.a Slov. psychiatrie* 101, suppl. 1., 2005, 15.
9. Carr, A.: The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Child-Focused Problems. *Journal of Family Therapy* 31, 2009, 3-45.
10. Čermák, I., Miovský, M.: Kvalitativní výzkum ve vědách o člověku na prahu třetího tisíciletí. Brno, Psychologický ústav AV ČR 2002.
11. Dare, C., Eisler, I.: Chronic Eating Disorders in Therapy: Clinical Stories Using Family Systems and Psychoanalytic Approaches. *Journal of Family Therapy* 19, 1997, 319-351.
12. Dare, C., Eisler, I.: A multi-family Group Day Programme for Adolescent Eating Disorders. *European Eating Disorders Review* 8, 2000, 4-18.
13. Dare, C., Eisler, I., Russell, G.F.M., Treasure, J., Dodge, E.: Psychological Therapies for Adult Patients with Anorexia Nervosa: A Randomised Controlled Trial of Out-patient Treatments. *British Journal of Psychiatry* 187, 2001, 216-221.
14. Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I., Dare, C.: Family Therapy for Bulimia Nervosa in Adolescent. *Journal of Family Therapy* 17, 1995, 59-78.
15. Dragomirecká, E., Lenderking, W.R., Motlová, L., Goppoldová, E., Šelepová, P.: A Brief Mental Health Outcomes Measure: Translation and Validation of the Czech Version of the Schwartz Outcomes Scale-10. *Quality of Life Research* 15, 2006, 307-312.
16. Eisler, I., Dare, C., Hodes, M., Russell, G.F.M., Dodge, E., LeGrange, D.: Family

Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa: The Results of a Controlled Comparison of two Family Interventions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 41, 2000, 727-736.

17. Eisler, I.: Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D.(Ed.), *Poruchy příjmu potravy*. Praha, Grada 2005, 179-191.
18. Eisler, I.: The Empirical and Theoretical Base of Family Therapy and Multiple Family Day Therapy for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of Family Therapy* 27, 2005, 104-131.
6. Eisler, I.: One Plus One Is More than Two: Working with Families where More than One Person has an Eating Disorder. *Čs.a Slov. Psychiatrie* 103, suppl. 1., 2007, 21.
7. Eisler, I.: Systemic KBT for Adolescents with Bulimia Nervosa. *Psychiatrie pro praxi* 10, suppl.B, 2009, 13.
8. Eisler, I., Lock, J., le Grange, D.: Family-Based Treatments for Adolescents with Anorexia Nervosa – Single-Family and Multifamily Approaches. In: Grilo, C.M., Mitchell, J.E.: *The Treatment of Eating Disorders: A Clinical Handbook*. New York, The Guilford Press 2010.
9. Engeland, H., van der Ham, T. van Furth, E. F., van Strien, D.C.: The Utrecht Prospective Longitudinal Studies of Eating Disorders in Adolescence: Course and the Predictive Power of Personality and Family Variables. In: Steinhausen, H. C.: *Eating Disorders in Adolescent*. Berlin, Walter de Gruyter 1995.
10. Fairburn, C., G., Wilson, G.: *Binge Eating*. The Guilford Press, New York 1993.
11. Fairburn, C.,G.: Kognitivně-behaviorální přístup k léčbě mentální bulimie. In: Krch, F.D. (Ed.), *Poruchy příjmu potravy*. Praha, Grada 2005, 133-143.
12. Fischer, N.: Anorexia Nervosa and Unresolved Rapprochement Conflicts. A case study. *Int. Journal of Psycho-Analysis* 70, 1989, 41-54.
13. Fleminger, S.: Eating Disorders of Adolescent, a Treatment Model. *Journal of Family Therapy* 27, 2005, 147-157.
14. Fraňková, S., Dvořáková-Janů, V.: *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha, Karolinum 2003.
15. Garfinkel, P.E., Garner, D.M.: *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*. New York, Brunner-Mazel 1982.
16. Garner, D.M., Garfinkel, P.E.: *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, London, Guilford Press 1997.
17. Garner, D.M.: Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D. (Ed.), *Poruchy příjmu potravy*. Praha, Grada 2005, 123-132.
18. Geist, R.A.: Self Psychological Reflections on the Origin of Eating Disorders. In: Bemporad, J.R., Herzog, D.B.: *Psychoanalysis and Eating Disorders*. New York, The Guilford Press 1989.
19. Gjuríčová, Š.: Modely ženského vývoj. *Kontext* 16, 1999/2000, 106-108.

