

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Michaela Syslová

Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na fungování rodiny

**Eating disorders and their impact on the functioning of the
family**

Praha, 2020

Vedoucí práce: PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc.

Poděkování patří PhDr. Tamaře Hrachovinové, CSc. za pomoc s výběrem a uchopením tématu, také za všechny cenné rady a ochotu při psaní této práce. Také děkuji PhDr. Iloně Gillernové, CSc. a Mgr. Tereze Makové za podnětné připomínky k práci a správné nasměrování.

Děkuji své rodině a svým přátelům, že si vždy našli čas a pomohli mi s objevováním nejasností, ale především jim chci poděkovat za nekonečnou podporu a pomoc nejen při studiích.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne

.....

Michaela Syslová

Abstrakt

Práce se věnuje tématu, jak jedinec s poruchou příjmu potravy mění fungování rodiny se zaměřením na vztah k rodičům, ale také k případným sourozencům. Zabývá se také tím, jak rodina vnímá tuto poruchu u svého rodinného příslušníka. Práce shrnuje poznatky ohledně problematiky poruch příjmu potravy v kontextu soužití celé rodiny.

V práci jsou popsány vztahy v rodině vůči osobě trpící poruchou příjmu potravy, rodinné činnosti a jejich proměny ve vztahu k nemoci. Zmíněno je rovněž doporučení, jak pracovat s rodinou, ve které se tato porucha vyskytla.

Cílem výzkumného návrhu je zjistit rozdíly mezi názorem otců a matek na fungování rodiny, životní spokojenosti, jejich přístupu a vztahu k dítěti s poruchou příjmu potravy v českém prostředí. Návrh výzkumu je kvalitativního charakteru, ačkoli kombinuje kvantitativní a kvalitativní metody. Rodinné prostředí a vztahy budou zjišťovány formou dotazníku PACHIQ-R (Parent-Child Interaction Questionnaire) a ŠRP (Škála rodinného prostředí). V kvalitativní části šetření je navržena forma polostrukturovaného rozhovoru. V praxi by mohly tyto informace znamenat větší posun v péči o celou rodinu nemocného.

Klíčová slova

mentální anorexie, mentální bulimie, rodina, poruchy příjmu potravy, dopad na rodinu

Abstract

This bachelor thesis deals with the topic of how an individual with an eating disorder changes the functioning of the family with a focus on the relationship with parents, but also with potential siblings. It also focuses on how the family perceives this disorder in its family member. The work summarizes the knowledge about the issue of eating disorders in the context of coexistence of the whole family.

The work describes the relationships in the family with a person suffering from an eating disorder, family activities and their changes in relation to the disease. Recommendations are also made on how to work with the family in which the disorder occurred.

The aim of the research proposal is to find out the differences between the view of fathers and mothers on the functioning of the family, life satisfaction, their approach and relationship to a child with an eating disorder in the Czech environment. The research proposal is of a qualitative nature, although it combines quantitative and qualitative methods. The family environment and relationships will be determined in the form of the PACHIQ - R (Parent-Child Interaction Questionnaire) and the Czech version of the Family Environment Scale. In the qualitative part of the survey, a form of semi-structured interview is proposed. In practice, this information could mean a greater shift in the care of the patient's entire family.

Keywords

Mental anorexia, mental bulimia, eating disorders, family, impact on the family

Obsah

Úvod	8
Literárně přehledová část	10
1. Poruchy příjmu potravy	10
1.1. Komorbidity poruch příjmu potravy	13
1.2. Rizikové faktory poruch příjmu potravy	14
1.3. Protektivní faktory poruch příjmu potravy	17
2. Poruchy příjmu potravy v rodinném kontextu	18
2.1. Dopad poruchy příjmu potravy na fungování rodiny	19
2.2. Dopad poruchy příjmu potravy na vztah s rodiči	20
2.3. Dopad poruchy příjmu potravy na vztah se sourozencem	24
2.4. Dopad poruchy příjmu potravy na vztah s partnerem	26
3. Práce s rodinou, kde se vyskytuje jedinec s poruchou příjmu potravy	27
3.1. Vícerodinná terapie	30
Návrh výzkumu	33
4. Cíle výzkumu	33
5. Design výzkumného návrhu	34
5.1. Výzkumný soubor	34
5.2. Metody získávání dat	35
5.3. Metody zpracování a analýzy dat	39
6. Diskuse	41
Závěr	44
Seznam literatury	46
Seznam tabulek	55
Seznam zkratk	55
Příloha 1.	I

Úvod

Poruchy příjmu potravy (PPP¹; diagnózy F50.0–F50.9) jsou již delší dobu velice debatované téma. Patří k relativně častým poruchám, které jsou mnohdy přehlíženy, ačkoli jsou spojeny s vysokou komorbiditou a vážnými zdravotními důsledky. Existuje mnoho studií, které se touto poruchou zabývají, ať již problematikou vzniku PPP, průběhem či následným procesem uzdravování. Z mého pohledu se ještě stále přikládá malá pozornost na rodinné zázemí jedince a ačkoliv je již rodina do procesu uzdravování zapojována více, vidím v této oblasti ještě široké pole pro další zkoumání.

Jídlo je od útlého dětství zdrojem uspokojení jedné ze základních, nejen biologických, potřeb. Je to také způsob, jak získat uspokojivé pocity a má také komunikační a společenský charakter. Díky tomu je úzce spojeno s rodinou a jejím fungováním. V rodinách byl zpočátku kladen největší důraz na vztahy mezi matkou a dítětem. Následně k problematice přispěly debaty o nepřítomnosti otce, což vedlo k tomu, že se PPP brzy staly problémem celé rodiny.

Věková hranice počátku PPP se snižuje, což znamená, že je rodina zapojena čím dál více nejen do faktorů vzniku, ale také hraje důležitou roli v průběhu a při léčbě PPP. Jelikož se toto onemocnění z velké části vyskytuje u adolescentů, znamená to, že jsou často ve spolubydlení s rodiči a dané onemocnění má tedy vliv nejen na samotného pacienta, ale také na členy rodiny, s nimiž domácnost sdílí. Zaměřuji se proto na PPP z pohledu rodiny nemocného. Konkrétněji na rodiny, kde se vyskytuje dívka s PPP.

"Péče o pacienty by se neměla zaměřovat pouze na technické a lékařské aspekty, je třeba myslet na vztahy a zdroje, které rodina poskytuje." (Lock, Le Grange, Agras, & Dare, 2001, str. 12).

Práce je rozdělena do šesti kapitol. V první kapitole literárně-přehledové části je popsána problematika PPP a vymezeny konkrétní typy PPP, kterým se tato bakalářská práce primárně věnuje. První kapitola obsahuje tři podkapitoly – komorbidity PPP, rizikové a protektivní faktory. Druhá kapitola pojednává o PPP v rodinném kontextu, je popsán zejména pojem rodina. V následující kapitole je rozepsán koncept fungování rodiny. Další podkapitoly si jednotlivě všímají vztahu nemocného s jeho rodiči, následně je zmíněn vztah s případnými

1

Dále v textu používám již jen zkratku PPP

sourozenci, vliv pořadí narození a sourozenecké konstelace a v závěru této kapitoly také vztah s partnerem, který je onemocněním své partnerky neméně ovlivněn. Třetí a poslední kapitola literárně-přehledové části je věnována práci s rodinou, kde se vyskytuje jedinec s PPP a v podkapitole zmiňují vícerodinnou terapii.

Čtvrtá a pátá kapitola se již věnuje výzkumnému návrhu. V návrhu jsou kombinovány kvantitativní a kvalitativní metody. Konkrétně dotazník *Škála rodinného prostředí*, přesněji revidovaný dotazník o interakci rodičů a dětí (*PACHIQ-R*) a *polostrukturovaný rozhovor*. Výzkumný projekt by měl sloužit k získání odpovědi na otázku: „*Jak se liší vztah s dítětem s PPP u matky a u otce?*“.

Šestá kapitola se věnuje diskusi, rozebírá limity navrhovaného výzkumu a další možná témata, která by se v této teoretické oblasti dala zkoumat.

Literaturu jsem se snažila volit rozmanitě. Vedle českých autorů jako je Krch nebo Papežová, které v tuto chvíli vnímám na českém poli PPP jako nejvlivnější, jsem nejvíce volila práce z rukou španělských a anglických autorů. Španělské studie se poměrně často a dobře zaměřují na metaanalýzy, což v jedné studii poskytuje příležitost mnoha pohledů. Z anglických autorů jsem nejvíce využívala studie I. Eislera, který se věnuje vícerodinné terapii. V práci je citováno podle normy APA (2010).

Literárně přehledová část

1. Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (zkráceně PPP) představují extrémní polohy narušeného jídelního chování s velice závažnými důsledky na tělesné i psychické zdraví, sociální život a pracovní výkon nemocného (Krch & Švédová, 2013). Mezi poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie, bulimie a také přejídání spojené s jinými psychickými poruchami, například se stresem. V praxi jsou nejznámější mentální anorexie, mentální bulimie a psychogenní přejídání. Typickými projevy u těchto nemocí jsou obavy z tloušťky, manipulace s jídlem sloužící ke snížení hmotnosti a zkreslené vnímání vlastního těla. Jde o psychická onemocnění, tzn. že chování spojené s anorexií či bulimií není nemocný člověk schopen od určitého stádia ovládat, a tudíž se nemoci bez pomoci druhých nemůže zbavit. Nemoc bývá doprovázena ztrátou zájmu o kontakt s vrstevníky (především u anorexie), nesoustředěností a náladovostí. Středem zájmu se stává jídlo a vlastní postava (Ústav zdravotnických informací a statistiky, 2018).

V následující tabulce jsou uvedeny PPP zanesené do Mezinárodní klasifikace nemocí (1992).

Kód diagnózy	Název diagnózy
F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulimie
F50.3	Atypická mentální bulimie
F50.4	Přejídání spojené s psychologickými poruchami
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy přijímání jídla
F50.9	Porucha přijímání jídla, NS

Tabulka 1: Přehled diagnóz MKN-10

V souvislosti s PPP se objevují také termíny jako *psychogenní přejídání*, *záchvatovité přejídání*, *kontinuální jedení*, *noční přejídání*, *ortorexie* (patologická posedlost zdravou výživou a biologicky čistými potravinami (Sánchez & Rial, 2005)), *bigorexie/Adónisův komplex/svalová dysmorfie* (porucha body image – ovlivňuje především mužské kulturisty, posedlost tím, že nemají dostatečně vyvinuté svalstvo) (Mosley, 2008). Ani jedna z uvedených poruch však není přímo specifikována v 10. revizi Mezinárodní klasifikace nemocí, může být zařazena do kategorie „Jiné poruchy přijímání jídla.“

„*Mentální anorexie a bulimie patří mezi nejčastější problémy dospívajících dívek a mladých žen. Kolem 6 % děvčat vykazuje koncem puberty některé anorektické příznaky a životní prevalenci (výskyt anorexie někdy za život) zjišťují některé studie až u 4,5 % všech žen; při užití striktních kritérií kolem 2 %. Aktuální výskyt anorexie je uváděn u 0,3–0,8 % rizikové populace.*“ (Krch & Švédová, 2013). Mentální bulimie se nejčastěji vyskytuje u studentek středních a vysokých škol, přibližně 4–15 %. O něco menší je potom výskyt u mladých dospělých, který se pohybuje kolem 1–3 % (Papežová, 2010).

Podle údajů z Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2018) v roce 2017 tvořily hospitalizace pacientů ve věku do 15 let necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizací s diagnózami F50.0–F50. Ve věku 15–19 let to bylo 39 % a ve věku 20–29 let byla uskutečněna téměř pětina z celkového počtu těchto hospitalizací. Při porovnání roku 2011 a 2017 došlo k nejvyššímu nárůstu hospitalizací u věkové skupiny 10–14 let, značný pokles byl patrný u věkové skupiny 15–19 let.

Ačkoli typů PPP přibývá, stále zůstávají nejčastější a nejdiskutovanější mentální anorexie a mentální bulimie. K těmto dvěma také vztahují svou práci.

Mentální anorexie (zkráceně MA) je podle MKN-10 porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak mohou být postiženi i dospívající chlapci a mladí muži, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí. Příznaky jsou: omezený výběr jídla, nadměrná tělesná činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání anorektik a diuretik. Krch & Švédová (2013) uvádějí, že je třeba pro vymezení MA především tři základních znaků:

- 1) vyhublost a aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (aktivní snaha hubnout může být popírána),
- 2) strach z tloušťky, který trvá i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost,
- 3) amenorea u žen. (Toto kritérium nemusí být naplněno v případě, že pacientka bere hormonální antikoncepci a menstruace díky tomu zůstává.)

V DSM-V se můžeme setkat s dělením MA na nebulimický (restriktivní) typ a bulimický (purgativní) typ, kdy se nemocný přejídá (nebo jí víc, než by chtěl) a navozuje si zvracení nebo užívá laxativa (Krch & Švédová, 2013; DSM-5®: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013).

Mentální bulimie (zkráceně MB) je porucha, která se charakterizuje opakujícími se epizodami přejídání spojenými s nadměrnou kontrolou tělesné hmotnosti. Pocit přejedení je velice relativní. Významnějším znakem přejedení, než zkonsumovaného množství jídla je proto subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlem. Zvýšená až extrémní kontrola tělesné hmotnosti zahrnuje nejenom zvracení, zneužívání laxativ, diuretik (diabetici mohou využívat manipulace s inzulínovou léčbou), ale i střídání období hladovění a fyzického cvičení. Pro mentální bulimii je stejně jako pro anorexii charakteristický nadměrný strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle a zvýšený zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V návaznosti na tyto hodnoty se také pohybuje sebehodnocení nemocného. Rozdílem anorexie a bulimie je, že u MB se nevyskytuje závažnější úbytek tělesné hmotnosti. Pokud je BMI starších pacientů <17,5, hovoříme o bulimické formě MA (Krch & Švédová, 2013).

V DSM-V se setkáme s rozlišením specifických typů MB na purgativní typ, kdy pacient pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby předešel nabývání na hmotnosti, a dále na nepurgativní typ, u kterého pacient používá přísné diety, hladovky nebo excesivní fyzické cvičení, a to bez pravidelných purgativních metod (DSM-5®: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2013).

Mentální bulimie má pozdější výskyt a často se vyvíjí z MA (Papežová, 2010).

