

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

Fakulta humanitních studií



Bakalářská práce

**Rodinné vlivy jako rizikový faktor
při poruchách příjmu potravy**

Jana Povolná

Vedoucí práce: PhDr. Markéta Habermannová, Ph.D.

PRAHA 2013

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 17. 5. 2013

.....
Podpis

Poděkování

Tímto bych chtěla vyjádřit poděkování vedoucí své bakalářské práce za odborné vedení, vstřícnost a věnovaný čas, dále všem dívkám, které se podílely na mém výzkumu a byly ochotny mi poskytnout rozhovor, a v neposlední řadě mé díky patří všem blízkým lidem, kteří mě podporovali a dodávali sílu po dobu celého mého studia.

OBSAH

ÚVOD	6
I. TEORETICKÁ ČÁST	8
1. CO JSOU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	8
1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE	9
1.2 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ BULIMIE	11
2. VÝSKYT ANOREXIE A BULIMIE	12
3. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PPP	13
4. PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY PPP	14
5. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY	15
5.1 VYMEZENÍ POJMŮ	16
5.1.1 Bio-psycho-sociální podmíněnost	16
5.1.2 Rizikové faktory	16
5.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY	17
5.2.1 Ženské pohlaví.....	17
5.2.2 Dospívání.....	18
5.2.3 Tělesná hmotnost.....	18
5.3 GENETICKÉ FAKTORY	19
5.4 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY	19
5.4.1 Osobnostní rysy	19
5.4.2 Deprese	20
5.4.3 Nedostatek lásky a zadržované emoce	21
5.4.4 Jiné psychické poruchy	22
5.5 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI	22
5.6 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY	22
5.6.1 Vliv kultury a médií na body image	22
5.6.2 Kulturní specifika	23
5.6.3 Současný pohled na sociokulturní model	24
5.7 RODINNÉ FAKTORY	24
5.7.1 Rodina – zdroj zdravých i škodlivých návyků	24
5.7.2 Vliv rodiny a PPP	25
5.7.3 Charakteristiky rodin s PPP	27
5.7.4 Charakteristika matek	30
5.7.5 Charakteristika otců	32
5.7.6 Charakteristika sourozenců.....	32
6. RODINNÁ TERAPIE - DŮLEŽITÁ SOUČÁST LÉČBY PPP	33
7. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V RÁMCI RODINY	34
8. VÝZKUMNÉ STUDIE SLEDUJÍCÍ VLIV RODINY NA PPP	35

II. EMPIRICKÁ ČÁST	39
1. ÚVOD	39
2. METODOLOGIE	39
2.1 CÍL A ÚČEL VÝZKUMU	39
2.2 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK	40
2.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKY SBĚRU DAT	41
2.4 ZPŮSOB VÝBĚRU A POPIS VZORKU	42
2.5 ZÁZNAM A ZPRACOVÁNÍ DAT	44
3. SLOŽENÍ A POPIS VZORKU	46
3.1 ÚVODNÍ PŘEDVÝZKUM	46
3.2 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU	46
4. ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT	49
4.1 KATEGORIZACE DAT	49
4.1.1 Psychické poruchy v rodině	49
4.1.2 Chaotické jídelní návyky a společné stolování	50
4.1.3 Ohrožující jídelní postoje u rodičů	50
4.1.4 Zvláštní či nedostatečná komunikace v rodině	52
4.1.5 Rozvod rodičů a vztah s nevlastním otcem	53
4.1.6 Nevhodné komentáře ohledně tloušťky a tělesného vzhledu	53
4.1.7 Hádky a sourozenecké boje v rodině	54
4.1.8 Výchovný styl v rodině	55
4.1.9 Dokonalá, výkonná, úspěšná = štíhlá	56
4.1.10 Významné životní události	57
4.1.11 Emoční a hierarchická nevyváženost v rodině	58
5. SHRUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE	60
5.1 STRUČNÝ PŘEHLED VÝSLEDKŮ	60
5.2 DISKUZE	64
5.3 OMEZENÍ VÝZKUMU	70
III. ZÁVĚR	73
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY	75
SEZNAM PŘÍLOH	78