20. Gjuričová, Š., Kubička, J.: Rodinná terapie. Praha, Grada 2003.
21. Hall, A., Crisp, A.H.: Brief Psychotherapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. Outcome at one Year. *British Journal of Psychiatry* 151, 1987, 185-191.
22. Hanlon, K. (2011) What is the relationship between low self-esteem and eating disorders? Vanderbilt University, dostupné z:  
[http://www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health\\_psycholog/esteem.htm](http://www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health_psycholog/esteem.htm).
23. Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Praha, Portál 2008.
24. Hill, A, Weaver, C., Blundell, J.: Dieting Concerns of 10-year-old Girls and their Mothers. *British journal of Clinical Psychology* 29, 1990, 346-348.
25. Hoskovec, J., Nakonečný, M., Sedláková, M.: Psychologie XX. století I. Praha, Karolinum 1996.
26. Hsu, L.K.G.: Eating Disorders. New York, Guilford Press 1990.
27. Chudobová, P.: Body image u dívek předškolního věku. Diplomová práce, Praha, FFUK 2001.
28. Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha, Portál 2004.
29. Chvála, V., Trapková, L.: Otec a dcera s poruchou příjmu potravy. *Čs.a Slov. psychiatrie* 103, suppl. 1, 2007, 23-27.
30. Jeammet, P., Chabert, C.: A Psychoanalytic Approach to Eating Disorders: The Role of Dependency. *Adolescent Psychiatry* 1, 1998.
31. Keeney, B., P.: Ekosystémová epistemologie – alternativní model pro diagnózu. *Kontext* 16, 1999/2000, 16-22.
32. Keys, A., Brozek, J., Heuschel, A., Mickelsen, O., Taylor, H.L.: The Biology of Human Starvation. Minneapolis, University of Minnesota Press 1950, 872.
33. Kmoch, V., Papežová, H.: Adonisův komplex, nové pohledy na poruchu příjmu potravy u mužů, teorie a kazuistiky. In: Raboch, J., Zrzavecká, I., et al. (Eds.): Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta. Praha, Galén 2006, 73-76.
34. Kocourková, J.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha, Galén 1997.
35. Kocourková, J., Koutek, J.: Specifika poruch příjmu potravy i dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi* 3, 2001, 109-111.

36. Kocourková, J.: Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy. In: Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada 2005.
37. Kog, E., Vandereycken, W.: The Speculations: An Overview of Therories About Eating Disorders Families. In: Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J.(Eds.): The Family Approach to Dieting Disorders. New York, PMA Publishing corp. 1989, 7-23.
38. Kordy, H., Golkaramnay, V., Bauer, S., Haug, S.: Delivery of Care through the Internet for Patients with Eating Disorders. Čs.a Slov. psychiatrie 101, 2005, 16-17.
39. Krch, F.D., Drábková, H.: Závěrečná zpráva IGA MZČR: Současné změny životního stylu a duševní zdraví. Praha 1998.
40. Krch, F.D., Csémy, L.: Dietní postoje a zvyklosti dětí staršího školního věku. Čs.a Slov. psychiatrie 101, suppl. 1, 2005, 23-24.
41. Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada 2005.
42. Krch, F.D.: Koncept sebevědomí a psychologická praxe. Československá psychologie 50, 2006, 258-287.
43. Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Medicína pro praxi 4, 2007, 320-322.
44. Kulhánek, J.: Ortorexie, bigorexie, drunkorexie. 2008. [Vyhledáno 1.8.2009 na [http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie—drunkorexie\\_clanek\\_show.asp?id=2251](http://www.idealni.cz/ortorexie--bigorexie—drunkorexie_clanek_show.asp?id=2251)]
45. Lansky, M.R.: Family Therapy and Major Psychopathology. New York, Grune & Stratton 1981.
46. Le Grange, D., Eisler, I., Dare, C., Russell, G.F.M.: Evaluation of Family Treatments in Adolescent Anorexia Nervosa: A Pilot Study. International Journal of Eating Disorders 12, 1992, 347-357.
47. LeGrange, D.: The Maudsley Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia. World Psychiatry 4(3), 2005, 142-146.
48. Le Grange, D., Crosby, R.D., Rathouz, P.J., Leventhal, B.L.: A Randomized Controlled Comparison of Family-Based Treatment and Supportive Psychotherapy for Adolescent Bulimia Nervosa. Arch Gen Psychiatry 64, 2007, 1049-1056.
49. Lemmens, G.M., Wauters, S., Heireman, M., Eisler, I., Lietaer, G., Sabbe, B.: Beneficial Factors in Family Discussion Groups of a Psychiatric Day Clinic: perceptions by the Therapeutic Team and the Families of the Therapeutic Process. Journal of Family Therapy 25, 2003, 41-63.
50. Lemmens, G.M., Vervaeke, M., Enzlin, P., Bakelants, E., Vanderschueren, D., Hooghe, T.D., Demyttenaere, K.: Coping with Infertility: a Body-mind Group Intervention Programme for Infertile Couples. Human Reproduction 35, 2004, 1-7.
51. Lemmens, G.M., Eisler, I., Buysse, A., Heene, E.: The Effects on Mood of Adjunctive Single-Family and Multi-Family Group Therapy in the Treatment of Hospitalized Patients with Major Depression. Psychotherapy and Psychosomatics 78, 2009, 98-105.



