Univerzita Karlova v Praze

1. lékarská fakulta

Autoreferát disertační práce

Vícerodinná terapie v léčbě poruch příjmu potravy

Mgr. Jana Tomanová

2011

Doktorské studijní programy v biomedicíně

Univerzita Karlova v Praze a Akademie věd České republiky

Obor: Lékařská psychologie a psychopatologie

Předseda oborové rady:

Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc. UK 1. LF

Školicí pracoviště:

Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN

Ke Karlovu 11, 128 00 Praha 2

Školitel:

Prof. MUDr. Hana Papežová, CSc.

Oponenti:

Doc. PhDr. Michal Miovský, PhD.

Professor Ivan Eisler PhD, CPsychol, AcSS

Disertační práce bude nejméně pět pracovních dnů před konáním obhajoby zveřejněna k nahlížení veřejnosti v tištěné podobě na Oddělení pro vědeckou činnost a zahraniční styky Děkanátu 1. lékařské fakulty.

Obsah:

Souhrn 1

Abstract 2

1. Úvod 3

2. Východiska a cíle práce … 4

    2.1 Cíle a záměry projektu … 4

    2.2 Teoretická východiska pro terapii … 5

        2.2.1 Poruchy příjmu potravy v rodinném kontextu … 5

        2.2.2 Rodinná a vícerodinná terapie poruch příjmu potravy … 6

3. Materiál a metodika … 10

    3.1 Terapeutické fáze a dílčí témata … 10

    3.2 Struktura terapeutického cyklu v našich podmínkách … 11

    3.3 Výzkumné otázky … 12

    3.4 Metodologie … 13

        3.4.1 Volba metodologického schématu … 13

        3.4.2 Zkoumaná skupina … 13

        3.4.3 Harmonogram výzkumu … 14

        3.4.4 Metody … 15

        3.4.5 Hodnocené oblasti … 16

4. Výsledky … 17

    4.1 Práce s daty … 17

    4.2 Analýza dat … 17

5. Diskuse … 22

    5.1 Limity výzkumu … 25

6. Závěry … 26

7. Literatura … 27

Seznam publikací doktoranda … 31

Souhrn

Práce přináší shrnutí šestiletého fungování programu vícerodinné terapie v léčbě poruch příjmu potravy při Centru pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky v Praze. Jde 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 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 (zkoumaná skupina). 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 v hodnocených oblastech 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 kvalita života byly nalezeny signifikantní pozitivní změny. 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. V oblasti sebepojetí pacientek došlo k signifikantním negativním změnám, což je přisuzováno především ztrátě identity nemocného a jistoty spojené s nemocí.

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.

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

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 oc self-esteem signifiant negative ganges were found. I tis explained by the lost 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.

1. Úvod

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). Jejich léčba je považována za poměrně obtížnou, s velkým procentem relapsů a celkově neuspokojivé statistice plného uzdravení (Stárková, 2005). Závažnost etiologického a prognostického obrazu poruch příjmu potravy charakterizují rizika spojená se somatickými komplikacemi, vysoká mortalita (dvojnásobná oproti ostatním psychiatrickým pacientům), stále se rozšiřující věkové rozpětí nemocných, podceňování prvotních příznaků okolím jedince i lékaři primární péče nebo zdlouhavý a snadno chronifikující průběh podporovaný nedostatkem náhledu a motivace pacientů (Papežová, Uhlíková, Hellerová & Tomanová, 2005).

Doporučení National Institute of Clinical Excellence ve Velké Británii zní: „Rodinné intervence přímo zaměřené na léčbu poruch příjmu potravy by měly být nabízeny rodinám s dítětem nebo adolescentem s mentální anorexií“ (NICE, 2004). 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 zvládání 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). V Čechách byl první terapeutický cyklus otevřen v roce 2004 při Centru specializované péče pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky v Praze. Od té doby je pravidelně nabízen motivovaným rodinám pacientů jako jedna z možností účinné léčby poruch příjmu potravy. Její účinnost je potvrzována zkušenostmi ze zahraničních center (Londýn, Drážďany, Amsterdam) a ověřována kontrolovanými studiemi (Scholz & Asen, 2001; Carr, 2009, Eisler, 2005).

