

## Poruchy příjmu potravy a rodinní příslušníci - jak pomoci sobě i nemocnému

---



**Kristýna Brožková**

Psychologický ústav FF MU, Brno

439269@mail.muni.cz

*Jste blízkým člověkem osoby trpící poruchou příjmu potravy a rádi byste ji pomohli? Je vůbec nějaká možnost, jak nemocnému pomoci? Poruchy příjmu potravy (dále PPP) nemají vliv pouze na nemocného jedince, ale také na celé okolí, především na rodinu. Blízcí vidí, jak se nemocný trápí a následně se trápí i oni. Snaží se nemocnému co nejvíce pomoci, avšak neví jak. Tento článek vám umožní nahlédnout do problematiky PPP z rodinného kontextu, doporučí konkrétní rady při kontaktu s pacientem a informuje o rodinné terapii a podpůrných skupinách pro rodinné příslušníky.*

*Klíčová slova: Porucha příjmu potravy, rodina, terapie, podpůrná skupina, mentální anorexie, mentální bulimie*

Většina lidí blízkých člověku trpícímu PPP požaduje po nemocném nadměrnou sebekontrolu. Často komentují vše, co pacient jí. Asi není potřeba zdůrazňovat, že takové chování dané osobě nijak nepomáhá. Blízcí by neměli za svého příbuzného přebírat zodpovědnost. Na druhou stranu není vhodné ani propadat zoufalství, vyjadřovat dramatické výčitky, setrvávat u viny nebo podřizovat se nemocnému (Krch et al., 1999). Rodina sama o sobě nemoc neléčí, ale výrazně může přispět ke zlepšení stavu nemocného a v procesu uzdravení je rodinná podpora klíčová (Robinson et al., 2013).

## **Co je PPP?**

Veřejnosti nejnámější PPP je mentální anorexie a mentální bulimie. Mezi poruchy příjmu potravy se však řadí i nescifické poruchy, jako je syndrom nočního přejídání či záchvatové přejídání. Mentální anorexie (BMI pod 16) je vážné duševní onemocnění, které může ohrozit pacienta na životě, proto je nutný včasný zásah a léčba. Při této nemoci je narušeno tělesné i fyzické sebepojetí, porucha identity, kdy jedinec chce co nejvíce snížit svoji váhu (Vašina, 2011). Je narušené vnímání vlastního těla: nejde tedy pouze o hubnutí, ale jedinec si neuvědomuje, že je vyhublý a jeho život je v ohrožení.

Mentální bulimie je charakteristická střídáním se dvou tužeb člověka – touhou po jídle a následnou touhou zbavit se jídla. Jde tedy o záchvatové přejídání a následné pravidelné kompenzační chování, nejčastěji zvracení. Pacienti mají strach z tloušťky a prožívají pocity viny a vzteku na sebe kvůli špatné sebekontrolě (Vašina, 2011).

## **PPP a rodina**

Na vznik a průběh PPP mají vliv i rodinné konflikty či nefunkční role v rodině (Minuchin et al., 1978; Crips et al., 1980). Bohužel u většiny pacientů se vyskytuje narušený vztah s rodiči (Crips et al., 1980).

Jeden z faktorů podporující poruchu identity u pacientů s mentální anorexií může být dominantní a ctižádostivá matka, kterou nenaplnuje její ženská role. Otec většinou bývá upozaděn, ať už se podřizuje matce nebo zůstává často v práci či mimo rodinu. I prvky hyperprotektivní výchovy ze strany rodičů a láska, kterou dostává pouze za něco, dítěti

neprospívají. Dítě je například oceňováno pouze za doděláním úkolu, za uklizení pokojíčku, za výkony ve škole aj. Na výkon orientovaní jedinci se pak můžou zaměřit právě na výkon ve smyslu hubnutí. Ze začátku hubnutí jsou od rodiny chváleni a obdivováni za svoji pevnou vůli. Postupem času se rodina začne o jedince bát. Ten ale zlehčuje svůj problém a lže. Po vyčerpávajících domluvách se může rodina cítit zoufale. Nechápe chování nemocného a začne řešit problém razantněji, ať už krmením či vyhnáním jedince z domu (Vašina, 2011).