ÚVOD

„Kéž bych tak byla malý ptáček a mohla od nich ode všech uletět někam pryč. Daleko od jídla a hlasu, co mám v hlavě. Byla jsem si vědoma toho, že jsem nemocná, ale neměla jsem sílu sama se uzdravit. Často jsem večer v posteli meditovala, ale vždycky to skončilo tak, že mé myšlenky ovládl ten hlas. Občas na krátkou chvíli zmizel a to bylo krásné. Tehdy jsem mohla být sama sebou a smát se a věřit, že i já mám nějakou budoucnost. Budoucnost, ve které budu veselá a šťastná. Doufala jsem, že se stane zázrak a já potkám někoho, kdo mi bude schopný pomoci vystoupit ze začarovaného kruhu.“

Maria Hirse (2005)

Předkládaná bakalářská práce se zabývá aktuálním a v současnosti stále více exponovaným tématem, kterým jsou poruchy příjmu potravy (dále též „PPP“), jež by se daly zařadit mezi civilizační choroby, třebaže za jejich příčinami nestojí zhoršené životní prostředí, nedostatek pohybu, nekvalitní spánek, přemíra tuků ve stravě či stres, alkohol nebo kouření. Jejich příčiny jsou často tak hluboké a rozmanité, že se nedají jednoznačně určit. A co víc, postiženou oblastí se stává především psychika člověka, jeho duše, kterou nelze tak lehce uzdravit a podat jí zázračnou pilulku, po níž přijde úleva a harmonie. Tato psychosomatická onemocnění, která se objevují ve stále větším měřítku, vyžadují dlouhodobou léčbu, cílené zaměření na pacienta, jeho individualitu, subjektivní pocity a prožitky a také, pokud je to možné, spolupráci rodiny či nejbližších příbuzných.

Problematicke těchto onemocnění je sice věnována velká pozornost v literatuře i výzkumu, ale stále o nich, i vzhledem k jejich komplikovanosti a nejasným příčinám, víme velmi málo. Nikdo z normálně se stravujících jedinců netuší, jakým utrpením postižené dívky procházejí, jaký boj musí svádět samy se sebou, a že cesta k uzdravení je dlouhým a náročným procesem, v němž je zapotřebí odborné psychologické pomoci.

Rozporuplný postoj veřejnosti, předsudky vůči tomuto psychogennímu onemocnění, záhadnost a obtížná uchopitelnost této psychiatrické diagnózy a v neposlední řadě i varovný růst případů tohoto onemocnění, byly důvodem, proč jsem si vybrala toto společensky aktuální téma do své bakalářské práce a výzkumné studie.

Ze široké skupiny možných příčin vedoucích k rozvoji poruch příjmu potravy, konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie, jsem se soustředila na rodinné aspekty. Rodina, její fungování a styl rodinné interakce jsou považovány v souvislosti s poruchami příjmu potravy za významný rizikový faktor, kterému je stále věnována velká pozornost. Nejenže rodina může mít svůj podíl na vzniku PPP, ale sehrává i důležitou úlohu v prevenci a v psychologickém procesu uzdravování nemocného jedince, který v první řadě

potřebuje podporu svých nejbližších, jejichž trpělivý, nedramatický, empatický, laskavý, současně však pevný přístup představuje velkou pomoc na cestě zpět k uzdravení.

Jelikož se onemocnění PPP týká především dívek a žen, zaměřuji se v této práci výhradně na osoby ženského pohlaví, které tvoří i výzkumný soubor.

Cílem bakalářské práce bylo hlubší poznání rodinných vztahů a fungování rodiny z perspektivy dívek s psychopatií ve vztahu k jídlu. Před zahájením vlastního výzkumu jsem nastudovala potřebné množství informací o povaze tohoto psychosomatického onemocnění, jeho zdravotních, psychických a sociálních důsledcích, o příčinách i dostupné léčbě a prevenci, jejichž stručný popis je obsahem teoretické části práce. Pozornost byla věnována zejména dosavadním zkušenostem a znalostem, které v oblasti rodinné sémantiky a konstelace načerpali odborníci prostřednictvím terapeutické práce s dívkami s poruchou příjmu potravy a jejich rodinami.