1.1. Komorbidity poruch příjmu potravy

Psychiatrická komorbidita je výskyt dvou nebo více duševních chorob u stejného jedince (WHO, 2004).

Komorbidity představují u PPP častý problém. Mezi ty nejfrekventovanější patří poruchy nálady a úzkostné poruchy (Uhlíková, 2010). V provedené systematické studii na univerzitní populaci se potvrdilo vysoké riziko komorbidit úzkostí a depresí u PPP (Yolanda Gonzalez-Alonso, Camino Escolar-Llamazares, Martinez Martin, Medina Gomez, & Mercado Val, 2020). Z úzkostných poruch obecně bylo zjištěno, že nejčastěji se zároveň s PPP vyskytují obsedantně-kompulzivní porucha a sociální fobie (Swinbourne & Touyz, 2007).

Ve studii výskytu psychopatologických symptomů u pacientů s psychogenními poruchami příjmu potravy našli Krch a Faltus (1988) závislost na alkoholu u 13 % svých pacientů. Poukazují na to, že poruchy příjmu potravy a závislost na psychoaktivních látkách mohou být běžnými predispozicemi k impulzivitě nebo že regulace konzumace alkoholu se řídí stejnými mechanismy jako stravování (Krch, 2005).

Vedle toho jsou v souvislosti s PPP také uváděny osobnostní poruchy, nejčastěji potom hraniční porucha osobnosti (Kocourková & Koutek, 2014).

Komorbidní poruchy hlásí více než 70 % jedinců s PPP: časté jsou úzkostné poruchy (> 50 %), poruchy nálady (> 40 %), sebepoškozování (> 20 %) a užívání látek (> 10 %). Přítomnost komorbidit a průběh nemoci vede ke zvýšenému riziku suicidálního chování (Kocourková & Koutek, 2014; Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016).

Většina těchto komorbidit jako je deprese, alkoholismus, zneužívání drog či přímo poruchy příjmu potravy se objevuje již v rodinné anamnéze, což může působit jako rizikový faktor (Hall & Cohn, 2003).

1.2. Rizikové faktory poruch příjmu potravy

„Proč právě já? Proč právě moje dcera? Proč tato pacientka?“ Podle dosavadních znalostí se zdá, že příčina PPP není jednoznačná a že se jedná o souhru několika „rizikových faktorů“ (Pavlová, 2010).

Ve vědecké literatuře existuje celá řada termínů používaných pro stejný potenciální rizikový faktor. Tyto pojmy jako faktor zranitelnosti, faktor predispozice, kauzální faktor nebo etiologický faktor a některé další bývají použity zaměnitelně s pojmem rizikový faktor (Jacobi, Hayward, Zwaan, & Agras, 2004). Především bychom ale měli brát v potaz právě tři typy rizikových faktorů: predispoziční faktory, precipitační faktory a udržovací faktory. Tyto typy faktorů se vyskytují v různých časových bodech a mohou působit různými mechanismy – predispoziční faktory mohou být přítomny při narození, precipitační faktory při nástupu nemoci a udržovací faktory působí v průběhu nemoci (Rudorfer, Prien, Alberts, & další, 1997).

Podle Jacobi a dalších (2004) bylo hlášeno více než 30 proměnných jako možných rizikových faktorů odpovědných za vývoj poruchy příjmu potravy. V rámci těchto faktorů bylo riziko hodnoceno z různých perspektiv: zjištěné rizikové faktory zahrnují sociální faktory, rodinné, psychologické, vývojové a biologické faktory. U mnoha z těchto faktorů (například deprese, nízká sebeúcta, změněné hladiny serotoninu) není jisté, zda již existovaly před nástupem poruchy příjmu potravy. Z toho důvodu není možné určit, zda jsou predispozičními, precipitačními anebo udržovacími faktory.

Pike a kol. (2006) uvádějí jako spouštěče MA u adolescentů konflikty a rodinné separace, změny školy nebo změny obecně a zvýšený akademický tlak. Pozdější MA obvykle předchází větší počet stresových událostí, z nichž nejdůležitější jsou rodinné konflikty, ztráty a zdravotní choroby. Počátek MB byl spojen se ztrátami a odloučením významných osob, interpersonálními problémy s rodinou a přáteli, zdravím a ohrožením fyzické pohody.

U PPP se tedy jedná s největší pravděpodobností o multifaktoriální etiologii. Riziko PPP v dospívání zvyšují například rodičovské psychiatrické poruchy, perinatální stres matky, různé další rodinné faktory, dětská nadváha a nespokojenost s tělem v dospívání. Konkrétně se objevuje vliv nepříznivých životních událostí (př. sexuální zneužití), osobnostních rysů (např. sklony k perfekcionismu, nízké sebevědomí a sebehodnocení), vývojových a biologických faktorů, ale také právě sociokulturních a rodinných faktorů (Papežová, 2010;

Benešová & Mičová, 2003). Hall a Cohn (2003) ve své knize dokonce uvádějí, že 91 % dívek s bulimií podle dotazníků pocítuje rodinu jako přímý či nepřímý faktor na vznik poruchy.

Genetické faktory

Studie prokázaly, že mezi pacienty s mentální anorexií má významně větší počet příbuzných mentální bulimii než bylo pozorováno v rodinách kontrolních probandů; zároveň se také vyskytuje více příbuzných s mentální anorexií mezi probandy léčených pro mentální bulimii než mezi rodinnými příslušníky kontrolních probandů (Strober, Freeman, Lampert, Diamond, & Kaye, 2000).

V rámci zjišťování genetického podílu na vzniku poruch příjmu potravy se dříve využívaly formální genetické studie, mezi které patří studie na dvojčatech, rodinné studie či studie adoptovaných sourozenců. Holland a jeho kolegové (1984) prokázali míru shody pro anorexií 0,71 u monozygotních dvojčat a 0,1 u dizygotických dvojčat. Další studie na dvojčatech prokázaly dědičnost na 50–60 %; například rozsáhlá studie dvojčat provedená Bulikovou a jejími kolegy (2000) vedla k odhadu dědičnosti pro MA na 56 %, přičemž zbývající rozptyl lze připsat jak sdíleným, tak jedinečným faktorům prostředí. Tato zkoumání tedy naznačují, že by mohly existovat jisté genetické faktory, které předchází vzniku poruchy příjmu potravy. Vedle těchto studií se dnes čím dál více provádí také šetření založené na molekulární genetice. Existují například značné důkazy o změnách v neurotransmiteru a neuroendokrinní funkci u žen s PPP. Bulik a její kolegové publikovali v roce 2019 studii, která analyzovala genomy asi 3 500 lidí s anorexií. V této studii identifikovali první chromozomové místo či lokus, který má být ve vzájemném vztahu s poruchou, což naznačuje možnou metabolickou vazbu. Dnes můžeme již přímo odhadnout dědičnost pomocí dat o celém genomu a díky tomu usuzujeme, že se mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání vyskytují napříč rodinami a jsou dědičné. I přesto existuje stále ještě velice málo rozborů, které by přesně určily míru dědičnosti a zabývaly se všemi typy poruch příjmu potravy, například i mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním, které bylo teprve nedávno zařazeno jako oficiální diagnostická kategorie (Bulik, Blake, & Austin, 2019).

Rodinné faktory

Výskyt poruchy příjmu potravy u jiného člena rodiny je jedním z významných rizikových faktorů, především pokud se jedná o nejbližší příbuzné ženského pohlaví. Role rodičů jako vzoru umožňuje jejich dětem napodobovat podobné vzorce chování. Tedy, pokud mají rodiče tendence k PPP, je možné, že tyto tendence budou mít i jejich děti (Moreno-Ruge & Londoño-Pérez, 2017).

V případě MA je jedním z častých „spouštěčů“ například kritický komentář v rodině týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu, váhy, ale také obezita v rodině (Krch, 2010). Na období MA či jakéhokoli dietního období nebo období hladovění často navazuje mentální bulimie.

V rodině bulimických pacientů můžeme pozorovat nesprávné jídelní návyky a chaos ve stravování. Také se více objevují depresivní příznaky a závislosti (Papežová, 2003).

Jedním ze zajímavých vlivů rodiny na vznik MB popisuje studie Liebermana z roku 1989, která pojednává o rodině, ve které byly čtyři děti (dva chlapci a dvě děvčata) současně bulimické. Tvrdí, že symbolickou komunikací za dětskou bulimií byla potřeba „zvracet“ důvěrnosti, které způsobily matčiny pokusy o zapojení dětí do boje proti jejímu manželovi. Lieberman říká: „*Vysvětlení vývoje bulimie u těchto čtyř dětí je hraniční funkcí tajemství v rodině. Každé dítě v rodině je zasvěceno tajné komunikaci jednoho nebo obou rodičů. Každé dítě bylo zařazeno do koalice každého z rodičů, kteří jsou v konfliktu. Sourozenecká komunikace je omezená.*“ (Lieberman, 1989, str. 104).

Tajemství v rodině jsou v oblasti PPP pozoruhodným tématem. Poměrně dobře o něm pojednává článek Dalzella (2000), kde mluví třeba o tom, že tajemství může snížit schopnost rodiny řešit problémy nebo čelit běžným vývojovým problémům. Členové rodiny musí být neustále v pozoru, aby tajemství neprozradili nebo se vyhnuli tématům s tajemstvím souvisejícím, navíc tajemství vyžadují potřebu skrývat pocity a připravovat tak členy rodiny o důležité vztahové zdroje. To vyvolává v rodině úzkost a může to vést k celkovému narušení komunikačního stylu rodiny i v oblastech oddělených od původního tajemství. Dalzell (2000) tvrdí, že MA a MB jsou nepřímou komunikací toho, co je v rodině nevyjádřeno nebo utajováno.

Obecně se o rizikových faktorech mluví jako o zvláštnostech či okolnostech, které predisponují pacienta k nerovnováze, a tím zvyšují riziko psychopatologie (například vyhýbání se konfliktům, které zvyšují nedostatečnou informovanost o problému) (Marmo, 2014).

Rizikových faktorů může být v souvislosti s PPP celá řada, výčet těchto faktorů však není smyslem této práce.

1.3. Protektivní faktory poruch příjmu potravy

Pro úplnost je třeba zmínit, že vedle rizikových faktorů existují také protektivní faktory. Tyto faktory jsou tím, co člověku pomáhá, aby se u něho nemoc nerozvinula. Jelikož jsou vlastně opakem k rizikovým, můžeme zmínit například dobré vztahy v rodině podporující okolí, otevřenou komunikaci, zdravé sebevědomí a sebeúctu, spokojenost s vlastním tělem, pravidelný a přiměřený pohyb, dobře vyvinuté copingové schopnosti, zároveň také pravidelné stravování a společné stolování (Aparici, 2015; Marmo, 2014).

Jedním z protektivních faktorů může být také přijetí demokratického stylu výchovy, který podporuje rozvoj zdravějších stravovacích návyků, zavádí důslednou disciplínu, pravidla a dává dítěti autonomii během jídla ve fázi růstu (De-la-Osa, Barraza, & Ezpeleta, 2015).

Stolování

Jídlo je vedle biologické potřeby také úzce spjato s potřebami psychosociálními. Naše stravovací návyky se utváří již od narození. Například v tom, jak dítě saje mléko se vedle fyzického uspokojení skrývá také naplnění potřeby bezpečí a blízkosti (Krch & Švédová, 2013).

Socializace zejména v oblasti jídla je klíčem k přenosu a získávání zkušeností. To, jak se učíme jíst a internalizovat stravovací návyky, výrazně ovlivňuje úroveň psychosociálního rozvoje. Navíc se díky těmto významným pozorovaným zkušenostem sdíleným mezi rodiči a dětmi o jídle učíme identifikovat sami sebe a jak se k sobě a ostatním vztahujeme (sebeúcta, sebehodnocení atd.) (Aparici, 2015). Například společné stravování podporuje komunikaci s ostatními rodinnými příslušníky či s hosty, a tak posiluje emocionální vazby.

Rodinné zdroje, sociální podpora, kvalita interakcí mezi rodiči a dětmi a jejich vzájemné vztahy obecně, jakož i klima a emoční stabilita rodiny jsou považovány za určující faktory subjektivního blaha (Marmo, 2014).

2. Poruchy příjmu potravy v rodinném kontextu

Nejprve uvedu definici pojmu rodina za účelem lepší orientace v následující kapitole. Podle psychologického slovníku je rodina „*sociální skupinou spojenou sňatkem nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí*“. Rodina je zde rozdělena na *nukleární*, která zahrnuje pouze otce, matku a děti, a *rodinu širší*. Do širší rodiny patří i další příbuzní (prarodiče, strýcové, tety, bratřenci, sestřenice atd.) (Hartl & Hartlová, 2009). V rámci této práce je popisována rodina nukleární.

Nejen že může mít rodinné prostředí vliv na vznik PPP, ale je také zásadně ovlivněna funkčnost takové rodiny, především proto, že se porucha převážně vyskytuje u jedinců v pozdním dětství, adolescenci a brzké dospělosti, tedy velká většina je mladší osmnácti let, což implikuje, že jsou na své rodině úzce závislí.

Ženy s poruchou příjmu potravy mají problémy s nalezením své identity. Často zakládají své sebehodnocení na reakcích ostatních nebo se definují podle svého vzhledu. Tyto faktory jsou spojeny s modely stanovenými v rodinných interakcích. Pokud jde o vztah členů rodiny a poruch příjmu potravy, existuje řada konstant: nedostatek otevřené a upřímné komunikace v rodině, potřeba chránit určité členy rodiny (často narušením reality) a výsledná nedostatečná důvěra ve vztazích (Dalzell, 2000). Vztahové vazby jsou tedy narušeny, a navíc je také narušen proces osamostatňování se nemocného jedince (Monteleone, Treasure, Santonastaso, Favaro, & Brambilla, 2005). Tím, že se tyto symptomy neřeší a nadále se udržují, se stabilita rodiny narušuje stále hlouběji. Mimo to může být ovlivněn vývoj dalších sourozenců, kterým nemusí být věnována dostatečná pozornost, a pokud jim nejsou poskytovány potřebné informace, mohou dávat rodinný konflikt za vinu právě nemocnému sourozenci. Proto, aby se rodinné vztahy napravily, je potřeba, aby se nejdříve odstranila porucha příjmu potravy, čímž se přispěje k vyřešení základního rodinného konfliktu (Woodside, a další, 1995). Změny symptomů poruch příjmu potravy tedy předchází změnám ve vnímaném rodinném klimatu (Nilsson, Engström, & Hägglöf, 2012).