52. Lock, J: Evolving Treatments for Adolescent with Anorexia Nervosa: The Role of Families in Recovery. *Eating Disorders Today* 1, 2004, 3-5.
53. Lock, J., Couturier, J., Agras, W.S.: Comparison of Long-Term Outcomes in Adolescents with Anorexia Nervosa Treated with Family Therapy. *Journal of Am. Acad. Child. Adolesc. Psychiatry* 45, 2006, 666-672.
54. Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W., Jo, B.: Randomized Clinical Trial Comparing Family-Based Treatment with Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 67, 2010, 1025-1032.
55. Malá, E.: Sebepoškozování u poruch příjmu potravy. In: Raboch, J., Zrzavecká, I., et al. (Eds.): *Nemocná duše – nemocný mozek: klinická zkušenost a fakta*. Praha, Galén 2006, 112-114.
56. Mehl, A., Tomanová, J., Papežová, H.: The multifamily therapy of eating disorders at the Centre for the Treatment of eating disorders (submitted).
57. Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L.: *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, MA, Harvard University Press 1978.
58. Miovský, M.: *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha, Grada 2006.
59. National Collaborating Centre for Mental Health (NCCMH): *Eating Disorders: Core Interventions in the Treatment and Management of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Related Eating Disorders*. London: National Institute for Clinical Excellence (NICE), The British Psychological Society and Gaskell 2004.
60. Noorduin, C., Vandereycken, W.: Coping with Stressful Family Meals: Patients, Parents and Therapist around the Table. *Eating Disorders Review* 6, 2003, 1-4.
61. Papežová, H.: Motivační terapie v léčbě poruch příjmu potravy. *Čs.a Slov. psychiatrie* 96, 2000, 397-401.
62. Papežová, H.: Poruchy příjmu potravy. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.), *Psychiatrie*. Praha, Tigis 2002, 609-620.
63. Papežová, H., Uher, R.: Motivační terapie u poruch příjmu potravy II. klinické ukázky a nástroje. *Čs. a Slov. psychiatrie* 98, 2002, 28-32.
64. Papežová, H. a skupina COST ACTION B6: Výsledky mezinárodní multicentrické naturalistické studie zaměřené na účinnost léčby poruch příjmu potravy v 19 evropských zemích: COST Action B6 1993-2001. *Čs. a Slov. Psychiatrie* 99, 2003, 10-16.
65. Papežová, H., Uhlíková, P., Hellerová, P., Tomanová, J.: Poruchy příjmu potravy u adolescentů. *Pediatric po promoci* 2, 2005, 25-28.
66. Papežová, H.: Kvalita života (SQUALA a poruchy příjmu potravy). In: Dragomirecká, E., Bartoňová, J., Motlová, L., Papežová, H., Kožnarová, R. (Eds.), *SQUALA – příručka pro uživatele*. Praha, PCP 2006, 33.

