

NOVÉ TERAPEUTICKÉ PŘÍSTUPY NA 3. MEZINÁRODNÍ A MEZIOBOROVÉ KONFERENCI O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

MUDr. Hana Papežová, CSc.

Psychiatrická klinika VFN a I. LF UK, Praha

Problematika poruch příjmu potravy narůstá, zvyšuje se prevalence, pestrost klinických (atypických) obrazů i procento komorbidit. Přestože v posledním desetiletí byla výzkumy prokázána účinnost kognitivně-behaviorální terapie (40–60 %), zůstávají v platnosti údaje o vysokém procentu chronických průběhů (25–35 %), vysoké úmrtnosti (5–20 %) a sebevraždnosti (dvakrát vyšší než u ostatních psychiatrických diagnóz). Proto se ve světě hledají nové psychoterapeutické přístupy, které především pracují se zvyšováním motivace pacientek i rodičů a zlepšováním terapeutického vztahu. Naším úkolem je s těmito postupy seznámit nejširší veřejnost (profesionální i laickou). V tomto článku představujeme terapeutické přístupy, se kterými byly seznámeni účastníci 3. mezinárodní a mezioborové konference o poruchách příjmu potravy v březnu 2001.

S narůstajícím výskytem poruch příjmu potravy (PPP) anorexia nervosa, bulimia nervosa a psychogenního přejídání jsou ve světě hledány nové, účinnější formy terapie. V Praze se v březnu 2001 konala již 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy, na které měli účastníci možnost setkat se se zahraničními lektory, používajícími u nás méně používané či ještě nepoužívané metody. Jedna z mladých terapeutek vyjádřila nad terapeutickými „novinkami“ údiv. Předpokládala, že už všechny postupy při léčbě PPP zná. V této rychle se rozvíjející oblasti je důležité mít stále na paměti, že stejně jako se mění onemocnění samotné, mění se i naše přístupy k němu. Nové poznatky narůstají geometrickou řadou.

Nejlépe ze všech psychoterapeutických metod byla podrobená výzkumu účinnosti klasická kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která vede k vyléčení u bulimie v 40–60 %. V 90. letech se však někteří autoři věnovali kritice KBT zaměřené pouze na váhu, tvar těla a zaujetí dietami a snažili se věnovat více pozornosti tématům, týkajícím se sebepojetí pacientky. Jednou z autorek, která se věnovala individuálnímu významu anorexie pro pacientky, byla prof. Vitousek z Hawaje (3, 4, 13).

Novější formy KBT berou v úvahu motivační otázky a terapeutický vztah, interpersonální vztahy i emoční reakce na emoční ohrožení. Mohou znamenat vhodnější formy u pacientek s osobnostními problémy a atypickými rysy či „speciálními potřebami“ (danými atypickým věkem, pohlavím, kulturně či váhově). Na KBT jsou založené svépomocné manuály (8) nebo podporované svépomocné aktivity, které jsou často také účinné, ale jejich vliv na průběh onemocnění je také ještě předmětem výzkumu. My se v tomto článku zaměřujeme pouze na vybrané nové přístupy, které byly prezentovány na konferenci.

Kognitivně Analytická Terapie (CAT) je již 10 let používána jako terapeutický model v léčbě mentální anorexie a bulimie. Byla vytvořena Anthony Rylem (1990) kombinací kognitivně-behaviorální terapie s pozorností věnovanou interpersonálním vztahům, především vztahu pacient – terapeut. Pro anorexii a bulimii ji adaptovali a zhodnotili její účinnost angličtí autoři (Treasure, Ward). Na konferenci jejich spolupracovnice Claire Tanner demonstrovala, jak CAT především pomáhá porozumět vztahu terapeuta a klienta, jak se rozvíjí během terapie. Terapeut poukazuje na

maladaptivní vztahové vzorce, které si pacientky s poruchami příjmu potravy utvořily. Používá dopisů, určených pacientce, ve kterých shrnuje a vysvětluje individuální vývoj problému s jídlem na základě předchozích terapeutických sezení. Nahlédnutí na aktuální vztahový rámec terapeutovi umožní konstruktivně přetvořit vztah s klientem a vést klienta k přijetí zodpovědného přístupu k léčbě. Terapeutické strategie, založené na modelu CAT, byly probrány během workshopu. Claire Tanner je školitelkou kognitivně-analytického přístupu, supervizorka a psychoterapeutka. Je již sedm let odpovědná za supervizi a školení personálu na Specializované jednotce pro poruchy příjmu potravy v Maudsley a Bethel Hospital v Londýně (11, 12).