Teoretická část této práce tak slouží jako paradigmatické ukotvení zahrnující dosavadní stav vědeckého poznání v oblasti poruch příjmu potravy s důrazem na rodinné prostředí. Empirická část je založena na kvalitativním výzkumném šetření, které spočívalo v uskutečnění rozhovorů s dívkami trpícími poruchou příjmu potravy. V rodinách, které popisovaly a hodnotily samotné dívky, jsem hledala podobnosti, shody či rozdíly s teoretickými koncepty vyvozenými z dosavadních výzkumných šetření a studií a pokusila jsem se vytvořit ucelený obraz rodiny, z níž pocházejí dívky tvořící desetičlenný výzkumný vzorek. Do jaké míry si budou tyto rodiny podobné, zda bude možné z výsledků stanovit obecný model rodiny, nebo naopak zda budou zjištění rozporuplná, by měla také ukázat předložená výzkumná práce.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. CO JSOU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy se označují za bio-psycho-sociální onemocnění, na nichž se podílejí vývojové, osobnostní, rodinné a sociokulturní faktory. Obecně lze tedy říci, že PPP vznikají důsledkem vlivu sociálních a kulturních sil prostředí, nepříznivých životních událostí, narušených vztahů v rodině, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a konečně i genetických a biologických faktorů.

Mezi nejčastější a nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie (dále též „MA“) a mentální bulimie (dále též „MB“), kterým budou věnovány následující kapitoly. Jedná se o onemocnění postihující především dívky a mladé ženy. Hlavním důvodem, proč k tomuto onemocnění inklinuje převážně ženská populace je, že právě ženy se stávají snadnými oběťmi tyranie štíhlosti, jejíž dominantní model je prostoupen současnou společností.

Obě psychosomatické poruchy charakterizuje chorobná snaha o dosažení a udržení štíhlé postavy, která je spojená s nespokojeností s vlastním tělem a nadměrnou pozorností věnovanou vzhledu a tělesné hmotnosti. Panický strach z tloušťky vede k přijetí nesprávných jídelních návyků, k odmítání potravy a jedinci se uchylují ke zdraví ohrožujícím praktikám či k jinému nevhodnému kompenzačnímu chování, které brání energetickému příjmu. Postižení se přehnaně zabývají vlastními tělesnými proporcemi, pociťují silně ambivalentní vztah k jídlu, odmítají ho, ale přitom neustále na něj myslí. Odmítnutí jídla vnímají jako vítězství nad sebou samým, mají radost, že se dokáží kontrolovat a ovládnout. V opačném případě, když nevydrží a něco snědí, byť by to bylo malé množství jídla, přicházejí výčitky, špatná nálada a sebenenávist. Dívky si potom ukládají tresty v podobě nadměrného cvičení, hladovění nebo používají další kompenzační techniky jako vynucené zvracení, užívání projímadel či diuretik, které současně mají představovat znovuzískání kontroly nad jídlem.

Obě onemocnění si jsou podobná v celé řadě dalších aspektů. Jejich hlavní rozdíl spočívá v závažnosti podvýživy, v metodách používaných k regulaci váhy a viditelně odlišujícím znakem je tělesná váha (Krch a kol., 1999). Velmi často se stává, že po anorektické fázi onemocnění přejde do bulimické formy, neboť mnohé anorektičky nevydrží nepřetržitý a neukojený hlad a dříve či později podlehnou záchvatu přejídání. Cooper (1995) uvádí, že až polovina anorektiček pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlem a přejídá se.

Záchvatovité, nebo-li psychogenní přejídání se rovněž řadí mezi PPP a také podobně jako bulimie se vyznačuje ztrátou kontroly nad konzumací jídla, ale nedoprovází ho zvracení či zneužívání projímadel a diuretik. Mezi další, méně častější, relativně nové formy tohoto onemocnění patří ortorexie a bigorexie a drunkorexie¹, které se také vyznačují určitými patologickými specifiky v zacházení s jídlem.