67. Papežová, H., Kocourková, J., Koutek, J.: Poruchy příjmu potravy. In: Raboch, J. et al.: Psychiatrie, doporučené postupy psychiatrické péče II. Praha, Intopharm 2006, 127-137.
68. Papežová, H.: Profesionálním přístupem proti stigmatizaci poruchy příjmu potravy. Psychiatrie pro praxi 10, suppl. B, 2007, 7.
69. Reiss, D.: Rodinný kodex a schopnost rodiny snášet těžkosti. Kontext 12, 1996, 17-22.
70. Rhodes, P., Madden, S.: Scientist-practitioner Family Therapists, Postmodern Medical Practitioners and Expert Parents: Secondorder Change in the Eating Disorders Program at The Childres's Hospital at Westmead. Journal if Family Therapy 27, 2005, 171-182.
71. Rieger, Z., Vyhnálková, H.: Ostrov rodiny. Hradec Králové, Konfrontace 2001
72. Robin, A.L., Siegel, P.T., Moye, A.W., Gilroy, M., Dennis, A.B., Sikand, A.: A Controlled Comparison of Family versus Individual Therapy for Adolescent with Anreia Nervosa. Journal of America Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38, 1999, 1482-1489.
73. Russell, G.F.M., Szmukler, D.I., Dare, C., Eisler, I.: An Evaluation of Family Therapy in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. Archives of General Psychiatry, 44, 1988, 1047-1056.
74. Sansone, R.A., Levitt, J.L., Sansone, L.A.: Eating Dirorders and Self-Harm: A Chaotic Intersection. Eating Disorders Review 3, 2003, 1-4.
75. Schmidt, U., Tiller, J., Hodes, M., Treasure, J.: Risk factors for the development of early onset bulimia nervosa in eating disorders in adolescence: anorexia and bulimia nervosa. In: Steinhausen H.C.: Eating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa. Berlin, Walter de Gruyter 1995, 83-93.
76. Schmidt, U., Lee, S., Beecham, J., Perkins, S., Treasure, J., Yi, I., Winn, S., Robinson, P., Murphy, R., Keville, S., Johnson-Sabine, E., Jenkins, M., Frost, S., Dodge, L., Berelowitz, M., Eisler, I.: A Randomized Controlled Trial of Family Therapy and Cognitive Behavior Therapy Guided Self-Care for Adolescents with Bulima Nervosa and Related Disorders. Am. Journal of Psychiatry 164, 2007, 591-598.
77. Scholz, M., Asen, E.: Multiple Therapy with Eating Disordered Adolescents: Concepts and Preliminary Results. European Eating Disorders Review 9, 2001, 33-42.
78. Scholz, M., Rix, M., Scholz, K., Gantchev, K., Thömke, V.: Multiple Family Therapy for Anorexia Nervosa: concepts, experiences, results. Journal of Family Therapy 27, 2005, 132-141.
79. Scholz, M.: Was können systemische Familientageskliniken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten? Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung [Vyhledáno 15.8.2009 na <http://www.systemagazin.de/zeitschrifte>]
80. Schupak-Neuberg, E., Nemeroff, C.: Disturbances in identity and self-regulation in bulimia nervosa: Implications for a metaphorical perspective of "Body as Self". International Journal of Eating Disorders 13, 1993, 335-347.

81. Schwartz, D., Thompson, M., Johnson, C.: Anorexia nervosa and bulimia: The sociocultural context. In: Emmett, S.W. (Ed.). *Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia: Biomedical, Sociocultural, and Psychological Perspectives*. New York, Brunner-Mazel 1985.
82. Selvini-Palazzoli, M.P.: *Self-Starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa*. London, Chaucer 1974.
83. Sekot, M., Papežová, H., Uher, R.: Jak hodnotit efekt terapie u poruch příjmu potravy? *Čs. a Slov. Psychiatrie* 103, Suppl. 1, 2007, 22-23.
84. Shapiro, J.R., Bauer, S., Kordy, H., Bulik, C.M.: The Use of Text Messaging in the Treatment of Childhood Overweight. *Čs. a Slov. psychiatrie* 101, 2005, 15-16.
85. Schlippe, A. von, Schweitzer, J.: *Systemická terapie a poradenství*. Brno, Cesta 2006.
86. Stárková, L.: Poruchy příjmu potravy – psyché a soma. *Pediatric pro praxi* 1, 2005, 11-15.
87. Stein, M.K.: Caring for the Caregivers: Focusing on the Family in Treatment. *Eating Disorders Review* 18, 2007, 1-3.
88. Steinglass, P., Bennett, L. A., Woli, S. J., Reiss, D.: *The Alcoholic Family*. New York, New York Basic Books 1987.
89. Steinglass, P.: Multiple Family Discussion Groups for Patients with Chronic Medical Illness. *Families, Systems and Health* 16, 1998, 55-70.
90. Steiger, H., Stotland, S.: Individual and Family Factors in Adolescents with Eating Symptoms and Syndromes. In: Steinhausen, H. C.: *Eating Disorders in Adolescent*. Berlin, Walter de Gruyter 1995.
91. Strober, M.: A Comparative Analysis of Personality Organization in Juvenile Anorexia Nervosa. *Journal of Youth and Adolescence* 10, 1981, 285-295.
92. Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., Kaye, W.: A controlled family study of anorexia nervosa: Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders* 9, 1990, 235-239.
93. Szmukler, G. I., Eisler, I., Russell, G. F. M., Dare, C.: Parental „Expressed Emotion“, Anorexia Nervosa and Dropping Out of Treatment. *British Journal of Psychiatry* 147, 1985, 265-271.
94. Tantillo, M.: Eating Disorders Multifamily Therapy Group: Capitalizing on the Healing Power of Relationships. *Eating Disorders Today* 2, 2003.
95. Tomanová, J., Papežová, H.: Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Čs. a Slov. Psychiatrie* 102, 2006, 358-362.
96. Treasure, J., Whitaker, W., Whitney, J., Schmidt, U.: Working with Families of Adults with Anorexia Nervosa. *Journal of Family Therapy* 27, 2005, 158-170.