Další metodou používanou anglickými kolegy, která v tomto kontextu stojí za zmínku, je **Dialektická behaviorální terapie (DBT)**. Wilson (1996) navrhnul, aby u bulimie nervosa s komorbidní poruchou osobnosti byla užita terapie používaná u chronicky suicidálních hraničních pacientů. Telch v roce 1997 použil trénink dovedností založený na Linehanově přístupu k léčbě poruch osobnosti (9). Postup byl zaměřený na zlepšení ovládnutí afektů u žen s psychogenním přejídáním a založen na předpokladu, že přejídání plní u těchto pacientek stejnou funkci jako sebepoškozování u hraničních pacientů, krátkodobou úlevu od nepříjemných, negativních afektů... Pacientky se učí, jak se zabavit, zvládat stres, regulovat emoce a zvládat interpersonální dovednosti. Tento přístup může být užitečný samozřejmě i pro bulimické pacientky bez poruch osobnosti.

Dle Ivana Eislera, psychologa Psychiatrického Institutu, Kings College, London, narůstá množství klinického materiálu, který svědčí o tom, že rodinná terapie je účinná u většiny pacientek trpících mentální anorexií v adolescenci. Menší část (10–20 %) těchto pacientek však příznivě na standardní rodinnou terapii neodpovídá. Tyto pacientky vyžadují neúměrně větší množství péče a často musí být nakonec přijaty k hospitalizaci. Hospitalizace těchto velice mladých osob, často dlouhodobá, přináší i zřetelné nevýhody. V semináři konference I. Eisler představil nový přístup v péči o adolescentní pacientky a jejich rodiny (1, 2). Intenzivní týdenní program sdružující několik rodin v rámci denního stacionáře je doplněn ambulantním sledováním a dalším jednodenním setkáním skupiny rodin. Struktura **vč-erodinného programu** byla na konferenci ilustrována video-

záznamy jednotlivých aktivit vícerozinných skupin, skupin adolescentních pacientek, skupin rodičů i sezení s jednou rodinou. Předběžné údaje naznačují, že tato terapie je jednak účinná, jednak vnímána samotnými rodinami jako pozitivní léčebný přístup založený na spolupráci.

Používání *motivační terapie* u nás a v Maudsley Hospital v Anglii bylo diskutováno během dalšího workshopu. U většiny pacientů, kteří přijdou k lékaři či psychologovi, předpokládáme, že se chtějí uzdravit či přiblížit k tomu, co považují za zdravé. Shoda cílů terapeuta a pacienta je základní podmínkou pro účinnou léčbu. U pacientek s PPP je však motiv návštěvy často dosti odlišný. Přichází k lékaři jen proto, aby vyhověly naléhavému přání své rodiny (přátel, školy, zaměstnavatele...), aby dokázaly, že obavy okolí jsou přehnané. Tyto „jiné“ motivy, často spojené s ambivalentním postojem k terapii, jsou charakteristické pro oblast zneužívání psychotropních látek, závislostí. Primární úloha terapeuta spočívá v tomto případě v poskytnutí takových podmínek a informací, které napomohou „zdravému“ posunu v motivaci pacienta a umožní vytvořit terapeutický vztah umožňující spolupráci. William R. Miller při práci s alkoholiky rozvinul přístup, který nazval „motivační pohovor“. Je to primárně neinterpretativní, ateoretický přístup, založený na empirii a blízký „na klienta zameřen“ (Rogersovské) psychoterapii. Miller se svými spolupracovníky identifikoval základní faktory na straně terapeuta, které působí pozitivně motivačně.

Motivačně působí, když terapeut:

1. pochopí a přijme význam, jaký má choroba pro pacienta
2. vyjadřuje přijetí a potvrzení klienta
3. zdůrazňuje promotivační prohlášení klienta a nikoli tvrzení antimotivační
4. svými reakcemi vede klienta k vyjádření promotivačních myšlenek (včetně použití paradoxních technik, jako například „přestřelení“)
5. přizpůsobí terapeutický proces momentálnímu stupni motivace
6. zdůrazňuje klientovu možnost svobodné volby.