Narůstá rovněž počet pacientů, kteří se řadí do kategorie atypických nebo nespecifikovaných PPP (tzv. subklinické formy), neboť nesplňují všechna diagnostická kritéria, ale přesto vykazují typický klinický obraz a vyžadují i stejnou pozornost i léčbu (Papežová a kol., 2005). Mentální anorexie, mentální bulimie a jejich atypické formy jsou přesně definovány v diagnostických příručkách MKN-10² a DSM-IV³, jejichž kritéria jsou běžně užívána v klinické praxi, ve výzkumu a v publikační činnosti (Krch a kol., 1999).

Seznam diagnóz všech kategorií poruch příjmu potravy včetně diagnostických kritérií MA a MB podle MKN-10 a DSM-IV jsou uvedeny v příloze č. I. této práce.

1.1 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Anorektičky trpí narušeným vnímáním vlastního těla, udržují si nízkou tělesnou hmotnost, jejich neustálá snaha zhubnout jim nedovolí zdravě a přiměřeně energetickému výdeji se najíst a dlouhodobý nedostatek živin může vést až k ohrožení života. Jejich strach z tloušťky vede kromě drastického omezení jídla k nadměrnému cvičení, užívání anorektik, diuretik či k vyvolávání zvracení (Krch, 2010).

U postižené dívky se projevují výrazné výkyvy nálad, bývá vztahovačná, náladová, přecitlivělá, výbušná, protivná sobě i svému okolí, často je nekomunikativní a uzavřená do svého světa. Na otázky ohledně jejího jídla či její vyhublosti reaguje odmítavě, nemoc popírá a uchyluje se k různým fabulacím a lžím. Uzavírá se do sebe, ztrácí zájem o vše kolem sebe - o přátele, koníčky, zábavu, její svět se zužuje na kontrolu hmotnosti a příjmu potravy. Nebezpečí nastává, když její podvyživené tělo je natolik oslabené, že jsou

¹ Ortorexie označuje patologickou posedlost zdravou výživou a závislost na biopotravínách. Bigorexie je porucha body image. Postižení, jejichž převážnou část tvoří muži, tráví mnoho hodin denně v posilovnách, užívají nejrůznější doplňky stravy, především preparáty na bázi bílkovin a aminokyselin nebo také anabolické steroidy. Drunkorexie označuje opakované redukování příjmu potravy s cílem snížit příjem kalorií a dovolit si tak pít více alkoholu.

² Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí - číselník diagnóz, který je v souladu s desátou revizí Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů. V České republice je tato klasifikace v platnosti od roku 1994 (ÚZIS ČR, dostupné na <http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>).

³ Čtvrtá revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace. Jedná se o mezinárodně používanou příručku pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch.

v ohrožení životní funkce organismu. „Pacientky s anorexií je mnohdy nutné hospitalizovat, neboť toto onemocnění končí často letálně“ (Hall, Cohn, 2003, s. 25).

Začátek typický pro toto onemocnění spadá do rané puberty, kdy dochází k výrazným změnám ve vývoji těla. Pokud dívka podvědomě odmítá svůj přerod z dítěte v ženu, snaží se udělat vše, aby ho zastavila. Ze strachu z oblých tvarů, ze sexuality nebo ze své „ženskosti“ začne omezovat příjem potravin a hladovět. Její obava dospět a přijmout své tělo s plnějšími křivkami spolu s narušením body image⁴ jsou podporovány společenským paradigmatem, který promlouvá ze stránek časopisů, reklam a televize ve prospěch nerealisticky štíhlých těl.

Jedním z kritérií pro splnění diagnózy MA je tělesná hmotnost, která musí být o 15 % nižší, než odpovídá normě pro danou věkovou skupinu, výšku a tělesný typ nebo BMI 17,5 a nižší⁵. Při nízké hmotnosti s nedostatečným podílem tuků přestává žena, pokud není užívána náhradní hormonální léčba, menstruat (Marádová, 2007). Absence menstruace je tak dalším diagnostickým kritériem, který je spolu s již zmiňovaným strachem z tloušťky a zkreslené představě o vlastním těle definován podle diagnostických příruček MKN-10 a DSM-IV (více viz příloha č. I.).