V případě mentální bulimie dochází k nástupu kolem osmnácti let věku, tato porucha je mnohem více skrytá a jedinci často explicitně nevyžadují pomoc od druhých, i tak má, díky svým příznakům, velký vliv na okolí vedle rodiny například na kamarády, či partnera nemocného jedince (Monteleone, Treasure, Santonastaso, Favaro, & Brambilla, 2005). Pacienti s MB často vnímají vysokou úroveň konfliktů v rodině (Kent & Clopton, 1992). Jiné výsledky studií potvrzují, že pacienti mají tendenci vnímat významnou míru úzkosti v rodině.

Výsledky vnímání rodičů jsou ale méně konzistentní, přičemž některé průzkumy uvádějí vysokou úroveň rodinné dysfunkce z pohledu rodičů, kdy obvykle matky pacientů pocítují větší tíseň (Garfinkel, a další, 1983; Humphrey, 1988).

2.1. Dopad poruchy příjmu potravy na fungování rodiny

2.1.1. Definice fungování rodiny

Proto, abych mohla mluvit o dopadu na fungování rodiny, nejdříve popíšu, jak literatura definuje fungování rodiny jako takové. Tím, jak rodina funguje, se zabývá především psychologie rodiny, jejíž aplikační oblasti jsou například rodinná terapie či rodinné poradenství (Sobotková, 2003). Sauber s kolegy (1993) popisují fungování rodiny jako schopnost rodiny fungovat ve čtyřech rozhodujících oblastech:

- osobní fungování (spokojenost jednotlivých členů s jejich pozicí a funkcí v rodině);
- manželské/partnerské fungování (vzájemný soulad, porozumění, spokojenost v sexuální oblasti);
- rodičovské fungování (odpovědná výchova dětí, pocit obohacení z rodičovské role);
- socioekonomické fungování (existence sociální podpůrné sítě, ekonomická úroveň rodiny a její začlenění do společnosti).

K pojmu fungování rodiny se úzce váží pojmy jako je funkčnost a zdraví rodiny, ale také rodinné klima. V literatuře je rodina popisována jako primární jednotka pro zdraví a jako nejdůležitější společenský komplex, ve kterém se zdraví i nemoc vyskytují a kde je nemoc také následně vyřešena (Craft-Rosenberg & Pehler, 2011). Schopnost rodiny plnit svou primární funkci spočívá, alespoň částečně, ve zdraví jednotlivých členů rodiny (Doherty & Campbell, 1988). To znamená, že stav fyzického a duševního zdraví členů rodiny určuje, zda a jak jsou rodinné funkce naplňovány. Mezi tyto funkce patří například schopnost pracovat, konzistentní sledování chování dětí a poskytování bezpečného prostředí pro rodinné příslušníky. Rodina je považována za jednu z nejpřístupnějších lidských sociálních organizací pro preventivní a terapeutické intervence (Craft-Rosenberg & Pehler, 2011).

Fungování rodiny je nejvíce studovaným faktorem ve vztahu k poruchám příjmu potravy. Studie ukazují, že rodiny s poruchami příjmu potravy obecně vykazují větší zhoršení než kontrolní rodiny, které se vyznačují menší soudržností, přizpůsobivostí, expresivitou, nezávislostí, afektivní reakcí, kontrolou chování a nedostatkem činností, které by podporovaly rozvoj jejich členů. Navíc je v takovéto rodině větší výskyt konfliktů (Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Segué, & Halley-Castillo, 2013).

Pokud jde o metodologické aspekty, většina vyšetřování je průřezová a nepoužívanějšími nástroji pro hodnocení fungování jsou:

- 1) FES (v češtině škála rodinného prostředí),
- 2) FAD (Family Assessment Device) a
- 3) FACES (škála přizpůsobitelnosti rodin a hodnocení soudržnosti) (Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Segué, & Halley-Castillo, 2013).

2.2. Dopad poruchy příjmu potravy na vztah s rodiči

Z předešlých kapitol vyplývá, že v případě, kdy jeden z členů rodiny má jisté onemocnění, v rámci této práce mluvíme konkrétně o PPP, se jedná z hlediska fungování rodiny o velký zásah. Minuchin a kol. (1978) popsali, že anorektická rodina má charakteristický styl interakce, vedle rigidity se objevují také nejasné hranice mezi rolemi jednotlivců, špatné řešení konfliktů a přílišná ochrana. Jak uvedl Krch (2005): „*V současné době nejsou žádné přesvědčivé důkazy o existenci nějakého specifického rodinného modelu v rodinách pacientů s PPP. Většina současných studií naznačuje, že závažnost narušení rodiny a jejích funkcí má souvislost spíše se závažností osobnostních poruch pacientů s PPP než se závažností jejich anorektických nebo bulimických symptomů. Nedostatky ve fungování rodiny považují za rozhodující z hlediska vzniku a rozvoje poruch osobnosti.*“ (Krch, 2005, str. 68).

Rodiče jedinců s anorexií a bulimií jsou popsáni jako jednotlivci orientovaní na úspěch, kteří zdůrazňují tradiční ženské role. Děti dostávají mnoho výhod, ale očekává se, že zůstanou v poslušné a podřízené roli (Dalzell, 2000).

Existují jisté rozdíly mezi rodinami s MA a MB. Jedinci s MA se domnívají, že jejich rodiny jsou rigidní (Cook-Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005), vznikají potíže při komunikaci a řešení problémů. Pokud jde o soudržnost, někteří autoři zjistili, že tyto rodiny jsou příliš ochranné (Tachi, 1999; Vázquez, 2001). Jiní autoři uvádějí nižší skóre soudržnosti ve srovnání s kontrolní skupinou (Cook-Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005), což naznačuje, že neexistuje žádná obecná shoda ohledně přítomnosti nadměrné ochrany v těchto rodinách (Ruíz-Martínez, Vázquez-Arévalo, Mancilla-Díaz, Segué, & Halley-Castillo, 2013).

Výzkum v oblasti vlivu PPP na rodinu byl zaměřen na míru úzkosti a úroveň dysfunkce v rodině, což může být komplexní směs příčiny a následku. Jen několik studií

zkoumalo zátěž na straně pečovatele a zvažovalo také modely péče v rodině (Monteleone, Treasure, Santonastaso, Favaro, & Brambilla, 2005).

Zátěž pečovatелů

Tento termín odkazuje na rozsah, v jakém pečovatel vnímá dopad nemoci na běžné rutiny nebo každodenní fungování v jeho životě (Platt, 1985; Szmukler, a další, 1996). Osoby pečující o pacienty s MA vnímají mnoho negativních atributů, spolu s obecnými obtížemi v pečovatelské roli u nich byla zjištěna vysoká míra neuspokojených potřeb, na kterou se váže psychická úzkost (Haigh & Treasure, 2003). Mimo to pečovatelé také pociťují velké množství problémů ve své pečovatelské roli (Treasure, a další, 2001). Whitney a její kolegyně (2005) provedli kvalitativní studii, v níž byly analyzovány dopisy od 40 pečovatелů. Ve všech dopisech, kromě jednoho, byly vyjádřeny negativní emoce jako je smutek, úzkost, strach, hněv a hostilita, stejně jako sebeobviňující emoce, tedy vina, selhání a nedostatečnost. Zejména matky v této studii uváděly zvýšenou emoční reakci, která zahrnovala spánkovou deprivaci a pocity bezmocnosti. V jiné studii vědci zjistili, že 36 % ze 115 pečovatелů má skóre, které odráží špatné duševní zdraví. To může být způsobeno například tím, že pečovatelé pojmají nemoc jako součást osobnosti pacienta, a věří, že nad nemocí mají oni sami jen malou kontrolu, ale že pacient určitou kontrolou disponuje. Zároveň toto zjištění naznačuje závažnost vlivu péče o někoho s poruchou příjmu potravy na psychologickou pohodu pečovatele (Kyriacou, Treasure, & Schmidt, 2008; Sartorius, Leff, Maj, & Okasha, 2005).

Pokud jde o vzorce emocionální odezvy pečovatелů, byla pozorována převaha odpovědí vyhýbavého typu, takže se rodinní příslušníci nezúčastnili diskusí, ignorovali nebo minimalizovali problém, vyhýbali se mluvení a nekonfrontovali pacienta. Podle Treasure a jejích kolegů (2018) tento typ emoční reakce může jít až do extrému, kdy se problém vůbec nebude konzultovat ani se nevyhledá pomoc.

Různé rysy **mentální anorexie** mohou v rodině zapříčinit frustraci a strach. Za prvé každé jídlo se stává problémem, čímž je ovlivněn jak nákup, tak také příprava jídla. To vede k hlubokému narušení všech společenských aktivit a rodina se tak velice izoluje. Pečovatelé jsou navíc konfrontováni s velkou mírou stigmatizace, jelikož není možné zamaskovat zjevné příznaky nemoci. Další problémy přicházejí s přidruženým chováním, například nadměrná aktivita, nutkavé/kompulzivní chování, potřeba přísného harmonogramu a vysoká potřeba čistoty a pořádku. Úzkost rodičů o fyzické zdraví pacienta je často závažná a má hluboký

dopad na jejich život, narušuje spánek a způsobuje podráždění až deprese. Osoba s poruchou příjmu potravy je často také naštvaná, nepřátelská a depresivní. Je běžné, že jsou rodiče šokováni změnami v temperamentu jejich dcery. Kromě toho se rodiče cítí nedostateční a obviňují se. Jednotlivci s MA silně hájí své chování, nechtějí nic měnit a brání se pomoci (Blake, Turnbull, & Treasure, 1997; Sartorius, Leff, Maj, & Okasha, 2005).

Jisté rysy **mentální bulimie** bezpochyby také vzbuzují v rodině úzkost. Za prvé rodina čelí mnoha praktickým obtížím. Během fáze přejídání nemocný zkonsumuje velké množství potravin, což představuje příslušné finanční zatížení. Kompenzační chování způsobuje problémy s použitím a funkcí koupelny. Pacientovo zaujetí váhou a fyzickým vzhledem vede k zdlouhavé péči o sebe a k neustálému vyhledávání ujištění. K tomu se přidávají další problémy, jako jsou krádeže, sebepoškozování, užívání alkoholu/drog a další formy impulzivity, které zvyšují rodinné problémy (Monteleone, Treasure, Santonastaso, Favaro, & Brambilla, 2005). Emoční klima je navíc ovlivněno úzkostí a depresí. Pečovatelé sami, i podle předchozí podkapitoly, zažívají celou řadu negativních emocí, např. úzkost související s fyzickými riziky spojenými s nemocí. U bulimie se navíc objevují pocity znechucení a odporu vůči kompenzačním vzorcům chování a sebepoškozující a sebeobviňující pocity. Jednotlivci s MB jsou často ambivalentní ohledně svého přání změnit se a získat pomoc (Treasure, a další, 1999; Sartorius, Leff, Maj, & Okasha, 2005).

Z oblasti vývoje člověka byl také proveden výzkum vztahů matka-dcera a otec-dcera souvisejících s PPP. Zejména se vztahoval ke vztahu matka-dcera, v tomto ohledu García a De Simone (2003) hodnotili matky dcer s PPP a zjistili, že vykazují horší vztahy se svými dcerami a že také měly špatný vztah se svými vlastními matkami, což je odlišuje od kontrolní skupiny. Zde byl hodnocen převládající typ vazby u lidí trpících PPP, například Ward a kolektiv (2001) ukázali, že z 20 pacientů s MA a z dvanácti jejich matek, které byly dotazovány, většina prokázala nejistou emoční vazbu, a navíc podle nich samotné matky vykazovaly tento typ vazby se svou vlastní matkou. Toto znovu potvrzují Latzer, Hochdor, Bachar a Canetti (2002), kteří hodnotili pomocí sebe-posuzovacího dotazníku pacienty s MA a MB a kontrolní skupinou a zjistili, že se zde vyskytuje více vyhýbajících se a úzkostných vazeb než u osob bez PPP.

Pokud jde o vztah otec-dcera, pravděpodobným vlivem na PPP je zde perfekcionismus a vysoká očekávání (Fitzgerald & Lane, 2000). Při hodnocení osob s poruchami příjmu potravy a jejich rodičů prostřednictvím sebe-posuzující metody (FACES III) byly zjištěny

významné rozdíly mezi rodinnou nespokojeností, kterou pociťují dcery s mentální anorexií, a rodinnou spokojeností svých rodičů, pravděpodobně proto, že chlapci méně vnímají potřeby emoční blízkosti, což může způsobit, že jsou méně schopni rozpoznat potřeby podpory a pomoci (Cook-Darzens, Doyen, Falissard, & Mouren, 2005). Ratti, Humphrey & Lyons (1996) zase poukazují na to, že dcery s MB vnímají svého otce jako vzdáleného a nepříjemného. Tato studie se shoduje s Jonesem, Leungem a Harrisem (2006), kteří při hodnocení 67 žen s PPP a 50 kontrolních žen, na základě tří sebe-posuzovacích dotazníků, zjistili, že odmítnutí rodičů spolu s přesvědčením o opuštění a ublížení jsou spojeny s příznaky PPP. Studie v tomto ohledu jsou teprve na počátku a je nutné podrobněji prozkoumat roli otce.

Matky s poruchou příjmu potravy

Pokud již ženy s PPP děti mají, tato porucha může ovlivnit jejich výchovu. Matka je jako první zdroj potravy dítěte spojována i se vznikem a rozvojem jídelní poruchy. Je poukazováno na velikou závislost matky na dítěti. Neuspokojení matky vede k patologickému požadavku na dokonalé dítě (Krch, 2005). Tyto matky mají tendenci k větší zaujatosti fyzickým vzhledem, hmotností a objevuje se strach z tloušťky, který může způsobit podvýživu u jejich dětí. Navíc jsou tyto matky častěji kritičtější ke vzhledu a stravovacím návykům svých dospívajících dětí. Přílišný zájem o jídlo, stravu a fyzický vzhled může narušit jejich citlivost vůči vlastním dětem a také jejich schopnost adekvátně reagovat na potřeby svých dětí.