Na počátku práce s rodinami touto formou bylo nutné překonat problémy, které integraci vícerodinné terapie do komplexní péče provázely. Základním požadavkem bylo vytvořit kvalifikovaný (se zkušeností s psychoterapeutickým výcvikem, rodinnou terapií a léčbou poruch příjmu potravy), nadšený a dobře supervidovaný tým, zajistit vhodné prostory, finanční podporu projektu a seznámit veřejnost s možností této formy léčby (Tomanová & Papežová, 2006).

Pod odborným vedením dr. Ivana Eislera, který metodu zavedl v Maudsley Hospital v Londýně a vede další výcviky a výzkum metody v mnoha zemích, se podařilo uspořádat pět samostatných ročních „terapeutických cyklů“. Postupně tak vznikl tzv. Pražský model vícerodinné terapie. Inspirací byla

především práce zahraničních týmů, zejména drážďanského a londýnského, které program pořádají od roku 1999 (Asen, 2002; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005; Eisler, 2005).

Otázka, zda a jak pokračovat v projektu, vyžadovala kvalitní hodnocení účinnosti vícerodinné terapie v léčbě pacientek s anorexia a bulimia nervosa a jejich rodin. Práce předkládá první výsledky tohoto výzkumného projektu, který je možné považovat za pilotní studii v oblasti vícerodinné terapie poruch příjmu potravy v Čechách.

2. Výhodiska a cíle práce

2.1 Cíle a záměry projektu

Vzhledem k absenci zkušeností s touto formou terapie bylo prvotním cílem vytvořit podmínky pro její konání. Dílčími cíli bylo vytvořit a praxí ověřit program terapeutického cyklu, jeho vyhovující strukturu, navrhnout způsob výběru rodina a komunikace s nimi, stabilizovat terapeutický tým a zajistit mu autorské proškolení a následnou supervizi. Paralelně s plněním těchto cílů probíhal výzkum efektivity 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.

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.

2.2 Teoretická východiska pro terapii

2.2.1 Poruchy příjmu potravy v rodinném kontextu

Od počátku zájmu o poruchy stravování byl zdůrazňován vliv rodiny a nejbližšího sociálního okolí nemocného a tento trend s mnoha proměnami vytrval do současnosti. Byly snahy nalézt vzorec rodiny, která svou strukturou, dynamikou, návyky a styly komunikace působí jako prediktor pozdější poruchy příjmu potravy. Minuchin vypracoval vlivný model takzvané „psychosomatické rodiny“, jehož předpokladem byla existence specifického rodinného kontextu a struktury, v nichž se vyvíjejí poruchy příjmu potravy (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Komunikační vzorce a jejich podoby v rodinách nemocných zpracovala Selvini-Palazzoli. 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(Selvini-Palazzoli, 1974).

Selvini-Palazolli prováděla také jako jedna z prvních intenzivní rodinnou terapii s pacientkami s anorexia nervosa. 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 trvající vliv strategie účinně rozplétající anorektická schémata, snahy o pozitivní konotace všech druhů chování nebo paradoxních předpisů (von Schlippe, Schweitzer, 2006).

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 (Vanderlinden, Perednia & Vandereycken, 1989).

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).

Zjednodušující koncepty byly zpochybněny především pro sklon hodnotit rodiče a jejich způsob výchovy a vyvolávat v nich pocity viny. Objevily se méně jednostranné teorie, například koncepční model popisující proces změn v chování a rodinném uspořádání jako reakce na těžkosti spojené s nemocí, která se postupně stává centrálním organizujícím principem. 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 (Steinglass, Bennett, Woli & Reiss, 1987).

Nejvýraznějším projevem 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 symptomy reorganizace rodiny lze nalézt i v případě poruch příjmu potravy.

Teorie chápající poruchu příjmu potravy jako projev nebo součást dysfunkčních vztahů v rodině byly překonány. 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).

2.2.2 Studie rodinné a vícerodinné 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 dvojím 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 nejúspěšnějších. 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 založeného na rodinné terapii neobvykle vysoké procento uzdravených – 86%. I přes kritiku metodologických nedostatků (neexistence kontrolní skupiny, vyhodnocování přímo terapeuty…) 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 (např. 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 vykázaly 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. 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, 1988) 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 signifikantně výraznější 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) signifikantně 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).