Literatura

1. Dare, C. and Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment programme for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 4–18.
2. Eisler, I.: (2001): A multi-family group day treatment programme for adolescent Vicerodinná denní terapie u mentální anorexie v adolescenci. 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, březen 2001. Abstrakt 42.
3. Garner, D. M., Vitousek, K. M., Pike, K. M. (1997): Cognitive-Behavioral therapy for anorexia nervosa in *Handbook of treatment for eating disorders*. Edited by DM. Garner and PE, Garfinkel, 94–144.
4. Novotná, M., Vevera, J., Papežová, H., Howardová, A. (2000): Dopis anorexii či bulimii, mezinárodní spolupráce s ED Unit v Londýně, 2. národní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, 2.
5. Papežová, H. (2000): Motivační terapie v léčbě poruch příjmu potravy (Motivational therapy in the treatment of eating disorders II), Čes. a slov. Psychiatrie, 96, 8, 397–401.
6. Papežová H., Uher, R. (2001): Motivační terapie v léčbě poruch příjmu potravy II Čes. a slov. Psychiatrie 2001, v tisku.

Naproti tomu *negativně, antimotivačně* působí terapeut, který:

1. nadměrně konfrontuje
2. podmiňuje přijetí klienta jeho „správným“ rozhodnutím
3. interpretuje či hraje roli „experta“, který ví, co má klient dělat.

Motivační přístup vyjadřuje metafora: „*terapie je víc tancem než zápasem*“. Motivační terapie (MT) je obvykle relativně krátkodobá (typicky 4 sezení) a v mnoha studiích opakovaně prokázala vysokou účinnost ve velice malých „dávkách“. Například 4 sezení motivační terapie byla stejně účinná jako 12 KBT v Project Match Group, 1997. MT byla dosud použita v léčbě alkoholové závislosti, obezity, kuřáckého návyku, ale také v motivaci k pravidelnému cvičení či zdravé stravě. Jako součást terapie poruch příjmu potravy byla motivační terapie poprvé zařazena v Maudsley Hospital v Londýně a její používání se rychle rozšířilo do dalších specializovaných jednotek, včetně naší pražské (5, 6, 7). Průzkum mezi pacientkami doporučenými na specializovanou jednotku ukázal, že méně než polovina těchto pacientek je ve „stádiu změny“ (t. j. chtějí se uzdravit), třetina je ve stádiu „kontemplace“ (váhá, neví, zda se chce uzdravit) a zbytek ve stádiu „prekontemplace“ (nechtějí se uzdravit). Péče o PPP má mnohá specifika, důležitá je úloha rodiny. Přínosné je naučit i rodinu zásadám motivačního přístupu v rodinné terapii, ve svépomocných skupinách, kde zkušenější rodiny mají možnost předat své znalosti a dovednosti druhým rodinám, nebo s užitím manuálů.

Závěrem lze říci, že s narůstající problematikou PPP se rozvíjejí i nové terapeutické metody, přístupy, které jsou většinou modifikací či adaptací přístupů již používaných. Dle transteoretického modelu (10) záleží na tom, na jaké úrovni je pacient či klient schopen pracovat a co je pro něho neefektivnější jak z hlediska symptomatiky, tak i zralosti osobnosti.

Zralost osobnosti a adekvátní výběr přístupu i schopnost jej flexibilně měnit dle potřeby pacienta či klienta jsou důležitými faktory i ze strany terapeuta.

7. Papežová, H., Uher, R. (2001): Motivační terapie PPP. 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, Abstrakt 42.
8. Papežová, H. (2000): Anorexie, Příručka pro všechny, kteří nemoci trpí-postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie). Psychiatrické centrum, 76 pp.
9. Praško, J., Kosová, J., Pašková, B., Prašková, H. (2001): Léčba poruch osobnosti II. část. *Psychiatrie pro praxi*, 2: 73–77.
10. Prochaska, J. O., Norcross J. C. (1999): Psychoterapeutické systémy. Grada. 446.
11. Schmidt, U. (1998): Treatment of Bulimia Nervosa in *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, edited by H. Hoek, Treasure J., and M. Katzman. s. 331–361.
12. Tanner, C. (2001): Kognitivně analytická terapie u poruch příjmu potravy. 3. mezinárodní a mezioborová konference o poruchách příjmu potravy. Praha, Abstrakt 43.
13. Wolf, G., Serpell, L. (1998): A cognitive model and treatment strategies for anorexia nervosa in: *Neurobiology in the treatment of eating disorders*, edited by H. Hoek, Treasure J., and M. Katzman s. 407–429.