97. Vanderlinden, J., Vandereycken, W.: Perception of Changes in Eating Disorder Patients during Group Treatment. *Psychotherapy Psychosomatics*, 49, 1998, 160-163.
98. Vanderlinden, J., Vandereycken, W.: Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders. New York, Brunnel-Mazel 1997.
99. Vanderlinden, J., Perednia, C., Vandereycken, W.: The Family Therapist Faced with Chronic Cases, Broken-Home Situations, and Transgenerational Issues. In: Vandereycken, W., Kog, E., Vanderlinden, J.(Eds.): *The Family Approach to Dieting Disorders*. New York, PMA Publishing corp. 1989, 311-331.
100. Vyhnálek, M.: Rodina o nás, my o rodině. *Kontext* 11, 1995, 17-19.
101. World Health Organization: *International Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10. revize. Ženeva, WHO 1992.
102. Zygmund, M.J., Boorhem, H.: Etické rozhodování v rodinné terapii (v překladu A. Hnídkové). *Kontext* 10, 1994, 15-24.

## **Příloha1:**

### **Osnova semistrukturovaného rozhovoru – na počátku cyklu MFT:**

#### **Část A:**

1. Rodinné prostředí a charakteristika rodiny (demografie, sociokulturní a ekonomický status, psychosociální faktory, morbidita a psychopatologie...)
  - Počet členů v rodině
  - Kde žijí – obec, bydlení
  - Vzdělání a zaměstnání rodičů a sourozenců, ekonomika rodiny
  - Náboženství
  - PPP v rodině
  - Jiná psychopatologická zátěž v rodině
  - Nemoci v rodině
  
2. Vývoj PPP – pohled každého z členů (časový vývoj, důležité události a zlomy, reflexe prožívání ostatních členů, předpokládané důvody, průvodní symptomy, nynější stav...)
  - Kdy si ten který z členů všiml prvních příznaků a změn v chování pacientky
  - Kdy si pacientka připustila fakt, že trpí PPP
  - Jsou nějaké důležité události, které jsou ve spojitosti s PPP
  - Jak se nemoc vyvíjela z pohledu jednotlivých členů
  - Jaký je nynější stav
  - Pokusy o léčbu, její průběh a výsledky
  - Proč nyní MFT jako volba
  
3. Hodnocení stravování v rodině před PPP (charakter stravy, frekvence společného stolování, jídelní kultura, komunikace během jídla, péče o jídlo rodiny mimo domov...)
  - Dietní a jídelní zvláštnosti v rodině
  - Jak často se setkávali u společného jídla
  - Kdo vařil, kdo nakupoval, kdo určoval jídelníček rodiny
  - Jaké jsou a byly jídelní zvyklosti v širší rodině
  - Jak se rodina stravovala mimo domov

4. Hodnocení stravování v rodině během PPP v poslední době před MFT (charakter stravy, frekvence společného stolování, jídelní kultura, komunikace během jídla, péče o jídlo rodiny mimo domov...)
- Jak ovlivnila jídlo PPP
  - Kdo vaří, nakupuje a určuje jídelníček nyní, v době PPP
  - Jak často a v jakém složení se sejdou u společného jídla
  - Jak PPP ovlivnila jídlo při slavnostních a mimořádných příležitostech
  - Jak vypadalo stravování v rodině v době, kdy byla pacientka na hospitalizaci
  - Jak ovlivnila PPP komunikaci během jídla

## Část B:

### 1. Kvalita života

- spokojenost či nespokojenost s hlavními oblastmi života
- subjektivní pohoda či nepohoda v materiálních i nemateriálních hodnotách:
- rodinné vztahy
- kvalita bydlení
- zaměstnání
- vztah rodičů
- vztahy pacientky
- volný čas a koníčky
- finance

### 2. Emoční stabilita jedince

- emoční stavy, nálady a změny v posledních měsících až cca 1 roce
- touha po úniku ze situace
- radostné prožitky a příjemné zážitky
- nepříjemné zážitky
- překážky při dosahování cílů a přání
- celková schopnost projevit emoce
- případné suicidální myšlenky či tendence