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).

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 vznikal 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 odstupu 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 odstupu. U obou modelů je významným, 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).

3 Materiál a metodika

Cíle výzkumné části jsou úzce propojeny s klinickými cíli, kterými bylo vytvoření organizační a programové struktury terapeutického cyklu a ošetření jeho zázemí a podmínek. Na základě teoretických východisek vznikla struktura postavená na čtyřech terapeutických fázích, které se obsahově prolínají. Dobře vystavěná a praxí ověřená struktura je jednou z podmínek naplnění výzkumných cílů.

3.1 Terapeutické fáze a dílčí témata

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 (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 pozitivech rozhodnutí 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.

2. *Orientace na symptomy a jejich změnu*

Ve druhé fáze se pozornost zaměřuje 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. Klíčovou technikou je společné stolování, které využívají rodinní terapeuti v práci s rodinnou krizí (Noorduin & Vandereycken, 2003).

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. Terapeutické techniky symbolicky otevírají oblast vztahů a potlačovaných konfliktů, popřípadě rodinných tajemství, která se mohou objevit v psychosomatických souvislostech (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.

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

Závěr terapeutického cyklu je 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. 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. Společná skupinová práce vede k vytvoření seznamu možných efektivních řešení případných problémů a krizových situací (Eisler, 2005; Scholz, Rix, Scholz, Gantchev & Thömke, 2005).

3.2 Struktura terapeutického cyklu v našich podmínkách

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.

Terapeutický tým je poměrně početný. V případě, že se sejdou všichni terapeuti, má až 10 členů.

Základní rozdíl oproti autorským modelům je v délce úvodního bloku. Původně čtyřdenní či dokonce pětidenní úvodní blok byl zkrácený na tři dny. Díky rostoucímu zájmu i informovanosti odborné i laické veřejnosti již není nutné přijmout každou rodinu, ale vybírat 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, kdy jsou postupně naplňovány cíle jednotlivých terapeutických fází. Poslední setkání je odlišné tím, že se koná až po dvanácti či více týdnech a je místem pro setkání všech rodin, které se od roku 2004 zúčastnily vícerodinné terapie.

Každé ze setkání je strukturované, má svůj přesně daný a dodržovaný časový harmonogram. To potvrzuje i význam pravidelného stravování. Rodiny se scházejí před 9. hodinou ráno. 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. Následuje 30 minut trvající relaxace. 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.

3.3 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? Kvanitativně 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)?

3.4 Metodologie

3.4.1 Volba metodologického schématu

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.

3.4.2 Zkoumaná skupina

Zkoumanou skupinu tvořilo 20 rodin zařazených do programu vícerodinné terapie během let 2004 až 2009. 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). Ve zkoumaném souboru měla většina pacientů složitou a dlouhou anamnézu onemocnění, s několika více či méně úspěšnými pokusy o vyléčení (viz tabulku č. 1.). To je jedním ze specifik české zkoumané skupiny, oproti zahraničním podmínkám, kde je vícerodinná terapie často metodou první volby.

Tab. 1: Demografické údaje všech rodin zařazených do vícerodinné terapie (N=20).		
Celkový počet (*n* = 58)		
Proměnná	*N*	*%*
Členové rodiny Otcové Matky Dcery	 18 19 20	 31.03 31.76 34.48
Věk (všichni účastníci)		
Průměrný věk minimum-maximum	36.01 14-56	
Věk (rodiče)		
Průměrný věk minimum-maximum	46.01 38-56	
Věk (pacientky)		
Průměrný věk minimum-maximum	17.95 14-25	
Délka onemocnění (N pacientek)		
Méně než jeden rok 2 roky 3 roky a déle	2 7 11	10 35 55
Pokusy o léčbu před MFT (N pacientek)		
žádný 1 pokus 2 pokusy 3 a vice pokusů	1 2 5 12	5 10 25 60

3.4.3 Harmonogram výzkumu

Počátek sběru dat byl v roce 2004. Poslední data zahrnutá do překládané práce jsou z roku 2009, kdy byl ukončen šestý cyklus. V roce 2004 probíhal pouze sběr dat použitím kvalitativních nástrojů. Po rozvaze o dalším průběhu výzkumu a jeho designu byla přidána baterie čtyř dotazníků, běžně využívaných 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. Sběr dat stále pokračuje.