Mentální bulimii mohou vyvolat traumatické události spojené s blízkou osobou. Konflikty v rodinných vztazích a obecně komplikace v mezilidských vztazích se uvádějí jako příčiny vzniku nespecifických PPP. Všechny tyto faktory podpoří rozvoj onemocnění a následně psychologické a biologické podněty zapříčiní vznik samotné choroby (Vašina, 2011).

### **Když se léčí celá rodina**

Ke snížení nemocnosti je z výše zmíněných důvodů zapotřebí souběžná individuální a rodinná psychoterapie (Garfinkel, Garner, & Moldofsky, 1977). Rodinná terapie slouží k porozumění problémům, jde zejména o edukaci pro rodinné příslušníky (jak s jedincem mluvit apod.) (Krch et al., 1999). Léčba se může zaměřit na změnu interakčních vzorců v rodině (Barcai, 1971). U matek se pracuje také na rozvoji víry v sebe samé (Eisler, 1993). Existuje čím dál více empirických důkazů o účinnosti rodinné terapie (Dare & Eisler, 1997; Morgan & Russell, 1975; Hodes et al., 1991).

Další metodou využívanou v praxi jsou skupinové programy, kdy celá rodina včetně pacientů, rodičů, příbuzných i rozvedených partnerů společně stráví víkend na jednom místě a dochází skupinově na terapie (Krch et al., 1999). Dále existuje i multi-rodinná terapie, která je vytvořena na podporu rodinného zvládnutí a kombinuje prvky z několika terapeutických škol. Používá se jako doplněk rodinné terapie k hlubšímu pochopení nemoci. Je založená na skupinové léčbě více rodin (například šesti až osmi), kteří se setkávají na několik hodin až celodenně. Mají dopředu stanovené termíny, jasný harmonogram i časově dané ukončení léčby (Engman-Bredvik et al., 2016).

## **Zdravé oběti poruchy příjmu potravy**

Kromě výše popsané rodinné terapie existují i skupiny zaměřené na pomoc výhradně rodinným příslušníkům nemocného. Ti se mohou pravidelně scházet v bezpečném prostředí s jinými rodinnými příslušníky či přáteli nemocných osob, kde diskutují o vzniklých problémech za přítomnosti terapeuta. Nabízí se i možnost účasti vyléčeného pacienta, který v příbuzných vzbuzuje naději. Dochází ke konfrontaci zkušeností, protichůdných i jiných postojů. Zúčastnění mají pocit, že se na léčbě podílí a dochází i k vzájemné edukaci, podpoře a pochopení (Rose & Garfinkel, 1980). Skupinová setkání si kladou za cíl zlepšení komunikace v rodině, postupně se nastolují změny v rodinných jídelních návycích, dílčí aplikovatelná opatření (Krch et al, 1999).

Jelikož mohlo být chování rodinných příslušníků jedním z faktorů na rozvoji psychosomatických obtíží nemocného (Minuchin et al., 1975; Kalucy et al, 1977; Fairburn et al., 1999), pracuje se s pocity viny.

## **Jak efektivně pomáhat doma**

Krch uvádí, že některé jeho pacientky se během onemocnění přestěhovaly zpět k rodičům (Krch, 2000). Naopak Jeammet a George (1980) zdůrazňují izolaci nemocného od rodiny pro zvládnutí nemoci (1980, podle Krch et al., 1999). Jak tedy můžete nemocnému pomoci, pokud jste sami blízkou osobou nemocného?

Jedinec trpící záchvatovým přejídáním si téměř vždy sestaví na terapii jídelní plán. Bohužel jeho dodržování je nesmírně těžký úkol. Právě blízká osoba mu může být užitečnou podporou v průběhu stolování i po něm. S jedincem může také strávit dobu, kdy má nutkavé myšlenky na jídlo a těžko jim odolává. Nemůže ho kontrolovat, ani za něj rozhodovat, ale může být s ním a podpořit ho (Cooper, 1995).

Nemocný se často snaží utajovat své problémy, což je pro něj velká tíha. Pokud nějaké osobě důvěřuje a svěří se jí, uleví si. Blízká osoba mu tak může pomoci ventilovat emoce, vypovídat se a poskytnout bezpečné přijetí. Blízcí by se dále měli snažit mít pochopení pro trápení nemocného. Pomoc od blízkého člověka je odlišná od cizího člověka působícího jako rádce (Cooper, 2014). Důležité je taktéž uvědomění si, že příbuzní nejsou terapeuti (Krch, 2000).