### 3. Přítomnost symptomů PPP

- BMI, podstoupená vyšetření, amenorea
- výskyt a frekvence zvracení či přejídání, laxativa, anorektika apod.
- hladovky, úmyslné vyhýbání se jídlu, zatajování skutečností o snědeném jídle

- vztah k vlastnímu tělu – spokojenost či nespokojenost, ideál, kterého pacientka touží dosáhnout
  - změny ve vztahu k vlastnímu tělu během nemoci
  - výskyt a povaha myšlenek spojených s jídlem, tělem apod.
4. Změny v rodinném stravování
- frekvence a výskyt společných jídel
  - napětí během jídla, konflikty a hádky, výčitky
  - status kontroly v jídle
  - podíly na přípravě jídelníčku rodiny i připravovaných pokrmů
  - komunikace při jídle
5. Pohled do budoucnosti
- zda vůbec existuje pojetí budoucnosti, obavy z ní
  - těšení se na něco
  - role nemoci v budoucnosti
  - téma následků nemoci
  - ideální představy budoucnosti, celková pozitivní / negativní očekávání...
  - představa budoucnosti ve vztahu k nemoci
6. Komunikace v rodině
- konflikty – frekvence, intenzita, účastníci, náměty
  - zvládání konfliktů
  - komunikační témata
  - míra zapojení jednotlivých členů do komunikace
  - přání ve vztahu ke komunikaci, proměny a posuny...
7. Manželská spokojenost a soulad
- spokojenost s časem, který spolu partneři tráví
  - možnost komunikovat spolu o běžných starostech
  - schopnost trávit spolu radostné chvíle
  - pocit sdílení a intimity...
8. Kooperace členů rodiny
- zodpovědnost za chod rodiny a domácnosti
  - podíly na domácích pracích

- možnost spolehnout se na sebe vzájemně
- předávání kompetencí za některé povinnosti...
- společné plány a aktivity

#### 9. Celková atmosféra v rodině

- dojem klidu či neklidu
- napětí, dopad starostí
- vliv nemoci na celkové klima
- tendence k vyhýbání se trávit čas v rodině
- uzavření se rodiny vůči okolí nebo naopak, zvýšené kontakty s okolím

#### 10. Vnímání vlivu vícerodinné terapie na změny

- na počátku hodnocení potřeby terapie
- spoléhání se na efekt vícerodinné terapie
- očekávání od terapie
- zábrany a postoje jednotlivých členů rodiny vůči MFT



## **Příloha 2:**

### **Osnova semistrukturovaného rozhovoru – na konci cyklu MFT:**

#### **Část A:**

##### **1. Kvalita života**

- spokojenost či nespokojenost s hlavními oblastmi života
- subjektivní pohoda či nepohoda v materiálních i nemateriálních hodnotách:
- rodinné vztahy
- kvalita bydlení
- zaměstnání
- vztah rodičů
- vztahy pacientky
- volný čas a koníčky
- finance

##### **2. Emoční stabilita jedince**

- emoční stavy, nálady a změny v posledních měsících až cca 1 roce
- touha po úniku ze situace
- radostné prožitky a příjemné zážitky
- nepříjemné zážitky
- překážky při dosahování cílů a přání
- celková schopnost projevit emoce
- případné suicidální myšlenky či tendence

##### **3. Přítomnost symptomů PPP**

- BMI, podstoupená vyšetření, amenorea
- výskyt a frekvence zvracení či přejídání, laxativa, anorektika apod.
- hladovky, úmyslné vyhýbání se jídlu, zatajování skutečností o snědeném jídle
- vztah k vlastnímu tělu – spokojenost či nespokojenost, ideál, kterého pacientka touží dosáhnout
- změny ve vztahu k vlastnímu tělu během nemoci
- výskyt a povaha myšlenek spojených s jídlem, tělem apod.

##### **4. Změny v rodinném stravování**

- frekvence a výskyt společných jídel

- napětí během jídla, konflikty a hádky, výčitky
- status kontroly v jídle
- podíly na přípravě jídelníčku rodiny i připravovaných pokrmů
- komunikace při jídle

#### 5. Pohled do budoucnosti

- zda vůbec existuje pojetí budoucnosti, obavy z ní
- těšení se na něco
- role nemoci v budoucnosti
- téma následků nemoci
- ideální představy budoucnosti, celková pozitivní / negativní očekávání...
- představa budoucnosti ve vztahu k nemoci

#### 6. Komunikace v rodině

- konflikty – frekvence, intenzita, účastníci, náměty
- zvládání konfliktů
- komunikační témata
- míra zapojení jednotlivých členů do komunikace
- přání ve vztahu ke komunikaci, proměny a posuny...