3.4.4 Metody

a) 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. 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.

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. Tazatel do rozhovoru vstupoval pouze pokládáním otázek, případně dovysvětlujících otázek.

Skupinové interview:

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. Témata jsou podobně jako u semistrukturovaného interview dána a výzkumník je postupně přináší jako podněty k diskuzi. Závěrečným tématem bylo interview samo, tedy variace na „metadiskuzi". I zde bylo vedeno „poznámkování" o dalších projevech účastníků jako vzájemná kooperace ve skupině. 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, dalšího zdravotnického personálu) doplněných o vlastní názory a klinické dojmy. Diskuze týmu vztažené k výzkumu probíhaly po prvním

setkání a po závěrečném setkání. Tato metoda může být považována za určitý validizační nástroj. Využitím kvalifikovaného odhadu byl alespoň zčásti zajištěn požadavek triangulace, jakožto nástroje pro omezení možného zkreslení způsobeného lidskou chybou (Hendl, 2008).

b) Kvantitativní metody

Soubor dotazníků obsahoval čtyři nástroje, již jinými studiemi 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 sebepojetí a je jednou z rozšířených metod pro hodnocení této problematiky. 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. V zahraniční studii byl dotazník využit ve výzkumu vlivu vícerodinné terapie na léčbu deprese (Lemmens, 2009).
- SQUALA (P+R) je sebeposuzovací 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)
- Schwartzova škála hodnocení terapie (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 (Dragomirecká, Lenderkong, Motlová, Goppoldová & Šelepová, 2006).

3.4.5 Hodnocené oblasti

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
- Emoční stabilita jedince
- 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

4. Výsledky

4.1 Práce s daty

Průběh individuálních a skupinových rozhovorů byl zapsán, včetně poznámek o vypozorovaných 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 svázány „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. 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.

Pro analýzu dotazníků 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 sebeposuzovacích dotazníků, zadaných na počátku (t1) a na konci (t2) 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).

4.2 Analýza dat

Tabulka č. 2 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 výpovědí 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. 3,4 a 5) a grafy (č. 1 – 4).

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 ($\eta 2 = 0.491$).

Porovnání hodnot z počátku a konce terapeutického cyklu neprokázalo očekávané zlepšení v oblastech zachycených dotazníkem RSE, 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 (t2) < RSE (t1), $n = 1$ pacientka měla skóre vyšší: RSE (t2) > RSE (t1) a $n = 5$ pacientek RSE (t2) = RSE (t1). Pokles globálního sebepojetí měřeného RSE zobrazuje graf 4. Zdánlivým paradoxem, avšak logickým, je signifikantní nárůst BMI (Wilcoxon Sign Rank Test; $Z = -2.215$; $p = 0.027$).

Tab. 2: Zhodnocení změn po skončení cyklu vícerodinné terapie (n=20)

Oblast hodnocení	**Prokazatelné zlepšení (počet rodin)**	**Beze změny (počet rodin)**	**Zhoršení stavu (počet rodin)**
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. 3: Přehled hodnot efektu terapie a F hodnot opakovaného testu MANOVA – data od všech účastníků kvantitativní části výzkumu (n = 43)

		r-MANOVA	
Variable	Effect Size (η2)	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.4: Výsledky zhodnocení vlivu terapie na sebepojetí z dotazníku Rosenberg Selfesteem Scale u dcer – statistická významnost, standardní odchylka (non-parametric Kendall´s W-Test)

			Kendall's W-Test	
Variable	**Means t1 (SD)**	**Means t2 (SD)**	**Kendall's W**	**P**
RSE	25.73 (4.20)	23.07 (3.75)	0. 427	0.01**

