

Rodinná a viacrodinná terapia v liečbe porúch príjmu potravy

Mgr. Zuzana Šoltésová¹, doc. JUDr. Mgr. Dušan Šlosár, PhD.²

¹Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

²Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta Univerzity Pavla Jozefa Šafárika v Košiciach

Liečba porúch príjmu potravy ako ochorenia je komplexný proces, ktorý zahŕňa rôzne druhy psychoterapeutických postupov a terapií. Toto ochorenie nemá negatívny vplyv len na osoby trpiace týmto ochorením, ale aj na ich sociálne vzťahy, predovšetkým na rodinu a príbuzných. Práve z tohto dôvodu považujeme za dôležité zahrnúť do liečebného procesu celú rodinu, a tým uplatniť pri liečbe tejto novodobej nelátkovej závislosti rodinnú a viacrodinnú terapiu.

Kľúčové slová: poruchy príjmu potravy, rodinná terapia, viacrodinná terapia

Family and multi-family therapy in the treatment of eating disorders

Treatment of eating disorders such as disease is a complex process involving different types of psychological therapy and therapy. This disease does not only affect people with this disease, but also on their social relations, in particular the family and relatives. Precisely for this reason we consider it important to include in the healing process of the whole family, and thus applied to the treatment of this modern non-substance addiction and family and multi-family therapy.

Key words: eating disorders, family therapy, multi-family therapy

Psychiatr. prax; 2016; 17(1): 37–39

Úvod

Hmotnosť človeka je nielenže výsledkom interakcie genetickej predispozície, ale aj výsledkom externého prostredia a úsilia o sebakontrolu v stravovaní. Pri uplatňovaní extrémnych diét, ktoré sú zamerané na dosiahnutie výrazne štíhlej postavy, predpokladanej za ideál ženskej krásy a postavy, však môže vzniknúť nebezpečenstvo porúch príjmu potravy, najmä mentálnej anorexie a mentálnej bulímie (1). Na vznik porúch príjmu potravy má vplyv viacero faktorov. Predovšetkým ide o súbor biologických, psychologických a sociálnych faktorov, ale aj o súhrn viacerých okolností, ktoré ich podmieňujú alebo udržiavajú. Aj rodiny zohrávajú určitú úlohu pri vzniku tohto ochorenia. Nakoľko má toto ochorenie multifaktoriálnu etiológiu vyžaduje si aj jeho liečba multidimenzionálny prístup. Zahŕňa predovšetkým psychoterapeutické postupy, nutričnú terapiu, psychoedukáciu, ale aj rodinnú terapiu. Práve tá zohráva dôležitú úlohu pri liečbe porúch príjmu potravy a je využívaná ako prvá možnosť pri liečbe mladých pacientov. Aj napriek tomu, že nie je základným spôsobom liečby tohto ochorenia, môže byť podrobné rodinné vyšetrenie významné pre pochopenie niektorých problémov. Rodinná terapia sa využíva hlavne z praktického hľadiska, nakoľko pacient zdieľa domov s rodinou, ktorá má zodpovednosť za jeho zdravie a pohodu a rodičia tiež výrazne podporujú dosiahnutie terapeutického cieľa (2).

Poruchy príjmu potravy

V súčasnosti predstavujú poruchy príjmu potravy závažný problém. Predovšetkým je to z dôvodu, že v posledných desaťročiach celosvetovo rastie nielen ich incidencia, ale narastá aj mortalita osôb trpiacich touto novodobou nelátkovou závislosťou (3). Toto ochorenie postihuje veľký počet osôb na celom svete a môže mať vážne psychické, fyzické a sociálne dôsledky, ako aj vplyv na celkovú kvalitu života osôb (4).

Mentálna anorexia je komplexná porucha príjmu potravy s psychickými prejavmi, vrátane silných obsedantných obáv z príberania na hmotnosti a nízkeho príjmu potravy. Odhadovaná prevalencia tohto ochorenia je 1 %, pričom ženy trpia mentálnou anorexiou desaťkrát častejšie ako muži. Zo všetkých psychických porúch má mentálna anorexia jednu z najvyšších úmrtností (5). Toto psychické ochorenie sa významným spôsobom premieta do fyzického stavu jedinca. V popredí je výrazné obmedzenie výživy so všetkými dôsledkami a prítomná je kachexia dosahujúca BMI aj pod 12. Prvými príznakmi sú taktiež somatické príznaky, ako je napríklad amenorea, suchá pokožka, vypadávanie vlasov, zvýšená lámavosť nechťov. Z psychických zmien je to horlivá snaha o redukciu hmotnosti, čo sa prejavuje excesívnym cvičením, vyvolávaním zvracania, zneužívaním laxatív a držaním drastických diét. Dôležitým príznakom je aj porucha telesnej schémy, keď ma osoba s týmto ochore-

ním neustály pocit, že musí schudnúť aj napriek jej značnej vychudnutosti (6).