Studie zkoumající postoje matek s PPP k výchově jejich dětí ukázaly, že tyto ženy jsou příliš znepokojeny hmotností svých dětí a krmením a vykazují obecné známky narušení rodičovství. Stein, Woolley, Cooper, & Fairburn (1994) vytvořili studii, kdy byly matky s PPP a matky bez PPP s jejich ročními dětmi pozorovány doma během jídla i při hře. Ve srovnání s kontrolní skupinou byly matky s PPP více rušivým elementem u svých dětí během jídla i při hraní. Během jídla vyjadřovaly více negativních emocí než během hry. Děti žen s onemocněním PPP vážily méně než děti žen z kontrolní skupiny a jejich váha byla nepřímo úměrná množství konfliktů během jídla. Zdá se, že tyto změny jsou specifické pro matky s PPP: ve studii kojenců žen s PPP ve srovnání s kojenci matek s postnatální depresí a zdravou kontrolní skupinou bylo zjištěno, že děti žen s PPP vážily méně než ostatní dvě skupiny (Stein, Murray, Cooper, & Fairburn, 1996). Nejsilnějším prediktorem hmotnosti kojenců byl rozsah konfliktu mezi jídlem a mezi ochotou matky kontrolovat krmení kojenců a potřebou

samostatnosti dítěte během jídla. V navazující studii, kterou zpracovali opět Stein, Woolley & McPerson (1999), bylo zřejmé, že konflikt nevznikl proto, že by matky zamýšlely potrestat své dítě, ale proto, že psychopatologie matky narušila aspekty rodičovských funkcí jako je přiměřená citlivost k dětským náznakům před jídlem a odpovídající řízení jejich vlastních zájmů kolem kojení dítěte a odmítnutí jídla.

Krch a kol. (2005) tvrdí, že se ohrožující jídelní postoje vyskytují mezi matkami anorektiček častěji, což vede k myšlence nebezpečí rodičovského vzoru (nápodoba) či ke genetickým predispozicím. Používá pro ně termín „*anoretická matka*“.

2.3. Dopad poruchy příjmu potravy na vztah se sourozencem

Výzkum sourozeneckých vztahů v rodinách s dítětem s PPP je omezený. Mít sourozence, který trpí PPP, má hluboký dopad na zdraví sourozenců objektivně zdravých, přesto jsou sourozenci ve zdravotnictví vyloučenou skupinou a není dostatek znalostí o zdravých sourozencích, například potřeby a přání sourozenců být informováni a případně získat podporu.

V této souvislosti byla provedena pilotní studie s malým vzorkem sestávajícím ze tří chlapců a dvou dívek ve věku 15–20 let, z nichž všichni měli sestru podstupující léčbu PPP. S těmito zdravými sourozenci byl následně veden rozhovor. Byl vypracován průvodce pohovory, který zachytil mezery ve znalostech v předchozím výzkumu v této oblasti. Autoři se snažili zachytit tato témata:

„Jak ovlivnila porucha příjmu potravy vztahy v rodině a rodinu obecně.“

„Úvahy o potřebě nebo přání zdravých sourozenců získat informace, podporu nebo být zapojení do léčby.“

„Důsledky pro zdravé sourozence.“

Dívky v této studii sdělily, že jejich každodenní život byl silně ovlivněn nemocí jejich sester, zatímco chlapci popsali, že jejich činnosti a každodenní život s přáteli nebyly do značné míry ovlivněny (Callio & Gustafsson, 2016).

Například Areemit, Katzman, Pinhas a Kaufman (2010) zkoumali dopad PPP na kvalitu života sourozenců, kdy osmdesát procent dotazovaných sourozenců uvedlo, že jejich kvalita života byla negativně ovlivněna nástupem PPP u jejich sourozenců.

Sourozenci občas reportují, že je rodiče chtějí chránit, a proto je vynechávají z léčby a obecného dění kolem nemoci jejich sourozence. Obecně ale dávají přednost a chtějí být součástí diskusí. Je možné, že jejich vlastní problémy a starosti budou zanedbány. Také mohou být naštvaní a zlobit se na dopady, které má PPP na rodinu: například matka často pláče nebo otec opětovně křičí a je neustále naštvaný. To může vést k tomu, že sourozenci dříve a častěji odchází bydlet sami (Sartorius, Leff, Maj, & Okasha, 2005). Zároveň se ale, na základě informací získaných od sourozenců, ukazuje pozitivní vliv na povědomí o důležitosti vstřebávání dostatečné energie a vede to v budoucnu k lepším stravovacím návykům v rodině (Callio & Gustafsson, 2016).

Slovenská studie z roku 2008 se zabývala pořadím narození, sourozeneckými konstelacemi, kreativitou a osobnostními dimenzemi adolescentů. Výsledky potvrdily vyšší výkon druhorozených adolescentů v testu kreativního myšlení. Dospívající, kteří vyrostli se sourozencem stejného pohlaví, byli svědomitější a extrovertnější. Kreativita ženy byla vyšší, když vyrostla s bratrem a sestrou. Muži, kteří vyrůstali s bratrem a sestrou, byli laskavější než ženy ve stejné sourozenecké konstelaci (Szobiová, 2008). Další zjištění hovoří o tom, že podpůrné a nepodpůrné emoční socializační strategie otců, ale nikoli matek, se staršími sourozenci představují značné rozdíly v rivalitě, agresi a vyhýbání se starším sourozencům. Navíc soupeření/agresivita a vyhýbání se starším sourozencům byly pozitivně spojeny s nepodporujícími otcovskými reakcemi na negativní emoce starších i mladších sourozenců (Yaremych & Volling, 2020). U nás poukazuje na to, že pacientky často zmiňují rivalitní vztah k sestře také Krch (2005) a Hadaš (2007) ve své disertační práci. Sourozenci soutěží o čas, energii a finanční zdroje rodičů. Na základě toho se pak mohou projevit různé charakteristické osobnostní rysy, které mohou mít následně vliv třeba právě na rozvoj PPP. Hadaš (2007) uvádí také to, že k tomuto tématu nelze vyvodit žádné jasné závěry, protože mezi sourozenci mohou existovat velmi složité psychosociální podmínky, které mají na výskyt PPP různé vlivy.

Podle Krcha (2010) je „výskyt anorexie mezi sourozenci uváděn v rozmezí 3-10 %.“ (Krch, 2010, str. 63).

2.4. Dopad poruchy příjmu potravy na vztah s partnerem

Ačkoli se obvykle MA a MB vyskytují u dospívajících dívek, často postihují také dospělé ženy. Tyto dospělé pacientky již mohou žít s partnerem nebo v manželském vztahu, kdy jejich porucha může mít dopad na daný vztah, nebo naopak mohou mít manželské vztahy dopad na průběh poruchy (Sartorius, Leff, Maj, & Okasha, 2005). Moment, kdy se partnerství utváří, je velmi důležitý pro další rozvoj vztahu a úlohy páru při léčbě PPP. Pokud se vztah vytvoří bez vědomí partnera, že se jeho partnerka potýká s PPP, případně si není vědom rizik a zátěže, kterou toto onemocnění přináší, je to úplně jiná situace, než když pár vstoupí do vztahu s plným uvědoměním a informacemi o tom, co PPP představuje. To, jak každý z páru vnímá samotnou nemoc (zda si je partner vědom své nemoci, je-li aktivní v léčbě atd.), vždy ovlivňuje rozložení sil ve vztahu, míru kontroly, stupeň závislosti jednoho na druhém a přebírání odpovědnosti partnerem. Jen zřídka se povede oddělit vztah od nemoci, a proto nemoc přirozeně ovlivňuje a mění vztah, i když to partneri nedělají záměrně a nemusí si to uvědomovat (Černá, 2008).

Podle jedné observační studie manželé a jejich partneri často reportují značnou nespokojenost s jejich vztahem a manželské problémy považují za důsledek PPP. Ve studii je řečeno, že páry, z nichž jeden trpí PPP, nejsou dostatečně otevřené. Tyto vztahy se vyznačují nízkou intimitou a špatnou schopností komunikovat (Van-den-Broucke, Vandereycken, & Vertommen, 1995). Zmíněné problémy mohou narušit konstruktivní vývoj manželství a mohou představovat překážku pro zotavení se z PPP. Věk partnerů a délka jejich vztahu tvoří další proměnné, které ovlivňují to, jak se partner s nemocí vypořádává. Skutečnost, že se partner potýká s PPP, je stresující pro oba a jednou z možností, jak tuto skutečnost překonat, je opuštění partnera. Důvodem nemusí být PPP jako taková, ale její důsledky, které partnera omezují. Vztah je nestabilní a nejsou naplňovány vztahové potřeby partnera, například neschopnost jít do společnosti na jídlo, naprostá izolace partnera od společenských kontaktů, časté změny nálady a související konflikty, mezi které patří závislost na partnerovi, averze k sexu, dlouhodobé břemeno spojené s nekonečnými rozhovory o postavě, jídle, pocitech nebo naopak neochota mluvit a řešit problémy, neochota partnera se uzdravit, zdravotní problémy partnera, strach z toho, že nedokážou otěhotnět a porodit dítě a další (Černá, 2008).

3. Práce s rodinou, kde se vyskytuje jedinec s poruchou příjmu potravy

Při léčbě poruch příjmu potravy je rozhodující volba odpovídající léčby. Při výběru správné léčby je třeba pohlížet na fázi onemocnění a výsledky případné předchozí léčby (Papežová, 2010).

Terapeutické cíle u MA lze shrnout takto (Papežová, 2010, str. 289):

Navození normální váhy k obnovení reprodukčních funkcí – menstruace a normální ovulace u žen, normálního sexuálního citění a hormonálních hladin u mužů
Navození normálního tělesného růstu a sexuálního vývoje u dětí a adolescentů
Zastavení demineralizace kostí
Odstranění dalších biologických i psychologických následků malnutrice
Psychoedukace o zásadách zdravé výživy a následcích hladovění a diet
Stanovení a dosažení „zdravé“ cílové váhy, týdenního nárůstu váhy (součástí písemné smlouvy pacientky s terapeutem)
Změna maladaptivního myšlení, postojů a pocitů týkajících se příjmu potravy
Léčba dalších psychopatologických projevů, poruch nálad, sebehodnocení a chování
Podpora rodiny nebo partnerů, poradenství nebo terapie v indikovaných případech
Prevence relapsu (realimentace bez změny postojů k jídelnímu režimu má většinou krátkodobý efekt)

Tabulka 2: Terapeutické cíle při léčbě MA

Terapeutické cíle u MB můžeme shrnout prostřednictvím těchto dílčích cílů (Papežová, 2010, stránky 289-290):

Redukovat přejídání a zvracení
Akceptovat stanovenou optimální váhu pro dosažení fyziologické a emoční stability
Nastolit pravidelnou a pestrou stravu, minimalizovat držení diet (nutriční poradenství)
Volit adekvátní tělesnou zátěž
Léčit komorbiditu, osobnostní problematiku, závislost na návykových látkách

Tabulka 3: Terapeutické cíle při léčbě MB

Navíc Papežová (2010) shrnuje práci s dalšími psychopatologickými symptomy a řešení souvisejících témat mezi kterými se objevuje osobní rozvoj a hledání vlastní identity, změna sebehodnocení zúženého pouze na vlastní váhu a tělesné tvary, problémy sexuality, kontrola vlastní agresivity a emocí, akceptace ženské či mužské role, rodinná situace a hledání způsobu zvládnání stresu a řešení problémů (nalézt adaptivnější mechanismy).

Z výsledků studie provedené Hamadi & Holliday (2020) vyplývá, že v literatuře dominuje jako léčba PPP právě rodinná terapie. Tam, kde jsou rodinné vztahy nějak narušené, se zdá lepší volbou individuální nebo oddělené zacházení s každým z členů rodiny. Práce s celou rodinou se ukázala být výhodnější, pokud se vyskytovaly dobré rodinné vztahy. V případě, že měl jedinec závažnější psychopatologické projevy mentální anorexie, včetně obsesí a nutkání souvisejících s poruchou příjmu potravy, byla reakce na rodinný přístup lepší než na individuální terapii. S tímto názorem souzní již Liebman, Minuchin, & Baker (1974), kteří mluví o tom, že k mentální anorexii lze nejlépe přistupovat s terapeutickým zaměřením, které se soustředí právě na kontext rodiny pacienta. Objevily se určité důkazy o tom, že rodinná léčba byla lepší pro ty, kteří používali „očistná“ chování u mentální bulimie. Jako možný mediátor se objevily míry rodinných vztahů, rodičovské soběstačnosti a včasné změny (Hamadi & Holliday, 2020). Rodinná terapie zaměřená na poruchy příjmu se tedy potvrzuje jako nejvhodnější léčba mentální anorexie u adolescentů založená na důkazech a existuje stále více studií potvrzujících její účinnost při léčbě mentální bulimie u adolescentů (Jewell, Blessitt, Stewart, Simic, & Eisler, 2016).

Nejkonzistentnější a nejčistší nálezy pocházejí z hodnocení léčby právě adolescentů. Jak ukázal Minuchin, je-li hlavní léčbou rodinná terapie, mají adolescenti trpící MA velmi dobré výsledky, často bez nutnosti hospitalizace. Na konci léčby dosáhne zdravé váhy asi polovina až dvě třetiny z nich, ačkoliv ještě trvá, než se plně zotaví (například stále nemají zpět menstruační cyklus). Do doby pozdějšího sledování se 60 až 90 % plně zotaví a ne více než 10 až 15 % bude stále vážně nemocných (Minuchin, Rosman, & Baker, 1978; Eisler I., 2005).

Často se jako kritéria uzdravení z PPP uvádí biologické markery jako již zmíněné dosažení zdravé váhy a menstruačního cyklu. Jak uvádí Papežová a kol. (2010), terapeutické cíle jsou také psychosociálního charakteru. Vedle dosažení biologického zdraví je třeba brát v potaz například také plné sociální zrehabilitování, kdy je pacient schopný se plně zapojit do života a zvládnout nutkavé myšlenky na jídlo. Mnohdy se v souvislosti s úzdravou objevuje

otázka, zda je po psychické stránce plná úzdrava vůbec možná. V tomto ohledu může být také dobrým ukazatelem právě fungování rodiny a kvalita rodinných vztahů.

Vnímaná potřeba přítomnosti obou rodičů jako součásti terapeutického procesu spočívá v tom, že hlavní část léčby probíhá doma během jídla, ať už rodiče poskytují „stravovací podporu“ nebo působí jako prevence kompenzačních chování (Hughes, Burton, Grange, & Sawyer, 2018).