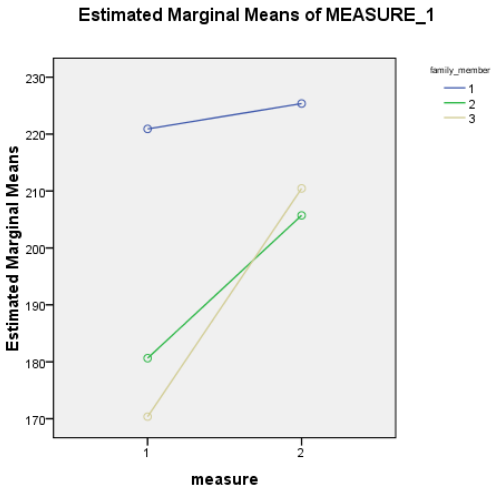
p < .05*; p < .01**

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

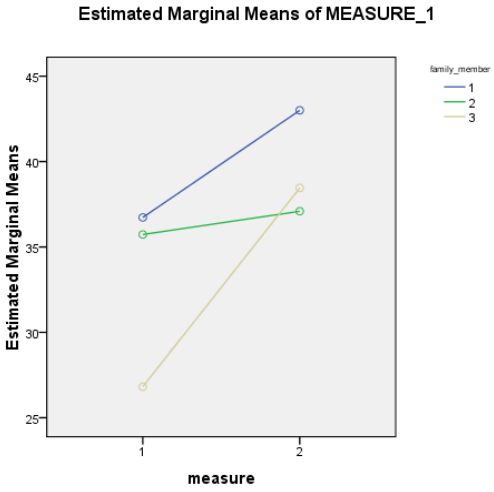
			Wilcoxon Signed Rangs-Test	
Variable	**Means t1 (SD)**	**Means t2 (SD)**	**Z**	**P**
RSE	25.73 (4.20)	23.07 (3.75)	-2.721	0.007**

p < .05*; p < .01**

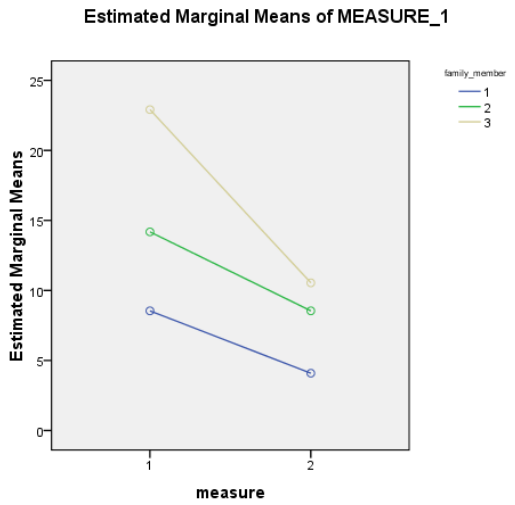
Graf č. 1: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníku SQUALA u otců (1), matek (2) a dcer (3).



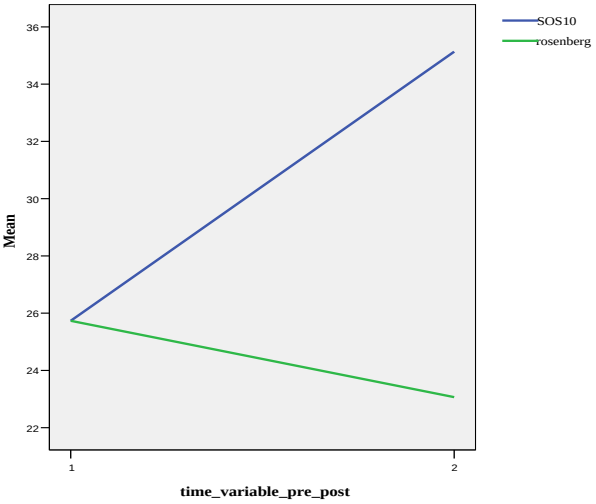
Graf č. 2: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníku SOS-10 u otců (1), matek (2) a dcer (3).



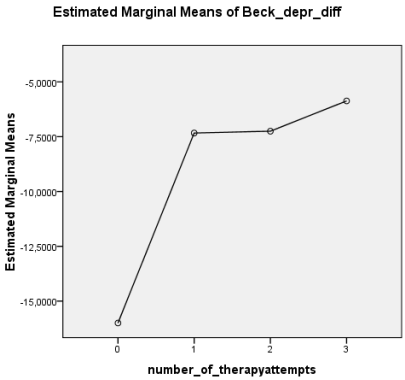
Graf č. 3: Přehled a porovnání vývoje hodnot dotazníku BDI u otců (1), matek (2) a dcer (3).