Mentálna bulímia je porucha, pre ktorú sú charakteristické opakujúce sa epizódy záchvatového prejedania sprevádzané prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti. Medzi tri základné rysy mentálnej bulímie zaraďujeme:

1. opakujúce sa záchvaty prejedania,
2. recidivujúce nevhodné kompenzačné správanie, aby sa zabránilo príberaniu na hmotnosti,
3. neprimerané hodnotenie seba samého, ktoré je ovplyvnené hmotnosťou a tvarom tela.

Osoby s mentálnou bulímiou sa väčšinou hanbia za svoje stravovacie problémy a ich symptómy sa usilujú utajiť pred ostatnými ľuďmi. U mladých žien je prevalencia tejto poruchy od 1 % do 1,5 %. Rovnako ako pri mentálnej anorexii, aj mentálna bulímia postihuje desaťkrát častejšie ženy ako mužov, pričom poruchu môžu vyvolať napríklad rôzne stresové situácie (7).

Rodinná terapia

Prekážky, ktoré bránia osobám s poruchami príjmu potravy vyhľadať pomoc zahŕňajú predovšetkým pocity hanby, popieranie ochorenia, nízka motivácia k liečbe, ako aj dostupnosť zdravotníckych služieb. Poruchy príjmu potravy však majú negatívny dosah nielen na osobu trpiacu týmto ochorením, ale predovšetkým ovplyvňujú jej rodinu, a preto je nevyhnutné pomáhať a podporovať všetkých členov.

Z tohto hľadiska má veľmi veľký význam uplatňovať rodinnú terapiu. Ako prvý predstavil rodinnú terapiu v roku 1970 S. Minuchin. Opísal ju ako primárnu psychoterapeutickú metódu pre liečbu mentálnej anorexie. V tomto opise a v následných prácach identifikoval Minuchin a jeho kolegovia dysfunkčné aspekty rodinnej interakcie v rodinách s anorektickými členmi. Následne formulovali špecifické rodinne zamerané intervencie, ktorých cieľom bolo reagovať na príznaky anorexie a zmeniť rodinné správanie. Jeho práca zdôrazňovala predovšetkým silnú terapeutickú prítomnosť, pričom osobitnú pozornosť venoval rodinnému správaniu v rámci terapeutických sedení, ako aj vytváraniu a priradovaniu úloh, ktoré by pomohli pri zmene rodinných vzťahov (8). Za posledných 25 rokov sa rodinná terapia stala dôležitým psychoterapeutickým prístupom, ale aj uznávanou metódou pri liečbe porúch príjmu potravy, predovšetkým u dospelých jedincov s mentálnou anorexiou (9). Je to spôsob riešenia nielen zdravotných, ale aj iných problémov v spolupráci členov rodiny a terapeuta, pričom terapeut sa nestretáva s členmi rodiny individuálne, ale so všetkými súčasne (10). Rodinná terapia kladie dôraz na sociálne prostredie chorého jedinca, vyzdvihuje komunikáciu, pracuje s kľúčovými vzťahmi a rešpektuje individuálne vytváranú realitu. Pri rodinnej terapii dochádza k odkloneniu sa od symptómov osôb s poruchami príjmu potravy k práci s celou rodinou (11).