#### 7. Manželská spokojenost a soulad

- spokojenost s časem, který spolu partneři tráví
- možnost komunikovat spolu o běžných starostech
- schopnost trávit spolu radostné chvíle
- pocit sdílení a intimity...

#### 8. Kooperace členů rodiny

- zodpovědnost za chod rodiny a domácnosti
- podíly na domácích pracích
- možnost spolehnout se na sebe vzájemně
- předávání kompetencí za některé povinnosti...
- společné plány a aktivity

#### 9. Celková atmosféra v rodině

- dojem klidu či neklidu
- napětí, dopad starostí

- vliv nemoci na celkové klima
- tendence k vyhýbání se trávit čas v rodině
- uzavření se rodiny vůči okolí nebo naopak, zvýšené kontakty s okolím

#### Část B:

##### Vnímání vlivu vícerodinné terapie na změny

- hodnocení vlivu uplynulého cyklu na výše uvedené oblasti
- celkový dojem z terapie
- potřeba pokračovat v následné terapii
- co si odnášejí
- co naopak očekávali a nedostalo se jim toho
- v čem vidí největší posun a změnu (ve vztahu k výše uvedeným oblastem)
- v čem vidí nejmenší posun a změnu (ve vztahu k výše uvedeným oblastem)

### **Příloha 3:**

#### **Témata a podnětové otázky skupinového interview MFT**

##### **Část A: Úvodní skupinové interview**

1. Jaká máte očekávání od vícerodinné terapie?
2. Kdo se rozhodl o léčbě formou vícerodinné terapie?
3. Jak se změnila kvalita života v posledním roce? V čem klesla spokojenost a v čem naopak stoupla? Čeho pociťujete nedostatek? Kompenzujete nějak pociťované nedostatky?
4. Jaké emoční stavy, pocity a nálady u vás v posledním roce převládají?
5. Jak byste popsali převládající atmosféru ve vaší rodině v posledním roce?
6. V čem nejvíce spatřujete vliv PPP na vaši rodinu a na vás jako jednotlivce? Co se z rodiny ztratilo, co z života každého z vás jako jednotlivce? Jak PPP ovlivňuje členy rodiny, kteří tu nejsou?
7. Jak pohlížíte do budoucnosti – za půl roku, za rok, za tři roky, za deset let? Co je ve vašich myšlenkách a představách dominantní? S jakými pocity vnímáte budoucnost?

##### **Část B: Závěrečné skupinové interview**

1. Jak splnila vícerodinná terapie vaše očekávání? Co vám chybělo, s čím jste byli spokojeni, nespokojeni? Co byste do terapie přidali a co byste naopak vypustili? Co byste si chtěli zopakovat a co naopak ne? Doporučili byste vícerodinnou terapii svým známým, příbuzným, pokud by měli podobný problém s PPP jako vy? Máte nějaká doporučení pro tým? (Hodnotí jako jednotlivci)
2. V čem se změnila během cyklu PPP? Jaká bude vaše následná péče v léčbě PPP?
3. Jak se změnila kvalita života během cyklu? V čem klesla spokojenost a v čem naopak stoupla? Čeho pociťujete nedostatek? Kompenzujete nějak pociťované nedostatky?
4. Jaké emoční stavy, pocity a nálady u vás během cyklu převládali? Jak se cítíte nyní?
5. Jak byste popsali převládající atmosféru ve vaší rodině během cyklu?
6. Jak se změnil vliv PPP na vaši rodinu a na vás jako jednotlivce během cyklu? Co se z rodiny ztratilo, co z života každého z vás jako jednotlivce? Jak PPP nyní ovlivňuje členy rodiny, kteří tu nejsou?
7. Jak pohlížíte do budoucnosti – za půl roku, za rok, za tři roky, za deset let? Co je ve vašich myšlenkách a představách dominantní? S jakými pocity vnímáte budoucnost?