V rámci jedné studie, která se zaměřovala na „*Efektivitu rodinné léčby poruch dětského stravování v prostředí terciární péče*“, kliničtí lékaři použili jako kritéria k určení vhodnosti léčby založené na rodině lékařskou a psychiatrickou stabilitu, žádné domácí násilí v anamnéze, trvání nemoci kratší než 3 roky, žádná psychiatrická diagnóza (rodič ani dítě), která by mohla ovlivnit léčbu, žádný významný konflikt v rodině, ochota zapojit se do léčby a dostupnost rodičů nebo pečovatелů dohlížet na jídlo a svačiny (Coelho, Beach, O'Brien, Marshall, & Lam, 2019). Tato kritéria mimo podmínky trvání nemoci kratší než 3 roky by se dala využít i v obecné rovině.

3.1. Vícerodinná terapie

Vícerodinná terapie mentální anorexie (VT-MA) vychází ze stejných principů jako rodinná terapie mentální anorexie, ale je poskytována v intenzivnějším formátu, aby pomohla rodinám překonat pocit izolace a stigmatizace a maximalizovat své vlastní zdroje. Obecně se VT-MA účastní 5–7 rodin, sdílejí své zkušenosti, je zapojeno učení příkladem, učení se od sebe navzájem a vzájemná podpora (Eisler, a další, 2016).

Základní principy a cíle přístupu vícerodinné terapie (Tomanová & Papežová, 2006):

- Umožnit rodinám otevřeně hovořit o svém problému s rodinami, které jsou v podobné situaci, učit se ze zkušeností ostatních rodin a recipročně se tak podílet na vzájemném vývoji a posunech léčby mentální anorexie.
- Nabídnout rodinám možnost vyjít ze sociální izolace, kam často porucha příjmu potravy přivádí nejen samotného pacienta, ale také jeho rodinu.
- Vytvořit prostředí solidarity, naděje a otevřené pomoci.
- Pomoci rodinám vytvořit nové, široce zaměřené perspektivy, odvrátit jejich pozornost od poruchy příjmu potravy a pomoci obnovit zdravé a pozitivně fungující interakční zázemí.

Vícerodinná terapie se skládá ze tří fází (Tomanová & Papežová, 2006):

1. Fáze orientovaná na symptomy
2. Fáze orientovaná na vztahy
3. Fáze orientovaná na budoucnost a nové perspektivy.

První fáze slouží k povzbuzení rodiny a ujištění o správnosti kroku zapojit se do terapie. Důležitá je zde psychoedukace rodin zaměřená na symptomy a negativní následky onemocnění. Cílem první fáze je podpořit kompetence rodiny k léčbě dcery (nebo v některých případech syna) a pomoci rodině definovat se proti PPP, která je obvykle silně spojena s rodinnými schémata a interakcemi (Tomanová & Papežová, 2006).

Ve druhé fázi se rodina učí vzájemně kooperovat. Prostor zde získává odkrývání rodinných tajemství, nefunkčních interakčních vzorců, koalic a aliancí rodinných členů. Také

se mohou objevit potlačené emoční výměny a patologické komunikační vzorce. Své místo má v této fázi péče o zdravého sourozence. Je nezbytné, aby rodiče začali věnovat více pozornosti zdravému sourozenci. Sourozenec potřebuje dostat dostatek prostoru, ve kterém může své problémy ventilovat, mluvit o svých emocích a vztazích (Tomanová & Papežová, 2006).

Třetí fáze je zaměřena na budoucnost. Hlavním úkolem této fáze je prevence relapsu a identifikace jeho varovných signálů. U sourozenců je třeba v rámci prevence podnítit jejich důležitost a pocit kompetence a rovnoprávnosti v rodině, velice důležitá je podpora jejich osobnosti (Tomanová & Papežová, 2006).

V roce 2010 byl v České republice zveřejněn pilotní výzkum účinnosti „*Vícerodinné terapie poruch příjmu potravy*“, kam bylo zařazeno 20 rodin a trval 5 let. Závěry z této studie ukazují, že má vícerodinná terapie pozitivní klíčovou roli v oblastech individuálního i rodinného života (Tomanová, Papežová, Mehl, & Kuběna, 2010).

V roce 2017 byla provedena studie na vzorku 30 rodin, kde jeden z členů rodiny měl MA. Studie se zúčastnilo celkem třicet pacientů a jejich rodin, které byly měřeny na začátku studie, poté po 3 a 6 měsících. Po 6 měsících dvě třetiny již získaly dostatečnou váhu, aby byly v normálním hmotnostním rozmezí, s výrazným zlepšením kognitivních schopností, nálady a sebeúcty. Pouze dvě ze třiceti rodin přerušily léčbu brzy a oba pacienti i rodiče hlásili vysokou „spokojenost s léčbou“, i když rodiče skórovali výrazně výše než pacienti (Salaminiou, Campbell, Simic, Kuipers, & Eisler, 2017). Obdobné výsledky získali také Skarbø & Balmbra (2020), kdy se studie zúčastnilo 68 pacientů a 198 členů rodiny. Míra předčasného ukončení léčby byla 7,4 % a většina pacientů pokračovala v léčbě i po dokončení vícerodinných terapií. Měření BMI ukazuje významný přírůstek hmotnosti u osob, které měly na počátku podváhu.

Vícerodinná terapie se zdá být léčbou volby právě z toho důvodu, že rodiny mají sklon dokončit celý program a na konci uvádí kladné zkušenosti (Tomanová, Papežová, Mehl, & Kuběna, 2010; Salaminiou, Campbell, Simic, Kuipers, & Eisler, 2017; Skarbø & Balmbra, 2020).

Jedna portugalská studie naznačuje, že vícerodinná terapie bude účinná i v případě mentální bulimie a ostatních poruch příjmu potravy (Jaeger, Seminotti, & Falceto, 2011). Obecně je ale třeba více výzkumů na účinnost vícerodinné terapie právě v případě jiných PPP, než je MA.

Ačkoli se na základě uvedených studií rodinná terapie prokázala jako účinná, její zavedení do klinické praxe je poměrně obtížný. V poměru k případům PPP, kde by byla tato léčba možná, je nabídka rodinné terapie pouze zlomková. Dostupnost léčby se například bude lišit v závislosti na místě bydliště, jelikož ne každý může obětovat tolik času na dojíždění do větších měst. Dalšími faktory jsou například ochota rodičů zapojit se do léčby. U adolescentních pacientů může nastat situace, kdy naopak oni s rodiči nebudou chtít spolupracovat. Proto je nutné vždy zvážit individuální případ a rozhodnout o léčbě na základě informací, které o dané rodině máme.

Návrh výzkumu

4. Cíle výzkumu

Z nastudované odborné literatury vyplývá, že rodinný kontext je důležitou složkou, na kterou by se měla zaměřit pozornost v rámci léčby poruch příjmu potravy. Poměrně hodně studií se věnuje vlivům rodinné terapie, postojům rodičů a nemocného vůči terapeutickému procesu. Co mi ale na tomto výzkumném poli chybí, jsou konkrétní rodinné vztahy při působení nemoci jedince a to, zda a jak může PPP změnit pohled rodičů na nemocného, případně jaký má tato nemoc dopad na celkové rodinné fungování. Studie, které se podobnými tématy zabývaly, jsou buď staršího data, a nebo na problém nahlíží z trochu jiného úhlu, než aby byl konkrétně zaměřen na členy rodiny.

Výzkumný problém

Hlavním cílem výzkumného návrhu je zjistit rozdíly mezi náhledem otců a matek na fungování rodiny, životní spokojenosti, jejich přístupu a vztahu k dítěti s PPP v českém prostředí.

Navržený výzkumný projekt slouží ke zmapování atmosféry v rodinných vztazích, kde se vyskytuje člen rodiny s poruchou příjmu potravy. Navrhovaný výzkum je tedy především explorativního charakteru. Ačkoli existuje předpoklad, že bude mít každý z rodičů jiný přístup k tomuto jedinci. Díky tomuto předpokladu je možné vést výzkum také jako konfirmatorní.

Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka tedy zní:

„Jak se liší vztah s dítětem s PPP u matky a u otce?“

Díličí výzkumné otázky:

„Jak je ovlivněno rodinné fungování ve vztazích mezi rodiči a dítětem s PPP?“

Předpokladem je, že další díličí výzkumné otázky vyplynou z rozhovoru s rodiči a nemocným jedincem.

5. Design výzkumného návrhu

Výzkumný design je kvalitativního charakteru. V první části bude využito kvantitativní metody, konkrétně dotazník *Škála rodinného prostředí* a dotazník *PACHIQ-R*. Druhá část sestává z polostrukturovaného rozhovoru.

Na počátku proběhne pilotní výzkum. Tato část bude prováděna na jednom páru a jejich dceři, kteří následně nebudou zařazeni do konečného vzorku. Nejdříve dostanou k vyplnění dotazník *Škála rodinného prostředí* a *PACHIQ-R* a poté proběhne polostrukturovaný rozhovor. V průběhu pilotního rozhovoru bude zaznamenáváno, jak na jednotlivé otázky respondenti reagují, zda jsou otázky srozumitelné a zda pokrývají témata, která chci výzkumným šetřením pokrýt. Zvláště budu dávat pozor na to, jak otázky zadávám a jestli se ve formulacích neprojevuje zkreslení dané mým očekáváním. Tato pilotáž také může posloužit jako inspirace pro další otázky a podklad pro následné šetření.

5.1. Výzkumný soubor

Nabídka účasti ve studii je zprostředkována **pediatry, organizacemi jako je Anabell, a dalšími klinikami léčícími PPP**. Ti na základě vlastních zkušeností se svými klienty pomohou vybrat **úplné a původní rodiny**, kde se vyskytuje **dceru v adolescentním věku, diagnostikovaná s mentální anorexií**. Tato konkretizace byla zvolena z důvodu homogenizace vzorku. Výzkumu se zúčastní jak **manželské páry**, tak **rodiče žijící spolu bez úředního sňatku**. Pro doplnění kontextových informací a získání většího náhledu bude do výzkumu zapojen také nemocný jedinec, se kterým bude stejně jako s rodiči veden polostrukturovaný rozhovor a dostane k vyplnění dotazníky v příslušné verzi. Vzhledem ke zvolené metodě polostrukturovaného rozhovoru bude do tohoto průzkumu přijato celkem **22 rodičů** - 11 otců a 11 matek **a 11 dívek s mentální anorexií**. Jeden rodičovský pár a jedna dívka s MA budou využiti právě v rámci pilotního šetření. Velikost vzorku byla zvolena na základě kvalitativního charakteru testu a inspirací z jiných studií podobného charakteru.

Jako nejvhodnější varianta výběru z prakticky dosažitelných respondentů se mi v tomto případě jeví kriteriální výběr – nejdříve vyberu 5 již zmíněných zařízení zabývajících se onemocněním PPP a z těchto zařízení následně vyberu po 2 rodinách, které by splňovaly dané kritérium (úplná a původní rodina s dcerou, které byla diagnostikována MA).

5.2. Metody získávání dat

Každý z rodičů zpočátku dostane k přečtení a podepsání informovaný souhlas, bude informován o anonymitě šetření, poté vyplní dotazník k získání demografických informací, např. věku, vzdělání, hmotnosti a výšky matek, otců i jejich dítěte, pořadí nemocného dítěte v sourozenecké konstelaci. Tyto informace následně poslouží obecnému přehledu o vzorku.

Rodiče a jejich dcera dostanou k vyplnění *Škálu rodinného prostředí* (Hargašová & Kollárik, 1986) a upravenou variantu dotazníku *PACHIQ-R: The Parent-Child Interaction Questionnaire (Dotazník o interakci rodičů a dětí)* (Lange, Evers, Jansen, & Dolan, 2002). S každým z rodičů a jejich dcerou bude následně proveden *polostrukturovaný rozhovor* za využití existujících a osvědčených forem otázek. Metoda rozhovoru byla zvolena pro rozsáhlejší pohled na problematiku a eventuální získání nových hypotéz. Rozhovor bude po svolení respondenta nahráván na diktafon. Kombinace těchto dvou metod slouží pro upřesnění a získání validnějších výsledků v rámci porovnávání pohledu na fungování rodiny a vztahů s nemocným dítětem. Navíc nám to poskytuje možnost nahlédnout na problematiku více způsoby a získat více informací.

Jelikož vybíráme respondenty z kliniky, je možné případně opatřit data, která daná klinika od respondentů získala v minulosti a souvisejí s tématem rodiny (vyplněné dotazníky, které sbírají podobné informace jako navrhované metody pro tento výzkum). Tato data by pak byla doplněna o potřebné metody z navrhovaného výzkumu.

Škála rodinného prostředí

Škála rodinného prostředí (ŠRP) (Hargašová & Kollárik, 1986) je nástroj, který hodnotí několik aspektů fungování rodiny. Původní nástroj vytvořili v roce 1981 Moos & Moos (Moos & Moos, 1981). Jedná se o vícedimenzionální škálu, jelikož je založena na percepce a hodnocení vlastního života a vlastní rodiny na mnoha úrovních. Tato škála se zaměřuje na vztahy mezi členy rodiny, směry osobnostního růstu podporovaného rodinou a organizační charakteristiky rodiny. Tyto dimenze zachycuje devět subkategorií, které odrážejí různé funkční parametry rodinného života: **soudržnost (S)**, **expresivita (E)**, **konfliktovost (K)**, **nezávislost (N)**, **orientace na úspěch (OÚ)**, **intelektuálně kulturní orientace (IKO)**, **aktivní rekreační orientace (AR)**, **morálně světonázorová orientace (M)**, **organizace (O)** a **kontrola (KL)**. Dlouhodobé zkušenosti s touto škálou nám umožňují poměrně dobrý vhled do fungování rodiny. Tato metoda se zaměřuje na studium rodiny jako komplexního celku, nikoli na jednotlivé dyadické vztahy (Svoboda, D., & Vágnerová, 2001). Z tohoto důvodu je

použit ještě dotazník PACHIQ-R. Škála zahrnuje 90 položek, zkoumaná osoba se rozhoduje, zda je daný výrok pro rodinu pravdivý či nepravdivý.

Pro účel návrhu tohoto výzkumu se zaměřím na rozdíly v subkategoriích: soudržnost, expresivita, konfliktovost, nezávislost, orientace na úspěch a kontrola. Rozdíly v těchto subdimenzích budou považovány za kritérium pro rozhodnutí o rozdílnosti vnímaného vztahu s dítětem u matky a u otce.