Pri práci s rodinou osoby, ktorá trpí poruchami príjmu potravy, sa využívajú rôzne prístupy rodinnej terapie, čo však býva väčšinou v kompetencii psychológov (12). Tí môžu realizovať a byť súčasťou rodinnej terapie, v rámci ktorej musia hneď od začiatku nielen diagnostikovať, ale aj viesť diagnosticko-terapeutický rozhovor, ktorý iniciuje zmenu. Rodinu nikdy neinterpretujú, ani neposudzujú, a v priebehu ďalších stretnutí sledujú vývoj problému, stanovujú úlohy spolu s rodinou a znova sa vracajú k výsledkom pokusu o zmenu. Vplyv na symptóm nepozostáva z prevýchovy jedinca s poruchou príjmu potravy, ale podstata zmeny je oveľa zložitejšia. Rodina, ktorej člen má niektorú z foriem porúch príjmu potravy je doslova úplne ochromená len jednou témou – ohrozením, zvlášť, ak ide o dieťa. Všetko sa totiž točí okolo symptómov, rodina začína stagnovať, a práve rodinná terapia otvára priestor pre tabuizované témy, obnovuje život rodiny a vyvádza ju zo stagnácie (9).

Cieľom rodinnej terapie je pomôcť rodičom používať ich existujúce zručnosti a zdroje na boj s poruchami príjmu potravy. Kľúčovou

úlohou rodičov je pri tom poskytnúť pomoc ich adolescentným deťom. Počas prvej fázy liečby sú zodpovední za zastavenie nezdravého správania a znovunastolenie normálnych stravovacích návykov. Neskôr v procese obnovy (druhá fáza) sa zameriavajú na kontrolu jedenia ich dospievajúcich a pomáhajú im prinavrátiť sa k činnostiam primeraným ich veku. V tretej fáze, je dôraz kladený na problémy dospievajúcich a/alebo rodiny, ktoré boli pôvodne odložené (13).

Viacrodinná terapia

Viacrodinná terapia predstavuje ucelený prístup, včlenený do komplexnej starostlivosti o osoby s poruchami príjmu potravy. Jej cieľom je reštrukturalizácia a optimalizácia rodinnej štruktúry a dynamiky, najmä emočných a interakčných výmen a komunikačných vzorcov. V terapii sa definuje rola a význam ochorenia v rodine a podporujú sa zmeny, ktoré vedú k vyliečeniu osoby s poruchou príjmu potravy. Základným cieľom a princípom tejto terapie je umožniť rodinám hovoriť otvorene o svojom probléme s inými rodinami, ktoré sú v podobnej situácii, učiť sa zo skúsenosti takýchto rodín a vzájomne sa tak podieľať na posunoch a vývoji liečby niektorej z foriem porúch príjmu potravy. Zároveň umožňuje rodinám vyjsť zo sociálnej izolácie, kam táto novodobá nelátková závislosť privádza celú rodinu. Pomáha rodinám vytvárať nové perspektívy, odvracia ich pozornosť od porúch príjmu potravy, pomáha obnoviť zdravé a pozitívne fungujúce interakčné zázemie a v neposlednom rade vytvára prostredie nádeje, solidarity a otvorenej pomoci (14). Viacrodinná terapia pozostáva z troch fáz:

1. Fáza orientovaná na symptómy – v tejto fáze je nevyhnutné povzbudenie rodiny a uistenie ich v tom, že bolo správne ich rozhodnutie zúčastniť sa tejto terapie. Súčasťou je psychoedukácia rodín, ktorá je zameraná nielen na symptómy, ale aj na negatívne následky ochorenia. Konečným cieľom tejto fázy je podporenie kompetencií rodiny k liečbe ich rodinného príslušníka s poruchou príjmu potravy.
2. Fáza orientovaná na vzťahy – pozornosť sa presúva k rodinnej štruktúre. Dochádza tu k detabuizácii rodinných tajomstiev, patologických komunikačných vzorcov a odkrývajú sa koalície a aliancie členov. Členovia sa učia vzájomne si odpúšťať, čo vedie k rekapitulácii ich doterajších životov. Keďže sa terapie zúčastňujú aj súrodenci, je nevyhnutné venovať im terapeutickú starostlivosť, nakoľko

porucha príjmu potravy narušuje interakčnú štruktúru rodiny a súrodenci sa môžu cítiť zanedbávaní a odstránení. V priebehu tejto fázy sa objavuje skutočná rola poruchy príjmu potravy v rodine a je možné definovať cirkulárnu kauzalitu a zhodnotiť pozadie patogenézy poruchy.

3. Fáza orientovaná na budúcnosť a nové perspektívy – v záverečnej fáze dochádza k presunu pozornosti z prítomnosti na budúcnosť. Hlavnou témou je prevencia relapsu a identifikácia jeho varovných signálov. Rodina sa učí efektívne riešiť problémy a racionálne reagovať na prípadne nebezpečenstvo. Dôležité je tiež podporiť individualitu každého člena rodiny a autonómiu (15).