#### Příloha 4:

### Soubor návodných otázek pro semistrukturované interview a skupinovou diskuzi

1. Co jste si při tom myslel?
2. Jaký byl typický průběh, když...?
3. Povězte o tom více...
4. Zkuste se prosím nad tím ještě zamyslet...
5. To je zajímavé, pokračujte, prosím.
6. Co se děje, když...?
7. Je něco, co souvisí s problémem, o kterém se tu bavíme?
8. V čem by vám toto mohlo nejvíc prospět?
9. Jaký máte pocit, když...?
10. Jaký to byl pocit, když...?
11. Co myslíte, že pociťuje (matka, otec, dcera, bratr, další příbuzní, partner...), když říkáte (děláte, odmítáte...)?
12. Co se změní ve vašem životě (v životě dcery, rodičů...), vyřeší-li se tento problém?
13. Co se nyní děje?
14. Co je nápadné?
15. Jak myslíte, že vnímá tento stav matka (otec, dcera, kdokoliv jiný...)?
16. Co jste doposud udělal/a pro zlepšení situace v... ?
17. Jak by váš současný stav popsali vaši blízcí (spolužáci, kamarádi, partner...)?
18. Myslíte, že existují nějaké příčiny tohoto problému? A pokud ano, tak jaké?
19. Čemu z dané situace nerozumíte?
20. Brání vám nějaké překážky něco podniknout? Pokud ano, tak jaké?
21. Co fungovalo a co ne?
22. Co je pro vás skutečně v této situaci (pro vyřešení problému...) důležité? A co je nejméně důležité? Co myslíte, že je důležité pro (jinou osobu)...
23. Co chcete udělat?
24. Co byste udělali, kdybyste mohli...?
25. Co myslíte, že teď běží hlavou dceři (matce, sestře...)?
26. Jak poznáte, že se Vám daří?
27. Co vám v tom může zabránit?
28. Proč byste to chtěl/a udělat?
29. Jaké změny byste rád/a uskutečnil/a?
30. Může vám někdo další pomoci?

31. Co jste si uvědomil/, kdy...?
32. Jak na vás působí, když slyšíte, co dcera (matka, otec...) říká?
33. Mám dojem, že vás k tomu ještě něco napadá...
34. Co byste na tuto otázku odpověděl/a vy?
35. Co by se stalo, kdyby...?
36. Jaký na to máte názor vy?
37. Řekl/a jste, že se toho bojíte. Proč?
38. Co by vám pomohlo?
39. Zdá se, že vás to zaujalo...

## Curriculum vitae

### Osobní údaje:

Mgr. Jana Tomanová

nar. 27.5.1981 v Roudnici nad Labem

### Dosažené vzdělání:

Pedagogická fakulta Univerzity Karlovy, obor Psychologie - Speciální pedagogika (1999 – 2004)

**Nynější studium:** postgraduální studium (PhD.) na 1. lékařské fakultě UK: obor lékařská psychologie a psychopatologie

### Další profesní příprava:

Psychoterapeutický výcvik v systemické rodinné terapii (2004-2008)

Psychoterapeutický trénink ve vícerodinné terapii pod vedením Dr. I. Eislera (VB) – 2004

Výcvik v kognitivně behaviorální terapii nadváhy (2002)

Trénink a oprávnění pro provádění profesní a bilanční diagnostiky v rámci psychologie práce

### Praxe v oboru:

**leden 2005 až dosud** - psychologická poradna a psychoterapie v Roudnici n. L.

**2004 až dosud** – spolupráce na projektu vícerodinné terapie poruch příjmu potravy (oddělení pro PPP PK 1. LF UK)

**2004 až dosud** – redaktorka internetového poradenství – [iporadna.cz](http://iporadna.cz)

**říjen 2005 – prosinec 2007** – psycholožka a psychoterapeutka na oddělení pro poruchy příjmu potravy PK 1. LF UK)

**2002 - 2005** – výuka psychologie - Tutor s r.o.

**2002 – 2003** – výuka německého jazyka a psychologie na SOŠ, SOU Roudnice n. L.

**říjen 2002 – září 2005** – stáž na odd. pro poruchy příjmu potravy PK VFN 1. LF

**květen 2003** – praxe v pedagogicko psychologické poradně Praha 7

**podzim 2000** – PL Bohnice (stáž)

### **Účast na konferencích a sympoziích:**

Tomanová, J., Papežová, H., Mehl, A.: Vícerodinná terapie v Čechách – 6 let zkušeností. 2nd INTACT Symposium & 8. Mezinárodní konference o poruchách příjmu potravy a obesitě. Praha 2011 (ústní sdělení).

Tomanová, J., Papežová, H.: Vícerodinná terapie poruch příjmu potravy – kvalitativní výzkum. 7. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha 2009 (ústní sdělení)

Tomanová, J., Jandourková, D., Papežová, H.: Vícerodinná terapie mentální anorexie – její počátky v Čechách a problematika rodinného stolování. 6. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha 2007 (workshop)

Papežová, H., Tomanová, J.: Vícerodinná terapie v české republice – první zkušenosti kurzu. 5. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha 2005 (ústní sdělení)

Tomanová, J., Dlouhá, I.: Případy odmítnutí hospitalizace u PPP a jejich příčiny. 4. Mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha 2003 (poster)