Příručka MKN-10 (2006) obsahuje upozornění, že termín mentální anorexie by se neměl zaměňovat se stavy podobajícími se mentální anorexii, jež však vznikly v důsledku somatické choroby. Jinými slovy řečeno, je třeba odlišit duševní poruchu mentální anorexie od ztráty chuti k jídlu způsobenou chronickou somatickou chorobou (související s trávicím traktem apod.).

V lékařské praxi se rozlišují dva konkrétní typy MA, které blíže specifikuje DSM-IV. První typ, tzv. restriktivní, se vyznačuje omezováním příjmu potravy prostřednictvím diet, hladověním nebo nepřiměřenou fyzickou námahou bez výskytu záchvatů přejídání. Naopak u druhého, tzv. purgativního typu se tyto záchvaty přejídání pravidelně objevují a kalorií se jedinci zbavují vedle způsobů restriktivních ještě pomocí vyprovokovaného zvracení, zneužívání diuretik a projímadel (Hall, Cohn, 2003). U tohoto typu anorexie je hlavním rozpoznávacím znakem vyhublost a označuje se také někdy jako bulimický typ MA (Krch, 2010).

⁴ Body image = vnímání vlastního těla. Podle Fialové (2001) tělesné sebezpojetí představuje psychologicko-fenomenologickou část tělesné zkušenosti, která zahrnuje všechny emocionálně afektivní procesy jednotlivce (pocity, představy), jež se vztahují k vlastnímu tělu.

⁵ Body Mass Index = index tělesné hmotnosti ve vztahu k tělesné výšce. Jeho hodnota se vypočte vydělením hmotnosti daného člověka druhou mocninou jeho výšky v metrech (Fialová, 2001).

1.2 CHARAKTERISTIKA MENTÁLNÍ BULIMIE

Bulimie je méně nápadná než anorexie, postižení si vcelku udržují průměrnou váhu, ale vyskytují se u nich časté epizody přejídání s konzumací velkého množství jídla během krátké doby. Po záchvatu přejídání následuje kompenzace v podobě zvracení, zneužívání projímadel, diuretik, nepřiměřeného cvičení či následuje fáze hladovění, kterou vzápětí vystřídá další nadměrný kalorický příjem. Neukojitelný hlad je i reakcí na dlouhodobé hladovění a odpírání si „zakázaných“ potravin, které postižená konzumuje hlavně během záchvatu.

I dívky trpící bulimií trápí nadměrný strach z tloušťky, ale na rozdíl od vyhublých anorektiček se považují za neúspěšné, jsou zoufalé ze svého neustálého ztracení kontroly nad jídlem, pronásledují je pocity viny z přejídání, výčitky a deprese. Osoby trpící bulimií mají stejně jako anorektičky obvykle zkreslenou představu o vlastním těle. „Řada odborníků pracujících s poruchami příjmu potravy se domnívá, že právě pokřivené chápání tvaru a hmotnosti postavy a jejich významu je u bulimie vlastně klíčovou poruchou“ (Cooper, 1995, s. 34).

Pro bulimičky jsou typické pocity méněcennosti a nízké sebevědomí. Krch (2003) uvádí, že na začátku i na konci bulimie je nejistota, která jde ruku v ruce s nízkým sebehodnocením. Samozřejmě tato nejistota, která vede k extrémnímu zabývání se svým vzhledem a váhou, provází i anorexii (Krch, 2010). Nadměrná obava ze selhání, nedostatků a nedokonalostí vytváří vnitřní napětí, které se snaží zmírnit jídlem, jež se stává posedlostí a závislostí a u postiženého se postupně dostávají závažná tělesná poškození, nepříznivé psychicko-sociální následky, jako pocity viny, hanby, selhání, deprese, mezilidské problémy a další potíže (Leibold, 1995).

Po přejedení člověk trpící bulimií necítí nevolnost, ale zoufalství a nutkání. Přejídání a vyprazdňování na chvíli zbavuje stresu a bezprostředně na konci tohoto cyklu nastupuje pocit opojení, čistoty, uvolnění, vyprázdněné mysli a emoční otupělosti (Hall, Cohn, 2003). Přejídání je tak zoufalým pokusem vyrovnat se se stresem, strachem, samotou, s depresivními náladami a jinými negativními zážitky. Tento způsob úniku z kruté reality života je ale krátkodobý, po záchvatu a pročištění se pocity zoufalství a méněcennosti stupňují a bulimický kolotoč začne stále více a více ničit zdraví a psychiku nemocné.