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



5. Diskuze

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

Výzkumná otázka 1:

Při hodnocení souhrnných dat od všech členů je možné konstatovat, že během terapeutického cyklu došlo k statisticky významným pozitivním změnám v oblastech hodnocených dotazníky. Nejvýraznější je zlepšení projevů depresivity měřené dotazníkem BDI. Signifikantní je i nejvýraznější zlepšení u 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 a podobné závěry přinesl i dotazník SOS-10. U těchto 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 vydobytého 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.“*

Zejména u poruch příjmu potravy je častým jevem poměřování 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 sebeocenění. BMI pacientek během terapeutického cyklu signifikantně vzrostlo, což je v souladu s výše zmíněnou hypotézou. Podobné závěry přinesla studie Schupak-Neuberga a Nemeroffa (1993), kteří nalezli 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 sebedůvěru a nejistotu v sebeprožívání a častou kritiku jejich vzhledu snadno kompenzují tím, že se uchýlí k přísnému ovládnutí svých jídelních návyků a tvaru těla (Fairburn, 1993).

Výzkumná otázka 2:

V souladu s předloženými výsledky v tabulce č. 2 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 k redukci bulimických projevů (frekvence zvracení, užívání laxativ, epizody přejídání apod.). Ze subjektivních výpovědí pacientek je patrný i ústup patologické koncentrace myšlenek na tělo, hmotnost, jídlo nebo pohyb. A to i přes závěry z dotazníky RSE.

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.

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.

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.

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 apod.). S tím částečně souviselo zhoršení v oblastech rodinné komunikace a emoční stability.

Pohled do budoucnosti se stal pro jednotlivce méně stresující a plný úzkostných představ. 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. Tím, že došlo k alespoň částečnému somatickému uzdravení identifikované pacientky, se snížil prožitek strachu z jejího úmrtí nebo vážných následků nemoci. Téma smrti je spojeno s úmrtím jedné z pacientek po třech letech od absolvování programu.

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.

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

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.

Výzkumná otázka 3:

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:

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:

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.

5.1 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. Proto 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 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 ve srovnání s dalšími terapeutickými intervencemi. 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. Doporučením může být rovněž sběr i vyhodnocení dat nikoliv jedním, ale dvěma výzkumníky, čímž se docílí vyšší validity 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.

6. Závěry

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

Kvalita poskytované péče byla zhodnocena v rámci výzkumu, který lze považovat za pilotní, ověřující metodologii a výzkumný design. 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. 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 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.

7. Literatura

1. Asen, E.: Multiple Family Therapy: an Overview. Journal of Family Therapy 24, 2002, 3-16.

2. Carr, A.: The Effectiveness of Family Therapy and Systemic Interventions for Child-Focused Problems. Journal of Family Therapy 31, 2009, 3-45.

3. 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.

4. Dare, C., Eisler, I.: A multi-family Group Day Programme for Adolescent Eating Disorders. European Eating Disorders Review 8, 2000, 4-18.

5. Dodge, E., Hodes, M., Eisler, I., Dare, C.: Family Therapy for Bulimia Nervosa in Adolescent. Journal of Family Therapy 17, 1995, 59-78.

6. 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.

7. 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.

8. Eisler, I.: Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In: Krch, F.D.(Ed.), Poruchy příjmu potravy. Praha, Grada 2005, 179-191.

9. 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. 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 Gryuter 1995.

7. Fairburn, C., G., Wilson, G.: Binge Eating. The Guilford Press, New York 1993.

8. Fleminger, S.: Eating Disorders of Adolescent, a Treatment Model. Journal of Family Therapy 27, 2005, 147-157.

9. Garfinkel, P.E., Garner, D.M.: Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. New York, Brunner-Mazel 1982.

10. 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.

11. Hanlon, K. (2011) What is the relationship between low self-esteem and eating disorders? Vanderbuilt University, dostupné z: http://www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health_psycholog/esteem.htm.

12. Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Praha, Portál 2008.

13. Chvála, V., Trapková, L.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha, Portál 2004.

14. 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.

15. Krch, F.D.: Koncept sebevědomí a psychologická praxe. Československá psychologie 50, 2006, 258-287.

16. LeGrange, D.: The Maudsley Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia. World Psychiatry 4(3), 2005, 142-146.