PACHIQ-R: The Parent-Child Interaction Questionnaire

The Parent-Child Interaction Questionnaire v překladu „Dotazník o interakci rodičů a dětí“. První verze byla představena skupinou Lange, Blonk & Wiers v roce 1998 a následně prošla roku 2001 revizí, ze které budu v této práci vycházet.

Uvedený nástroj je určen k posouzení toho, jak rodiče vnímají vztah se svými dětmi (PACHIQ – rodičovská verze) a jak děti hodnotí svůj vztah s rodiči (PACHIQ – dětská verze). Z teoretických východisek zvažuje dva pohledy, jeden je z pohledu strukturální rodinné terapie a druhý z pohledu behaviorální rodinné terapie. Strukturální pohled odkazuje na význam struktury vztahu mezi členy rodiny. Položky PACHIQ-R byly proto formulovány podle zásad dyadického hodnocení a jeho obsah je omezen na vztahy mezi rodičem a dítětem. Předpokládáme, že každý člen rodiny má své vlastní myšlenky a pocity ohledně svého vztahu s každým z členů rodiny. Behaviorální rodinná terapie zdůrazňuje hodnocení a změnu konkrétního chování, poznání a emocí a položky byly formulovány právě podle tohoto principu. Dotazník PACHIQ-R zobrazuje dvoufaktorovou strukturu s faktory označenými jako "Řešení konfliktů" a "Přijetí". Rodičovská verze PACHIQ-R obsahuje 21 položek a dětská verze čítá 25 položek. Rodiče označují, jak často projevují dané chování nebo prožívají dané pocity výběrem na pětibodové škále - „nikdy“, „téměř nikdy“, „občas“, „téměř vždy“ a „vždy“. Další položky se týkají frekvence, s jakou se určitá chování objevují (například: „Někdy chválím ...“) nebo se týkají skutečných pocitů (např. „Cítím trochu lásky k ...“). Pět kategorií odpovědí spojených s těmito položkami se liší od „nevztahuje se na mě vůbec“ až „naprosto pro mě platí“.

Příklad otázek z dotazníku (volně přeloženo Lange, Evers, Jansen, & Dolan, 2002):

... každý den porušuje zavedená pravidla domu

Vypadá to, že ... si myslí, že je šéfem domu

Jsem velmi hrdý na ...

Pro posouzení rozdílnosti vztahu otce a matky budou brány v potaz všechny tři subdimenze.

Tento dotazník bude přeložen do českého jazyka *metodou zpětného překladu*. Správný postup překladu je následující:

- 1) Překlad anglického dotazníku do češtiny specializovaným překladatelem.
- 2) Druhá osoba překládá tuto českou verzi zpět do jazyka původního dotazníku (tj. do angličtiny), aniž by se podívala na originál, což je právě zpětný překlad. Tento zpětný překlad by měl provádět rodilý mluvčí angličtiny. Cílem zpětného překladu z češtiny do angličtiny je odhalit rozdíly mezi prvním českým překladem a anglickým originálem.
- 3) Zpětný překlad do angličtiny se porovná s textem anglického originálního dokumentu a uvedou se rozdíly v obsahu a významu mezi originálním dokumentem a tímto zpětným překladem.
- 4) Je nutné stanovit, které nesrovnalosti jsou pouze subjektivním slovním používáním překladatele a které by mohly vést k odlišným významům. Podle těchto nesrovnalostí je proveden druhý český překlad.
- 5) Tímto postupem je pozorováno, které výrazy lze v češtině chápat vágně, nesrozumitelně nebo dvojznačně. Tato verze bude proto poskytnuta malému vzorku respondentů, pro něž je dotazník určen, a budou s nimi tyto výrazy následně konzultovány. Během tohoto kroku (ověření jazyka) jsou vybrány konečné správné verze podmínek, pro které byly zjištěny nejasnosti; srozumitelnost českého překladu dotazníku je ověřena v reálné situaci, a tak je vytvořena konečná verze dotazníku pro výsledky předložené respondentem.

Polostrukturovaný rozhovor

Vzhledem k tomu, že má rozhovor sloužit pro získání širšího kontextu, případnému objevení souvislostí a možností dalšího výzkumu, kategorie budou určeny až po získání odpovědí v rámci kódování.

Otázky budou pokládány z následujících oblastí, které jsou inspirovány studií Tomanové, Papežové, Mehlové & Kuběny (2010):

- Kvalita života nemocného jedince
- Vnímaná emoční stabilita jedince
- Přítomnost symptomů PPP
- Rodinné stravování (frekvence, napětí, komunikace)
- Pohled do budoucnosti nemocného jedince (obavy, pozitivní / negativní očekávání)
- Komunikace v rodině (konflikty, témata, posuny...)
- Kooperace členů rodiny
- Celková atmosféra v rodině

Oblasti jsou uvedeny poměrně široce, proto z nich bude vybrána jen část. Konkrétně bych se zaměřila na oblasti: Rodinné stravování, komunikace v rodině, kooperace členů rodiny a celková atmosféra v rodině.

Příklady otázek:

„Kdy jíte celá rodina společně?“

„Jaká jsou u vás v rodině tabu témata?“

„Kdo spolu v rodině komunikuje nejvíce? (sourozenci, matka-dcera, ...)“

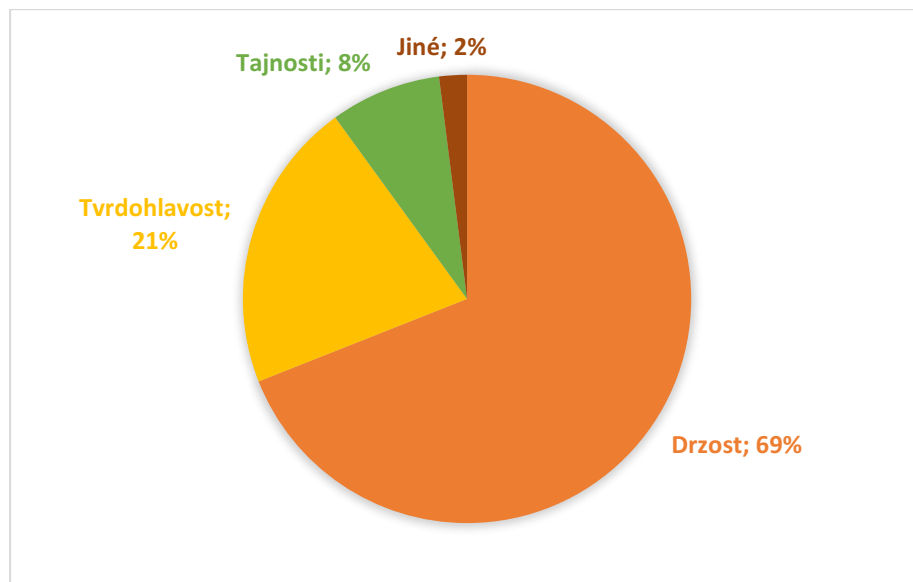
„Jak se cítíte, když se v jedné místnosti sejdou všichni členové rodiny?“

5.3. Metody zpracování a analýzy dat

Hodnocení rozhovoru proběhne kvalitativním způsobem. Po shromáždění potřebných dat a přepsání všech rozhovorů se přistupuje k jejich analýze. Kvalitativní analýza začíná organizací dat – třídění a vytváření registru dat. Ke zpracování dat z polo-strukturovaného rozhovoru je zapotřebí udělat následující kroky: kódovat data, utřídit data, zaměřit se na souvislosti v utříděných datech. Kódování provádím poté, co se daná informace několikrát opakuje. Na souvislosti je možné se dívat z více úhlů. Již vytvořené kódy/kategorie u jednotlivých otázek následně graficky zpracuji.

Ukázka

Otázka č.1 „Co vás u vašeho dítěte nejvíc trápí?“



Graf 1: Ukázková otázka

Pro vyhodnocení dotazníkových šetření můžeme podle typu dat zvolit některou z následujících statistických metod. V případě, že budeme analyzovat čistě kvalitativní proměnné, které jsou rozdělené do kategorií, je vhodné použít metodu kontingenčních tabulek a Chí-kvadrát testu, kde je riziko nesplnění podmínky očekávaných hodnot. V případě, že se tak stane, využijeme alternativní Fisherův exaktní test. Další možností je test o dvou relativních četnostech, kde by se zkoumal rozdílný podíl odpovědí u žen a mužů. Poslední možnou metodou je použití Wilcoxonova párového testu. Měříme dva závislé výběry při stejných rozptylech, kdy se mezi sebou porovnají výsledky mužů a žen a oba vypovídají o stejné rodině/dítěti. Jedná se o neparametrický test, který nepředpokládá normální rozdělení

dat v populaci. V případě, že by test normality prokázal u dat normální rozložení, použil by se v tomto případě párový t-test.

6. Diskuse

Cílem této bakalářské práce bylo podat přehled o tom, jak problematika poruch příjmu potravy vstupuje do soužití celé rodiny.

Většina studií staršího data naznačuje, že neexistuje spojitost mezi rodinnými modely a PPP (Garfinkel, a další, 1983; Steiger, Liquornik, Chapman, & Hussain, 1991; Krch F. D., Poruchy příjmu potravy, 2005). Vedle toho z nastudované literatury vyplývá, že existuje jistá spojitost PPP s určitými osobnostními charakteristikami jak jedince, tak jeho rodičů (Tachi, 1999; Vázquez, 2001; Dalzell, 2000).

Výsledky studií se shodují v tom, že odmítnutí rodičů spolu s přesvědčením o opuštění a ublížení korelují s příznaky PPP (Ratti, Humphrey, Lyons, & Vol, 1996; Jones, Leung, & G., 2006). Dále se objevuje shoda v hodnocení horších vazeb ve vztahu matka-dcera v případě, kdy se u dcery vyskytuje PPP (García-de-Amusquibar & De Simone, 2003; Ward, a další, 2001; Latzer, Hochdorf, Bachar, & Canetti, 2002).

Předpokládaný výsledek navrhovaného výzkumu je, že pohled na rodinné fungování a na vztahy s nemocným se budou lišit v závislosti na tom, zda se jedná o matku či otce.

Nicméně tento výsledek nemusí být zcela jasný nebo se vůbec nemusí prokázat signifikantně, a to proto, že téma je velice citlivé, a tudíž rodiče nemusí odpovídat v souladu s realitou, to by se také dalo připisovat sociální desirabilitě, kdy výsledky může ovlivnit snaha rodičů působit jako rodina lépe. Otázkou tedy je, zda by výsledek byl markantní či jakkoliv relevantní. V tomto ohledu by bylo dobré provést výzkum na rodinách, které jsou spolupracující a mají zájem o terapeutickou intervenci a zároveň na rodinách, které o intervenci zájem nemají, ale jsou ochotné se zapojit do výzkumu. Tyto výsledky je pak možné porovnat a zjistit, jak se mezi sebou liší. Předpokladem by poté bylo, že rodiny, které o intervenci zájem mají, budou v dotaznících a rozhovoru upřímnější a otevřenější než rodiny, které spolupracovat nechtějí.

Škála rodinného prostředí je přeložena do českého jazyka a je poměrně běžně používaným nástrojem. PACHIQ-R je nutné nejprve přeložit do českého jazyka, provést zpětný překlad, kdy porovnáním zpětného překladu s originálem získáváme ověření správnosti překladu. Následně by byl tento překlad ověřován na menším souboru respondentů. Teprve poté by bylo možné jej využít pro sběr dat v rámci navrhované studie. Rizikem těchto dotazníků může být řada nežádoucích proměnných, jako je výše uvedená desirabilita.

Respondenti mohou také přijít s obecným předpokladem o správnosti odpovědi, což znamená, že odpoví podle toho, co si myslí, že se od nich žádá, nebo co je správné, nikoli podle toho, jak to skutečně je, roli hraje také rozmanitost času, prostředí (světlo, teplota...), nepochopení pokynů v dotazníku, motivace k vyplnění, únava, nedostatek soustředění a další.

U rozhovoru je možnost zkreslení, například z důvodu očekávání na straně výzkumníka, kdy jsou otázky vytvářeny s danými předpoklady, konkrétně zde předpoklad rozdílnosti ve vztahu k nemocnému u matky a u otce. Proto budou otázky v první řadě testovány pilotním šetřením, na jehož základě existuje ještě možnost upravit otázky tak, aby pokrývaly celou šíři zkoumané oblasti. Stejně jako u dotazníků se zde nabízí mnoho dalších možných nežádoucích proměnných, opět zmíním desirabilitu, podmínky prostředí, navázání kontaktu výzkumníka s respondentem, otevřenost respondenta a podobně.

Problémem u dotazníkového šetření může být malý vzorek, který byl zvolen s ohledem na kvalitativní formu výzkumu. Zde je možností zvýšit celkový počet respondentů s tím, že se bude muset věnovat mnohem více času pro rozhovory, případně rozdělit výzkum na část kvantitativní a část kvalitativní, které na sobě budou vzájemně nezávislé. Tady by se dal poté navýšit počet respondentů pouze pro zadání dotazníků, ale ponechat nižší vzorek pro zrealizování rozhovorů. Časově bude ovšem výzkum náročný již v původní uvedené variantě.

Zároveň je třeba myslet na to, že každá rodina má jiné podmínky a jinou historii, se kterou přichází. Ačkoli může být diagnóza dítěte stejná, může se v mnoha aspektech lišit. Uvedu například různorodost příznaků, či přímo jiný druh PPP, délku trvání nemoci, zázemí rodiny, finanční situaci. Všechny tyto i jiné aspekty mají vliv na výpovědi rodičů a jejich následnou spolupráci.

Další otázky, které nemusí být brány v úvahu, jsou například, zda by charakteristické vlastnosti rodin, kde se vyskytuje PPP, byly stejné v domácnosti s jedním rodičem nebo pro homosexuální rodiny. Také, zda se tyto charakteristiky, které se ukazují v souvislosti s PPP, nevyskytují i u zdravých rodin. Zde by byla vhodná studie, zjišťující, co přesně je v těchto rodinách jinak, že v jedné došlo k propuknutí nemoci, a ve druhé ne. Tedy srovnání výsledků s rodinami, kde se nevyskytuje dítě s PPP. Tématem této práce je popis především rodiny u dívek s PPP, ale tato porucha se v nemalé míře projevuje také u populace mužského pohlaví a v této oblasti stále ještě existuje široké pole pro budoucí výzkum.