I bulimii provází strach z tloušťky, který zesiluje pocit nespokojenosti se svým tělem. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, nestabilitě nálad i depresivním poruchám.

K určení diagnózy bulimie je podle Krcha a kol. (1999) třeba tří základních znaků, které jsou specifikovány v MKN-10 a DSM-IV, a to opakující se epizody přejídání provázené ztrátou kontroly nad jídlem, opakované nepřiměřené kompenzační chování s cílem zamezit zvýšení hmotnosti a třetím znakem je nadměrná pozornost věnovaná tělesným proporcím, hmotnosti a svému vzhledu (Krch a kol., 1999).

Podobně jako u anorexie se podle DSM-IV rozlišují dva specifické typy bulimie. Pokud u postižené osoby opakovaně dochází k pravidelnému zvracení nebo zneužívání laxativ nebo diuretik, jedná se o tzv. purgativní typ. Pokud se epizody přejídání střídají pouze s dietami a excesivním cvičením, mluvíme o nepurgativním typu bulimie.

2. VÝSKYT ANOREXIE A BULIMIE

Počty nemocných osob s poruchami příjmu potravy se sledují velmi obtížně. Psychiatrické záznamy mohou poskytnout údaje o počtu pacientů, kteří byli léčeni ambulantně nebo byli hospitalizováni v nemocnicích. Postižené osoby totiž nemusí vůbec vyhledat lékařskou pomoc nebo lékaře navštíví třeba s tím, že trpí depresí nebo zažívacími obtížemi. Krch a kol. (1999) uvádí, že skutečný celkový výskyt onemocnění může být vyšší, než se domníváme. Výsledky epidemiologických studií se mohou lišit v závislosti na používaných diagnostických kritériích, metodách výzkumu a výběru vzorku populace.

Mentální anorexie začíná nejčastěji ve věku 13-20 let, mentální bulimie později, obvykle mezi 16-25 lety, ale v poslední době se onemocnění přesouvá i do jiných věkových kategorií, výjimkou není počátek poruchy až po třicátém roce věku či naopak anorexií onemocní malé 10leté děti (Krch a kol., 1999). Mentální anorexií a bulimií jsou desetkrát až dvacetkrát častěji ohroženy dívky než chlapci (Marádová, 2007). Odborníci předpokládají, že mentální bulimií v České republice trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena (Krch, 2003). Každoročně však stoupá procento chlapců a mužů, jež mají potíže s přijímáním potravy.

Nejdůležitějšími ukazateli výskytu MA a MB jsou prevalence a incidence. Prevalence udává poměr počtu nemocných k počtu obyvatel v dané lokalitě ve sledovaném časovém období (uvádí se v %). Incidence vyjadřuje počet nových případů onemocnění v populaci za určité časové období (nejčastěji se uvádí výskyt u 100 000 obyvatel na 1 rok) (Novák, 2010).

V populaci mladých dívek je udávána prevalence MA v rozmezí 0,2 až 0,8 %. Prevalence MB se podle střízlivých odhadů u žen kritického věku pohybuje v současnosti mezi 1-3 % (Krch a kol., 1999). Nejvyšší incidence MA byla zjištěna u dívek

mezi 15-19 lety. Přesná čísla pro incidenci MB nejsou k dispozici, ale většina odborníků se shoduje, že k dramatickému vzestupu, který překonal incidenci MA, došlo v průběhu sedmdesátých a osmdesátých let. Míra prevalence a incidence PPP v České republice odpovídá hodnotám v západních zemích a jejich mírně vzestupné tendenci (Novák, 2010).

3. ZDRAVOTNÍ DŮSLEDKY PPP

Poruchy příjmu potravy způsobují řadu zdravotních komplikací, které souvisejí především s úbytkem hmotnosti a nedostatečnou výživou. Anorexie je většinou nápadná ve svých příznacích, podvyživená osoba budí pozornost nedostatkem svalové tkáně, je vyhublá, bledá, tělo strádá nedostatkem výživy. Osoba trpící bulimií si obvykle udržuje průměrnou tělesnou hmotnost a na rozdíl od anorektičky je obtížnější kvůli nenápadným znakům tuto poruchu rozpoznat.