17. 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 Bulima Nervosa. Arch Gen Psychiatry 64, 2007, 1049-1056.

18. 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.

19. 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.

20. 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.

21. Lock, J., Le Grange, D., Agras, W.S., Moye, A., Bryson, S.W., Jo, B.: Randomized Clinical Trial Camparing Family-Based Treatment with Adolescent-Focused Individual Therapy for Adolescents with Anorexia Nervosa. Arch Gen Psychiatry 67, 2010, 1025-1032.

22. Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L.: Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA, Harvard University Press 1978.

23. Miovský, M.: Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha, Grada 2006.

24. 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.

25. Noorduin, C., Vandereycken, W.: Coping with Stressful Family Meals: Patients, Parents and Therapist around the Table. Eating Disorders Review 6, 2003, 1-4.

26. Papežová, H.: Poruchy příjmu potravy. In: Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (Eds.), Psychiatrie. Praha, Tigis 2002, 609-620.

27. 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.

28. Papežová, H., Uhlíková, P., Hellerová, P., Tomanová, J.: Poruchy příjmu potravy u adolescentů. Pediatrie po promoci 2, 2005, 25-28.

29. 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.

30. 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.

31. Selvini-Palazzoli, M.P.: Self-Starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa. London, Chaucer 1974.

32. 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.

33. Scholz, M., Asen, E.: Multiple Therapy with Eating Disordered Adolescents: Concepts and Preliminary Results. European Eating Disorders Review 9, 2001, 33-42.

34. 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.

35. Scholz, M.: Was können systemische Familientagesklinikken in der Kinder- und Jugendpsychiatrie leisten? Zeitschrift für Systemische Therapie und Beratung [Vyhledáno 15.8.2009 na http://www.systemagazin.de/zeitschrifte]

36. 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.

37. Stárková, L: Poruchy příjmu potravy – psýché a soma. Pediatrie pro praxi 1, 2005, 11-15.

38. Steinglass, P., Bennett, L.A., Woli, S.J., Reiss, D.: The Alcoholic Family. New York, New York Basic Books 1987.

39. Steinglass, P.: Multiple Family Discussion Groups for Patients with Chronic Medical Illness. Families, Systems and Health 16, 1998, 55-70.

40. 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 Gryuter 1995.

41. 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.

42. Vanderlinden, J., Vandereycken, W.: Trauma, Dissociation and Impulse Dyscontrol in Eating Disorders. New York, Brunnel-Mazel 1997.

43. 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.

Seznam publikací doktoranda

Publikace s impact faktorem ve vztahu k dizertační práci:

Tomanová, J., Mehl, A., Papežová, H., Kuběna, A. A.: Vícerodinná terapie poruch příjmu potravy v Čechách – pilotní výzkum účinnosti. Československá psychologie 54, 4, 2010, s. 407-419.

Publikace bez IF ve vztahu k dizertační práci:

Tomanová, J., Papežová, H.: Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. Čs.a Slov. Psychiatrie, 102, 2006, s. 358-362.

Tomanová, J.: Proč tloustneme, když víme, že nám to škodí? Psychologie dnes, 6, 2006.

Papežová, H., Uhlíková, P., Hellerová, P., Tomanová, J.: Poruchy příjmu potravy u adolescentů. Pediatrie po promoci, 3, 2005, s. 25-28.

Tomanová, J.: Vícerodinná terapie mentální anorexie. Psychologie dnes, 11, 2005, s. 30-32.

Publikace v recenzním řízení:

Mehl, A., Tomanová, J., Papežová, H.: First Therapeutic Experiences and Challenges with Adapting Multifamily Therapy to Families who care for a Loved One with an Eating Disorder in the Czech Republic (under review in Journal of Family Therapy)

Mehl, A., Tomanová, J., Papežová, H., Kuběna, A.A.: The Positive Effects of Multi-Family Group Therapy on Life Quality and the Depressive Symptomatic of Families with an Eating Disorder (under review in Studia Psychologica)

Tomanová, J., Mehl, A., Papežová, H.: Projekt Propojení – on-line podpora pro blízké nemocných s poruchou příjmu potravy (under review in Československá psychologie)