Když se zaměřím na použité metody, bylo by možné ještě k posouzení rodiny jako celku využití škály FACES II, která byla vyvinuta pro určení typu rodiny v rámci Olsonova cirkumplexního modelu. Tato škála na třiceti položkách zjišťuje dimenze koheze, adaptability a komunikace (Sobotková, 2012). Další možnou metodou pro zkoumání rodiny jako celku je Test rodinného systému (v angličtině FAST), konkrétně jeho skupinovou formu, kdy je zadán celé rodině. Je to figurální technika (rozmisťují se figurky představující členy rodiny), která vychází ze systémového přístupu k rodině. Jeho výhodou je rychlost, v níž je test schopen zmapovat informace potřebné pro diagnostiku, plánování intervence i hodnocení účinnosti terapie, což jsou jistě oblasti, které by nám v rámci dané tematiky mohly rozšířit obzory (Sobotková, 2012).

V případě prevence by bylo nutné v první řadě rozšířit studie s případy u rodičů, aby bylo možné hlouběji poznat jejich vlastní charakteristiky a společné rysy s dalšími rodinami, kde se vyskytuje jedinec s PPP. Jakmile budou tato data známa, bude zapotřebí vyvinout plány včasné prevence a léčby, vést rodiče k tomu, jakého chování a pokynů se vyvarovat, poskytnout jim užitečné nástroje pro zotavení se a také jim správně radit na výživové úrovni a poskytovat jim znalosti o zdravých způsobech kontroly hmotnosti; tato prevence by měla být přizpůsobena dané socio-ekonomické situaci.

Pokud jde o klinickou intervenci, bylo by vhodné zahrnout hodnocení tělesného vzhledu a starost o výživu pacienta i rodičů, pracovat na snižování úrovně viny a stresu, kterou trpí, a podporovat pozitivní sociální vztahy za účelem utváření podpůrné sítě, která slouží jako ochranný faktor a chrání před možnými relapsy.

Závěr

Velká část poruch příjmu potravy vzniká určitě v rodině, ať už bereme v potaz genetické hledisko, výchovu dětí, či to, jaký dávají rodiče svým dětem vzor sami o sobě. Socializace v rámci rodiny nese mnoho aspektů, podíl na tom, jak se stravujeme a jak na jídlo pohlížíme, může mít například rodinné stolování, které se v posledních letech v rodinách často zanedbává. Také existují jisté souvislosti mezi tím, zda u daného jedince PPP propukne, a tím, kolik má tento jedinec sourozenců a jaké místo zaujímá v sourozenecké konstelaci.

S ohledem na PPP a rodinný kontext by se dalo říct, že lidé s PPP mají znevýhodněné rodinné prostředí. Rozdíly mezi podskupinami PPP jsou také důležité, protože nám umožňují pochopit rodinné prostředí, ve kterém se lidé s různými typy PPP pohybují, což by mohlo být užitečné při prevenci a výběru intervenčních strategií.

Pro komplexnější léčbu, ale také jako prevenci, je vhodné do procesu zapojit celou rodinu. Přestože je k dohledání rozsáhlá literatura ohledně dopadu, který má rodina na výskyt a následné udržování PPP, je potřeba vyvinout multifaktoriální a komplexní model, který by kombinoval rodinné, individuální a sociální faktory a zároveň stanovil účinnost genetických a psychologických faktorů.

V některých studiích je naznačeno, že se tento rodinný vliv přenáší generačně, proto by rozsáhlejší povědomí pacienta a jeho rodiny mohlo vést k rozšíření obzorů a tím, že změni zaběhlé rutiny, by ukončil tento začarovaný kruh způsobený PPP. Podpůrná síť (rodina i přátelé) je špatně informovaná a upozorňuje se na dopady protichůdných životních stylů, které nastejno podporují hubnutí, sedavý životní styl a přebytek jídla. Vznikají situace, kdy pacient nemoc překoná, ale rodiče ji nepřekonají a nadále se soustřeďují na jídlo, místo aby poskytovali bezpodmínečnou podporu a důvěru. Nemělo by se zapomínat na to, že ačkoli je to úloha, do které jsou zapojeni všichni členové rodiny, musí být role každého z nich správně definovány a jejich funkce musí být přiměřeně určeny. Zejména v případě sourozenců, kteří se někdy snaží nahradit rodičovské role v jejich úkolu normalizace váhy a stravovacích návyků jejich sourozence, ačkoli jejich úkolem je především poskytnout pacientovi emoční podporu.

V současném přehledu bylo nalezeno jen málo studií o záchvatovitém přejídání, přestože byly nejčastějšími PPP, což naznačuje, že existuje značný rozdíl, pokud jde o jejich výzkum. To může být způsobeno nedostatkem studií, jelikož byly teprve nedávno definovány. Také je k dispozici relativně málo informací o tom, jak rodiče nebo sourozenci vnímají

fungování rodiny, zda existuje jednotná vize fungování nebo zda má každý člen rodiny jiné vnímání rodinné reality.

Zaměření v oblasti léčby PPP by mělo vést k vícerodinným terapiím. Ukazuje se totiž, že rodiny je často absolvují až do jejich konce a mají sklon v nich následně pokračovat. Navíc na jejím konci sami uvádí kladné zkušenosti (Tomanová, Papežová, Mehl, & Kuběna, 2010; Salaminou, Campbell, Simic, Kuipers, & Eisler, 2017; Skarbø & Balmbra, 2020).

Seznam literatury

- APA. (2010). *Publication Manual of the American Psychological Association* (6. vyd.). Washington, DC: American Psychological Association.
- APA. (2013). *DSM-5®: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (5. vyd.). Arlington: American Psychiatric Association.
- Aparici, E. Z. (2015). Estudio comparativo de los procesos de socialización alimentaria de adolescentes diagnosticados y no diagnosticados de trastornos alimentarios. *Revista de Humanidades*(25), 103-128.
- Aremit, R. S., Katzman, D. K., Pinhas, L., & Kaufman, M. E. (2010). The experience of siblings of adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 569-576.
- Benešová, D., & Mičová, L. (2003). *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií*. Praha: MAC.
- Blake, W., Turnbull, S., & Treasure, J. (1997). Stages and Processes of Change in Eating Disorders: Implications for Therapy. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 3*(4), 186-191.
- Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of Eating Disorders: What the Clinician Needs to Know. *Psychiatric Clinics of North America, 42*, 59-73.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders, 27*, 1-20.
- Callio, C., & Gustafsson, S. A. (2016). Living with a sibling who suffers from an eating disorder: a pilot interview study. *Journal of Multidisciplinary Healthcare, 9*, 615–622.
- Černá, R. (2008). *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: O.s. Anabell.
- Coelho, J. S., Beach, B., O'Brien, K., Marshall, S., & Lam, P.-Y. (2019). Effectiveness of family-based treatment for pediatric eating disorders in a Tertiary Care Setting. *Clinical Practice in Pediatric Psychology, 7*(2), 105-115.

- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Falissard, B., & Mouren, M. C. (2005). Self-perceived family functioning in 40 French families of anorexic adolescents: implications for therapy. *European Eating Disorders Review*, 13(4), 223-236.
- Craft-Rosenberg, M., & Pehler, S.-R. (2011). *Encyclopedia of Family Health*. SAGE Publications.
- Dalzell, H. J. (2000). Whispers: The role of family secrets in eating disorders. *Eating Disorders*, 8(1), 43-61.
- De-la-Osa, N., Barraza, R., & Ezpeleta, L. (2015). The influence of parenting practices on feeding problems in preschoolers. *Acción Psicológica*, 12(2), 143-154.
- Doherty, W. J., & Campbell, T. L. (1988). *Family studies text series*. SAGE Publications.
- Eisler, I. (2005). The empirical and theoretical base of family therapy and multiple family day therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27, 104-131.
- Eisler, I., Simic, M., Hodsoll, J., Asen, E., Berelowitz, M., Connan, F., . . . Landau, S. (2016). A pragmatic randomised multi-centre trial of multifamily and single family therapy for adolescent anorexia nervosa. *BMC Psychiatry*, 16(1).
- Fitzgerald, J. F., & Lane, R. C. (2000). The role of the father in anorexia. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 30(1), 71-84.
- García-de-Amusquibar, A., & De Simone, C. J. (2003). Some features of mothers of patients with eating disorders. *Eating and Weight Disorders*, 8, 225-230.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., & Walsh, N. (1983). A comparison of characteristics in the families of patients with anorexia nervosa and normal controls. *Psychological Medicine*, 13(4), 821-828.
- Hadaš, L. (2007). *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie*. Brno.
- Haigh, R., & Treasure, J. (2003). Investigating the Needs of Carers in the Area of Eating Disorders: Development of the Carers' Needs Assessment Measure (CaNAM). *European Eating Disorder Review*, 11, 125-141.
- Hall, L., & Cohn, L. (2003). *Rozlučte se s bulimií*. Brno: Era Group.

- Hamadi, L., & Holliday, J. (2020). Moderators and mediators of outcome in treatments for anorexia nervosa and bulimia nervosa in adolescents: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, 53(1), 3-19.
- Hargašová, M., & Kollárik, T. (1986). *Škála rodinného prostredia*. Bratislava: Psychodiagnostické a didaktické testy.
- Hartl, P., & Hartlová, H. (2009). *Psychologický slovník* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Holland, A. J., Hall, A., Murray, R., Russel, G. F., & Crisp, A. H. (1984). Anorexia nervosa: a study of 34 twin pairs and one set of triplets. *The British Journal of Psychiatry*, 145, 414-419.
- Hughes, E. K., Burton, C., Grange, D. L., & Sawyer, S. M. (2018). The Participation of Mothers, Fathers, and Siblings in Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 456-466.
- Humphrey, L. L. (1988). Relationships within subtypes of anorexic, bulimic, and normal families. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 27(5), 544-551.
- Jacobi, C., Hayward, C., Zwaan, M. d., & Agras, H. C. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jaeger, M. A., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). Multifamily group therapy for patients diagnosed with eating disorders. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 33(1), 20-27.
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family Process*, 55(3), 577-594.
- Jones, C., Leung, N., & G., H. (2006). Father-daughter relationship and eating psychopathology: the mediating role of core beliefs. *British Journal of Clinical Psychology*, 45(3), 319-330.
- Kent, J. S., & Clopton, J. R. (1992). Bulimic Women's Perceptions of Their Family Relationships. *Journal of Clinical Psychology*, 48(3), 281-292.

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-345.
- Kocourková, J., & Koutek, J. (2014). Suicidální chování a sebepoškození u poruch příjmu potravy. *Psychiatria pre prax*, 15(3), e18-e20.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie* (2. vyd.). Praha: Portál.
- Krch, F. D., & Faltus, F. (1988). Výskyt psychopatologické symptomatiky u pacientek s psychogenními poruchami příjmu potravy. *Československá psychiatrie*, 84, 384-391.
- Krch, F. D., & Švédová, J. (2013). *Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* (1. vyd.). Praha: Občanské sdružení Anabell. Načteno z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding How Parents Cope with Living with Someone with Anorexia Nervosa: Modelling the Factors that are Associated with Carer Distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233-242.
- Lange, A., Blonk, R., & Wiers, R. W. (1998). The parent-child interaction questionnaire, PACHIQ. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory and Practice*, 5(3), 187-198.
- Lange, A., Evers, A., Jansen, H., & Dolan, C. (2002). PACHIQ-R: The Parent-Child Interaction Questionnaire—Revised. *Family process*, 41(4), 709-722.
- Latzer, Y., Hochdorf, Z., Bachar, E., & Canetti, L. (2002). Attachment Style and Family Functioning as Discriminating Factors in Eating Disorders. *Contemporary Family Therapy*, 24(4), 581-599.
- Lieberman, S. (1989). Family with four bulimic children. *International Journal of Eating Disorder*, 8(1), 101-104.

- Liebman, R., Minuchin, S., & Baker, L. (1974). The Role of the Family in the Treatment of Anorexia Nervosa. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 13(2), 264-274.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa: A family-based approach*. New York: Guilford Press.
- Marmo, J. (2014). Estilos parentales y factores de riesgo asociados a la patología alimentaria. *Av Psicol. Lat.*, 2(22), 165-178.
- Mayorga, J., Pino-Robledo, S., Gempeler-Rueda, J., & Rodríguez-Guarín, M. (2018). Observation and analysis “in vivo” of family meals of patients with eating disorders. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 82-94.
- Mazánková, L., Nevoránek, J., & Řehoř, A. (2004). *Sociologie rodiny II*. Brno: IMS.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- MKN-10. (1992). *Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní klasifikace nemocí: Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění desáté decenální revize MKN-10* (3. vyd.). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. Načteno z <http://www.digitalniknihovna.cz/mzk/uuid/uuid:b99b5460-d6ca-11e4-b880-005056825209>
- Monteleone, P., Treasure, J., Santonastaso, P., Favaro, A., & Brambilla, F. (2005). Families of People with an Eating Disorder. V N. Sartorius, J. Leff, J. J. López-Ibor, M. Maj, & A. Okasha, *Families and Mental Disorders. From Burden to Empowerment*. West Sussex: Wiley.
- Moos, R. H., & Moos, B. S. (1981). *Family Environment Scale Manual*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Moreno-Ruge, A. M., & Londoño-Pérez, C. (2017). Family and personal predictors of eating disorders in young people. *Anales de psicología*, 2(33), 235-242.
- Mosley, P. E. (2008). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *Wiley InterScience*, 17, 191-198.

- Nilsson, K., Engström, I., & Hägglöf, B. (2012). Family Climate and Recovery in Adolescent Onset Eating Disorders: A Prospective Study. *European Eating Disorders Review*, 20(1), e96–e102. doi:<https://doi.org/10.1002/erv.1127>
- Papežová, H. (2003). *Bulimia Nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum Praha.
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Havlíčkův Brod: Grada.
- Papežová, H., & Novotná, P. (2010). Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. V H. Papežová, *Spektrum poruch příjmu potravy* (288-310). Havlíčkův Brod: Grada.
- Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. V H. Papežová, *Spektrum poruch příjmu potravy* (36-55). Havlíčkův Brod: Grada.
- Pike, K., Wilfley, D., Hubert, A., & Fairburn, C. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142, 19-29.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. *Psychological Medicine*, 15, 383-393.
- Ratti, L. A., Humphrey, L. L., Lyons, J. S., & V. 6. (1996). Structural analysis of families with a polydrug-dependent, bulimic, or normal adolescent daughter. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1255-1262.
- Rudorfer, M. W., Prien, R. F., Alberts, L. D., & další. (1997). Psychopharmacology Bulletin: Research Priorities in Eating Disorders. 33(3), 317-809.
- Ruíz-Martínez, A. O., Vázquez-Arévalo, R., Mancilla-Díaz, J. M., Segués, C. V., & Halley-Castillo, M. E. (2013). Factores familiares asociados a los Trastornos Alimentarios: una revisión. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 4(1), 45-57.
- Salaminiou, E., Campbell, M., Simic, M., Kuipers, E., & Eisler, I. (2017). Intensive multi-family therapy for adolescent anorexia nervosa: an open study of 30 families. *Journal of Family Therapy*, 39, 498–513.
- Sánchez, F. G., & Rial, B. R. (2005). Orthorexia Nervosa. A new eating behavior disorder? *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 66-68.