Ze zdravotních obtíží se při PPP nejprve objevuje zácpa, porucha menstruačního cyklu a zimomřivost. Kromě celkové únavy, svalové slabosti, citlivosti na chlad, zhoršení kvality pleti, kožních problémů, vypadávání vlasů či oslabeného krevního oběhu se dostávají srdeční obtíže, dochází k odvápnění kostí, v důsledku nedostatku živin k poškození jater, ledvin a k oslabení celkové obranyschopnosti organismu. Se zmenšením žaludku jsou spojeny pocity nevolnosti a přejedení již při konzumaci přiměřené porce jídla. U velmi mladých dívek se může zpomalit růst a opozdit puberta (Krch, 2003; Marádová, 2007).

V důsledku zvracení, nadužívání laxativ nebo diuretik dochází k narušení rovnováhy tělesných tekutin a solí, které nadměrně zatěžuje srdce a ledviny. Nízká hladina draslíku vyvolává vážné nepravidelnosti srdečního rytmu. Časté zvracení způsobuje otoky slinných žláz a erozi zubní skloviny. Na projímadlech, které podobně jako zvracení a diuretika narušují vnitřní rovnováhu tělesných tekutin a solí, se může vytvořit závislost a k dosažení požadovaného účinku je nutné postupně zvyšovat dávky, což však může způsobit vážné komplikace v oblasti tlustého střeva. Postižené osoby tyto prostředky (zvracení, zneužívání projímadel a diuretik) používají k posílení pocitu kontroly nad svou hmotností, je však prokázáno, že ani jeden z nich nemá vliv na regulaci tělesné hmotnosti. Pouze vedou ke ztrátě tekutin, které se zase tělo naopak snaží zadržovat a to vede k nepříjemným otokům, které postižená přičítá svým neúspěšným pokusům zhubnout a selháním v kontrole příjmu potravy (Krch, 2003).

Zdravotní rizika, která jsou spojena s tímto onemocněním, by měla mít z hlediska zdravého rozumu pro postiženou osobu odstrašující vliv a odradit ji od dalšího škodlivého

chování, ale posedlost po štíhlém těle je silnější než pud sebezáchovy. Postižená osoba velmi často odmítá přijmout pomoc, nevěří vlastnímu tělu, nedokáže se vyznat ve svých tělesných i duševních pocitech, přemýšlí mozkiem nemocného člověka a nestrachuje se ani tak o svůj život; jen převládají obavy, že sní víc, než je schopna připustit.

Z celkového výčtu fyzických důsledků nedostatečné výživy je patrná jejich závažnost, nevratné tělesné změny a nebezpečí ohrožení života. Ovšem i přesto jsou poruchy příjmu potravy, jak ukazuje praxe, stále podceňovány a bagatelizovány (Marádová, 2007). Obecně platí, že čím dříve se přistoupí k léčbě, tím rychlejší a úspěšnější budou její výsledky a předejde se rozsáhlejšímu psychickému a fyzickému poškození organismu.

4. PSYCHICKÉ A SPOLEČENSKÉ DŮSLEDKY PPP

Poruchy příjmu potravy nemají pouze somatické, ale i psychické důsledky, které se projeví v osobním a společenském životě postižené osoby. Nemoc ovládá jejich myšlení, prožitky a chování, všechno kolem sebe vnímají jinak – pokřiveně a subjektivně. Nemocné dívky bývají zvýšeně vztahovačné, egocentrické, uzavírají se do sebe a všechno vnímají v perspektivě svých obtíží. Jejich svět se výrazně zúží a zájem se soustředí jen na jídlo, zdravou výživu a váhu. Poruchy příjmu potravy negativně působí nejen na osobní život pacienta, ale představují problém i pro celé jeho nejbližší okolí. Narušeny jsou vztahy s vrstevníky, partnery a především vztahy v rodině.