Záver

Ako sme poukázali v článku, rodinná terapia je veľmi účinná pri liečbe adolescentov s poruchami príjmu potravy, predovšetkým však pri liečbe adolescentov s mentálnou anorexiou. Ide o špeciálny liečebný postup, ktorý sa usiluje navodiť prospešné zmeny v narušenej rodinnej skupine. Chorobné príznaky jednotlivých členov rodiny sa objavujú často v rámci sociálnych vzťahov v rodine, preto musí terapeut pracovať vždy s celou rodinnou jednotkou. V rodinnej terapii je teda základnou jednotkou liečby rodina alebo jednotlivec v rámci rodinného systému. Na jedinca s poruchami príjmu potravy sa nazerá, ako na subsystém vnútri rodiny. Je to osoba, ktorej symptómy majú vážny dosah na všetkých ostatných členov, preto sú hlavnou oblasťou záujmu a intervencie terapeuta rodinné vzťahy.

Literatúra

1. Tichá L, Hornová J, Birčák J. Mentálna anorexia a jej dôsledky v pediatrickej praxi. *Pediatrica pre prax*. 2009;10(2):81–83.
2. Kirch FD. *Poruchy príjmu potravy*. Praha, ČR: Grada Publishing; 2005.
3. Paulinyová M, a kol. Liečba porúch príjmu potravy u detí a adolescentov na Klinike detskej psychiatrie DFNSP v Bratislave. *PSYCHIATRIA-PSYCHOTERAPIA-PSYCHOSOMATIKA*. 2008;15(1):7–13.
4. Ter Huurne ED, Postel MG, de Haan HA, et al. Effectiveness of a web-based treatment program using intensive therapeutic support for female patients with bulimia nervosa, binge eating disorder and eating disorders not otherwise specified: study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2013; 13(310):310.
5. Guo Y, et al. Machine learning derived risk prediction of anorexia nervosa. *BMC Medical Genomics*. 2016; 9(20):1–8.
6. Koutek J, Kocourková J. Poruchy príjmu potravy – spolupráce psychiatri s pediatrom a gynekologem. *Psychiatria pre prax*. 2015;16(3):116–118.
7. Johnson WB, Davis K, Gonzalez V. Military Accession and Disordered Eating Among Women: Clinical and Policy Recommendations. *Military Medicine*. 2014; 179(9):936–941.

8. Sargent J, Liebman R. Family Therapy for Eating Disorders. In: Blinder BJ, Chaitin BF, Goldstein R, eds. *The Eating Disorders*. California, USA: Publishing Corp;1988:447–455.
9. Chvála V, Trapková L. Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie? *Psychiatrie pro praxi*.2014;15(1):31–34.
10. Kubička J. Rodinná terapie. In: Baštecká B, ed. *Psychologická encyklopedie : aplikovaná psychologie*. Praha, Czech Republic: Portál;2009:321–347.
11. Papežová H, Tomanová J, Pelková L. Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství. In: Papežová H, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha, Czech Republic: Grada;2010:351–358.
12. Shnitzerová E, Antoniřová I. Psychológia v edukácii sociálnych pracovníkov a niektoré jej aspekty v sociálnej práci s užívateľmi drog [online]. In: *Edukácia človeka – problémy a výzvy pre 21. Storočie*. Prešov, Slovak Republic: Prešovská univerzita v Prešove;2013. file:///C:/Users/Windows/Downloads/Schnitzerova_Antonico-va%20(1).pdf
13. Robinson AL, et al. 'I know I can help you': parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family-based therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review : The Journal Of The Eating Disorders Association*. 2013;21(2):108–114.
14. Tomanová J, Papežová H. Viacerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Česká a Slovenská psychiatrie*.2006;102(7):358–362.
15. Scholz M, et al. Multiple family therapy for anorexia nervosa: cocepts, experiences, results. *Journal of Family Therapy*.2005;27(2):132–141.

Mgr. Zuzana Šoltésová

*Katedra sociálnej práce, Filozofická fakulta UPJŠ v Košiciach
Šrobárova 2, 040 59 Košice
zuzana.soltesova89@gmail.com*