Jedinec by neměl být středem pozornosti, ale jeho problémy by ani neměly být přehlíženy. Blízcí by se měli snažit respektovat jeho rozhodnutí, v klidu se na všem domluvit a následně realizovat bez vynucení. Pro nemocného je zkrátka příjemné, když se k němu ostatní chovají „normálně“. Efektivní je bavit se i o jiných věcech, než je jídlo (o zájmech, pocitech, škole). Nedoporučuje se komentovat vzhled nemocného a stále se vyptávat na pokroky. Naopak žádoucí je myslet optimisticky (Krch, 2000).

Pokud nejste členem rodiny, ale jste v roli kamaráda, nebojte se přímo a bez výčitek říct, co si myslíte. Vyhněte se nevhodným narážkám na jeho postavu či chování. Snažte se oceňovat na kamarádovi i další věci než štíhlou postavu, nedržte s ním diety, ani ho v tom nepodporujte. Nemusíte se bát před nemocným normálně jíst, avšak doporučuje se vyhnout se čokoládě, chipsům nebo alkoholu. Můžete mu i doporučit knihu zabývající se danou problematikou (Krch, 2000).

Léčba PPP je zdlouhavý proces a je tedy potřeba rodinné i individuální terapie. Patologické vztahy v rodině jsou jedny z faktorů vzniku PPP, na druhou stranu sociální opora pomáhá při zvládnutí nemoci. Je pochopitelné, že blízcí nemocného se trápí společně s ním. V případě potřeby je tedy vhodné, aby i jim byla zajištěna odborná pomoc. Lidem trpícím PPP i jejich blízkým osobám tedy nejvíce pomůže docházení do podpůrných skupin, rodinná terapie a vzájemná opora.

- Barcai, A. (1971). Family therapy in the treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 128(3), 286-290.
- Cooper, J. (1995). *Mentální bulimie a záchvatové přejídání. Jak se uzdravit*. Olomouc: VOTOBIA.
- Cooper, J. (2014). *Bulimie a záchvatové přejídání. Jak je překonat*. Praha: Grada.
- Crisp, A. H., Hsu, L. K. G., Harding, B., & Hartshorn, J. (1980). Clinical features of anorexia nervosa: A study of a consecutive series of 102 female patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 24(3), 179-191.
- Dare, C., & Eisler, I. (1997). Family therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Treatment for Eating Disorders* (pp. 307-324). New York: Guilford Press.
- Eisler, I. (1993). Family therapy for anorexia nervosa. In: Hodes, M., Moorey, S., *Psychological Treatment in Disease and Illness*. Gaskell, London.
- Engman-Bredvik, S., Carballeira Suarez, N., Levi, R., & Nilsson, K. (2016). Multi-family therapy in anorexia nervosa—A qualitative study of parental experiences. *Eating Disorders*, 24(2), 186-197.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468-476.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., & Moldofsky, H. (1977). The role of behavior modification in the treatment of anorexia nervosa. *Journal of Pediatric Psychology*, 2(3), 113-121.
- Hodes, M., Eisler, I., & Dare, C. (1991). Family therapy for anorexia nervosa in adolescence: a review. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 84(6), 359.
- Kalucy, R. S., Crisp, A. H., & Harding, B. (1977). A study of 56 families with anorexia nervosa. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 50(4), 381-395.
- Krch, D. a kol. (1999). *Poruchy příjmu potravy. Vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- Krch, D. (2000). *Bulimie. Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.

Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L., & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children: Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038.

Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.

Morgan, H. G., & Russell, G. F. M. (1975). Value of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four-year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5(4), 355-371.

Robinson, A. L., Strahan, E., Girz, L., Wilson, A., & Boachie, A. (2013). “I know i can help you”: Parental self-efficacy predicts adolescent outcomes in family-based therapy for eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 21, 108–114.

Rose, J., Garfinkel, P. E. (1980) A Parents’ Group in the Management of Anorexia Nervosa. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 25(3), 228-233.

Vašina, L. (2011). *Vademecum Psychologie Clinicae*. Brno: Institut mezioborových studií.

Zdroj obrázku:

[http://skolazdravehozivota.cz/images/jana/13785697\\_zrcatko\\_s\\_jablkem.jpg](http://skolazdravehozivota.cz/images/jana/13785697_zrcatko_s_jablkem.jpg)