- Sartorius, N., Leff, J. L.-I., Maj, M., & Okasha, A. (2005). *Families and mental disorders: From burden to empowerment*. New Jersey: Wiley.
- Sauber, S. R., & kolektiv. (1993). *The dictionary of family psychology and family therapy*. Londýn: Sage Pulications.
- Skarbø, T., & Balmбра, S. M. (2020). Establishment of a multifamily therapy (MFT) service for young adults with a severe eating disorder – experience from 11 MFT groups, and from designing and implementing the model. *Journal of Eating Disorders*, 8(1), 1-12.
- Sobotková, I. (2003). *Pěstounské rodiny: jejich fungování a odolnost*. Praha: Ministerstvo práce a sociálních věcí.
- Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny* (3. vyd.). Praha: Portál.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., & Hussain, N. (1991). Personality and family disturbances in eating-disorder patients: Comparison of “restricters” and “bingers” to normal controls. *International Journal of Eating Disorders*, 10(5), 501–512.
- Stein, A., Murray, L., Cooper, P., & Fairburn, C. G. (1996). Infant growth in the context of maternal eating disorders and maternal depression: a comparative study. *Psychological Medicine*, 26(3), 569-574.
- Stein, A., Woolley, H., & McPerson, K. (1999). Conflict between mothers with eating disorders and their infants during mealtimes. *British Journal of Psychiatry*, 175, 455-461.
- Stein, A., Woolley, H., Cooper, S. D., & Fairburn, C. G. (1994). An observational study of mothers with eating disorders and their infants. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(4),733-748.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: Evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, 3(157), 393-401.
- Svoboda, M., D., K., & Vágnerová, M. (2001). *Psychodiagnostika dětí a dospívajících*. Praha: Portál.

- Swinbourne, J. M., & Touyz, S. W. (2007). The Co-Morbidity of Eating Disorders and Anxiety Disorders: A Review. *European Eating Disorders Review*, *15*, 253–274.
- Szmukler, G. I., Burgess, P., Herrmman, H., Benson, A., Colusa, S., & Bloch, S. (1996). Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *31*, 137–148.
- Szobiová, E. (2008). Birth order, sibling constellation, creativity and personality dimensions of adolescents. *Studia Psychologica*, *50*(4), 371–382.
- Tachi, T. (-4. (1999). Family environment in eating disorders: a study of the familial factors influencing the onset and course of eating disorders. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, *101*(5), 427-445.
- Tomanová, J., & Papežová, H. (2006). Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, *102*(7), 358-362.
- Tomanová, J., Papežová, H., Mehl, A., & Kuběna, A. A. (2010). Vícerodinná terapie poruch příjmu potravy v Čechách - pilotní výzkum účinnosti. *Československá*, *54*(4), 407-419.
- Treasure, J. L., Katzmana, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *37*(5), 405-418.
- Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, G., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: a comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, *36*, 343-347.
- Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2018). *Skills-based caring for a loved one with an eating disorder: The new Maudsley method* (2. vyd.). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Uhlíková, P. (2010). Poruchy příjmu potravy a ADHD. V H. Papežová, *Spektrum poruch příjmu potravy* (143-145). Havlíčkův Brod: Grada.

- Ústav zdravotnických informací a statistiky. (2018). Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. Praha, Česká Republika. Načteno z https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- Van-den-Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital communication in eating disorder patients: A controlled observational study. *International Journal of Eating Disorders, 17*(1), 1-21.
- Vázquez, A. R. (2001). Tres aspectos de la vida familiar asociados a los trastornos alimentarios. *Revista Mexicana de Psicología, 18*(3), 325-335.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull, S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. *British Journal of Medical Psychology, 74*(4), 497-505.
- Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: qualitative study. *British Journal of Psychiatry, 187*, 444-449.
- Woodside, D. B., Shekter-Wolfson, L., Garfinkel, P. E., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., & Maddocks, S. E. (1995). Family Interactions in Bulimia Nervosa I: Study Design Comparisons to Established Population Norms, and Changes over the Course of an Intensive Day Hospital Treatment Program. *International Journal of Eating Disorders, 2*(17), 105-115.
- Yaremych, H. E., & Volling, B. L. (2020). Sibling Relationships and Mothers' and Fathers' Emotion Socialization Practices: A Within-Family Perspective. *Early Child Development and Care, 190*(2), 195-209.
- Yolanda Gonzalez-Alonso, M., Camino Escolar-Llamazares, M., Martinez Martin, M. A., Medina Gomez, M. B., & Mercado Val, E. (2020). Comorbidity of Eating Disorders with Anxiety and Depression in University Students: Systematic Review. *Revista Argentina de Clinica psicológica, 28*(4), 375–384.

Seznam tabulek

Tabulka 1: Přehled diagnóz MKN-10	10
Tabulka 2: Terapeutické cíle při léčbě MA.....	27
Tabulka 3: Terapeutické cíle při léčbě MB	27

Seznam zkratk

APA	American Psychological Association
FACES	Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale
FAD	Family Assessment Device
FES	Family Environment Scale
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí (10. decenální revize)
PP	Psychogenní přejídání
PPP	Poruchy příjmu potravy
ŠRP	Škála rodinného prostředí

ŠKÁLA RODINNÉHO PROSTŘEDÍ

Odpověďový arch

Prosíme, aby ste vyplnili následující údaje:

Jméno:

Počet členů rodiny:

Adresa: /

Pozice v rodině:

Otec - manžel Věk: Vzdělání:

Povolání:

Matka - manželka Věk: Vzdělání:

Povolání:

Syn Věk: Pořadí: Vzdělání:

Dcera Věk: Pořadí: Vzdělání:

I n s t r u k c e

Pozorně si přečtete následující tvrzení a označte X v okénku P, jestliže pro Vaši rodinu platí, anebo v okénku N, jestliže neplatí.

Příklady:

Označte!

1. V naší rodině často křičíme.

Protože je to pravda, udělali jsme X v okénku P.

2. Členové naší rodiny si rádi vypijí.

Jestliže je to pravda, udělejte X v okénku P.

Jestliže to není pravda, udělejte X v okénku N.

P	X	
	1	2
N		

Začněte tvrzením č. 1 v testovacím sešitě. Obrátte tento list a odpovídejte! Začátek je označen slovem START.

Pište tužkou, aby ste mohli gumovat, pokud se zmýlíte!

ODPOVĚDOVÝ ARCH

START

P	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	P
N											N
P	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	P
N											N
P	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	P
N											N
P	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	P
N											N
P	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	P
N											N
P	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	P
N											N
P	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	P
N											N
P	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	P
N											N
P	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	P
N											N

Pod tuto čáru nepište !

	S	E	K	N	Ú	IKO	ARO	M	O	KL
R										
I										

1. Členové naší rodiny si skutečně navzájem pomáhají a podporují jeden druhého.
2. Členové rodiny si často nechají svoje pocity a zážitky jen pro sebe.
3. V naší rodině jsou hádky téměř na denním pořádku.
4. V naší rodině si nemůžeme dělat věci tak, jak bychom sami chtěli.
5. I když děláme cokoliv, vždy se to snažíme udělat co nejlépe.
6. Často se spolu bavíme o současných společenských a politických problémech.
7. V sobotu, v neděli a ve všední den večer jsme většinou doma.
8. Někdo z naší rodiny se angažuje ve společensko-politické práci.
9. V naší rodině se vše pečlivě předem plánuje.
10. Členům naší rodiny se zřídka někdy něco zakazuje.
11. Často se nám zdá, že doma zbytečně zabýváme čas.
12. Doma můžeme o všem otevřeně mluvit.
13. Členové naší rodiny jen zřídka někdy projeví navenek svoji zlost.
14. V naší rodině jsme důrazně povzbuzováni k samostatnosti.
15. Něco v životě dokázat je pro naši rodinu velmi důležité.
16. Málokdy jdeme na nějakou přednášku, do divadla nebo na koncert.
17. Často nás navštěvují přátelé.
18. Nevěříme pověrám.
19. Máme velký smysl pro pořádek a čistotu.
20. V naší rodině existuje jen velmi málo příkazů, které se musí dodržovat.
21. Vkládáme hodně energie do toho, co doma děláme.
22. Je těžké se doma „odvázat, odreagovat“, protože hned se někdo ozve proti.
23. Členové naší rodiny se někdy tak rozčílí, že třískají věcmi.
24. Myslíme si, že o svoje věci se má starat každý sám.
25. Není pro nás důležité, kolik kdo vydělá.
26. Pokládáme za velmi důležité stále se něco nového učit a zajímat se o různé věci.
27. Nikdo z naší rodiny se nevěnuje sportu aktivně, ani rekreačně.
28. Často se bavíme o politickém významu různých událostí, státních svátků a památných dní.
29. V naší rodině se dost často stává, že nemůžeme najít věci, které právě potřebujeme.
30. O většině věcí v naší rodině rozhoduje zpravidla jen jeden člen.
31. Naše rodina drží spolu.
32. Říkáme jeden druhému o svých osobních problémech.
33. Členové naší rodiny jen málokdy ztrácejí nervy.
34. Přicházíme domů a odcházíme z domu, kdy se nám to hodí.
35. Věříme v soutěžení a tomu, že „vyhrát může jen ten nejlepší“.
36. Nemáme velký zájem o kulturně-propagační a vzdělávací programy v televizi (např. dokumenty).
37. Chodíváme dost často do kina, na sportovní akce, stanovat apod.
38. Věříme, že v životě je vše dopředu určené, že je to osud.
39. Dodržování času je v naší rodině velmi důležité.
40. Kontroluje se, co a jak jsme doma udělali.
41. Když je doma potřeba něco udělat, zřídka někdy se někdo dobrovolně nabídne.
42. Pokud nás najednou napadne něco udělat, tak jednoduše vstaneme a jdeme.
43. Členové naší rodiny se často vzájemně kritizují a něco si vyčítají.
44. Členové rodiny nemají doma skoro žádné soukromí.
45. Když něco děláme podruhé, vždy se to snažíme udělat trochu lépe.
46. V naší rodině zřídka někdy vedeme nějaké intelektuální diskuse.
47. Každý člen naší rodiny má nějakého „konička“, nebo i více.
48. Členové naší rodiny mají vyhraněný názor na to, co je dobré a co zlé.

49. Členové naší rodiny často mění svoje rozhodnutí.
50. Klade se velký důraz na dodržování toho, na čem jsme se dohodli.
51. Členové naší rodiny se opravdu dokáží jeden za druhého postavit.
52. V naší rodině si nemám komu postěžovat.
53. Členové naší rodiny někdy i udeří jeden druhého.
54. Členové rodiny se nespolehají jeden na druhého, když je potřeba řešit vlastní problémy.
55. Málokdy se trápíme kvůli pracovnímu (kariévnímu) postupu nebo známám ve škole.
56. Někdo v naší rodině hraje na hudební nástroj.
57. Členové rodiny se nezapojují do žádných rekreačních aktivit mimo práce a školy.
58. Dny nám ubíhají v běžných starostech a moc se nezamýšlíme nad smyslem života.
59. Členům rodiny záleží na tom, aby byl v bytě pořádek.
60. Každý člen rodiny má stejnou možnost zasahovat do rodinných rozhodnutí.
61. V naší rodině chybí družná(=přátelská) nálada.
62. Mluvíme otevřeně o penězích, cenách a platech.
63. Když vznikne v naší rodině nějaké nedorozumění, vždy se snažíme zachovat klid a uvést věci na správnou míru.
64. Členové rodiny velmi podporují jeden druhého v tom, aby se nebáli postavit za svoje práva.
65. V naší rodině se příliš nesoustředujeme na dosahování úspěchů.
66. Členové naší rodiny chodí často do knihovny.
67. Členové rodiny navštěvují čas od času z vlastního zájmu různé kurzy, kroužky, hodiny (mimo školu)
68. V naší rodině má každý člen jiný názor na to, co je správné a co nesprávné.
69. Každý člen rodiny jasně ví, jaké jsou jeho povinnosti.
70. V naší rodině si můžeme dělat, co se nám chce.
71. Skutečně velmi dobře jeden s druhým vycházíme.
72. Starostlivě zvažujeme, co jeden druhému povíme.
73. Členové naší rodiny se často vzájemně urážejí, snaží se jeden druhého porazit.
74. Je těžké si udělat doma něco po svém, protože vždy se někdo cítí dotčený.
75. V naší rodině platí zásada – nejprve práce, potom zábava.
76. Dívání se na televizi (nebo práce s PC) je v naší rodině důležitější než čtení knih.
77. Členové naší rodiny chodí často do společnosti.
78. Členové naší rodiny čtou denně noviny.
79. S penězi se u nás nezachází velmi šetrně.
80. U nás se musí bez výhrad dodržovat přísná disciplína.
81. Každému členovi naší rodiny se věnuje přiměřené množství času a pozornosti.
82. Často spolu upřímně debatujeme.
83. V naší rodině převládá názor, že ničeho nedosáhneš, když budeš zvyšovat hlas.
84. Nemáme doma ve zvyku mluvit směle každý sám za sebe.
85. Členové naší rodiny se často porovnávají s ostatními, kdo je lepší v práci anebo ve škole.
86. Členové naší rodiny mají velmi rádi hudbu, výtvarné umění a literaturu.
87. K hlavním druhům zábavy v naší rodině patří dívání se na televizi, poslouchání rádia nebo brouzdání po internetu apod.
88. Myslíme si, že lidé jsou dobří jen proto, že se bojí trestů.
89. Nádobi se obvykle sklízí (umývá) hned po jídle.
90. V naší rodině nám moc věcí jen tak lehce neprojde.