Z počátku může anorektická dívka pociťovat sebeuspokojení, vzrůst sebevědomí a aktivity, když se jí daří kontrolovat v jídle a hubnout, ale jak uvádí Marádová (2007), je jenom otázkou času, kdy nemoc začne negativně ovlivňovat vnímání a prožívání nemocného. Dívky ztrácí zájem o své okolí, jejich posedlost po štíhlosti a zmatenost z vlastních pocitů je spoutává, stahuje do sebe a omezuje v činnostech, zábavě a potěšení, které si dopřává člověk zdravý. Jejich nálada kolísá v závislosti na tělesné hmotnosti a stupni sebekontroly. Štíhlost, která by jim měla dodat sebedůvěru, není stále dokonalá. Když se jim nedaří, dostávají se pocity viny, selhání, neschopnosti, sebenenávist a deprese (Marádová, 2007).

Pro nemocné dívky je charakteristická porucha tělesného schématu, tělo je vnímáno velmi negativně, dívka se cítí tlustá, ošklivá, ztrácí důvěru ve vlastní tělo a její fyzické pocity se spolu s negativním sebehodnocením promítají do její psychiky. „Chuť k jídlu, tělesná potěšení a pohlavní touha jsou tvrdošíjně potlačovány“ (Krch a kol., 2005, s. 171).

Postižený jedinec dokáže buď vůbec nejíst a jeho kontrola nad jídlem je maximální nebo se kontrolovat nedokáže a druhým extrémem je potom přejedení. Skutečnost, že se

nedokáží vždy ovládat, považují za projev totálního selhání a současně mají pocit bezmocnosti a neschopnosti cokoli změnit. Postižené osoby si vytvářejí systém mylných, ale pevných přesvědčení, z nichž vyvozují další zhoubné závěry v hodnocení sebe i druhých (Hall a Cohn, 2003). Rovněž jejich zvyky, jídelní chování, podivné rituály vytvořené kolem jídla se vymykají normálu.

Utajování problému před rodiči, kamarády, spolužáky či kolegy je nutí k uzavírání se před ostatními, k izolaci. Dívky si začnou vytvářet své vlastní pojetí reality, ztrácí zájem o jiné věci a svou pozornost upínají k jídlu, tělesnému vzhledu a vlastním problémům. Jsou přesvědčeny, že rodina a přátelé nedokáží jejich problémy pochopit.

Okolí si může, ale také vůbec nemusí z počátku všimnout, že se něco s dívkou děje. Mnoho postižených dokáže po celé roky uchovávat své problémy s jídlem v naprosté tajnosti, zvláště bulimie není tolik nápadná, žena se za své chování stydí, přejídání si nechává na dobu, kdy je sama, pečlivě zakrývá příznaky svého onemocnění a zametá stopy po svých „jídelních orgiích“.

Cooper (1995) se vyjadřuje i k financování jídelních návyků bulimiček, které se stává velmi nákladné a může postižené přivést do dluhů nebo se takové osoby uchylují ke krádežím. Morální, společenský a rodinný život se tak může lehce ocitnout v troskách.

5. PŘÍČINY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

O možných příčinách PPP bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, avšak zjednodušené psychosociální, biologické ani rodinné modely nemohou vysvětlit hlavní příčinu tohoto komplexního onemocnění, neboť se jedná vždy o vzájemnou interakci různých vlivů. Spouštěcí i udržovací faktory nemusí spolu vůbec souviset a jejich kumulativní charakter neumožňuje ani jeden z nich spolehlivě určit. Problém vzniká i v případě odlišení determinujících rizikových faktorů od vlastních projevů nemoci, tedy určení, jde-li o příčinu či důsledek. Většina odborníků tak hovoří o multifaktoriální podmíněnosti PPP a s ohledem na biopsychosociální kontext volí i přístup, způsob interpretace a techniky v léčbě těchto onemocnění (Papežová a kol., 2010; Krch a kol., 2005).

V následujícím pojednání stručně vymezím pojmy, které jsou důležité pro porozumění etiologie PPP, a představím hlavní rizikové faktory, které zmiňuje většina odborníků, přičemž pozornost je věnována zejména rodinným aspektům, které neunikly zájmu již prvních badatelů zkoumajících abnormální vzorce rodinné interakce, výchovné styly, způsob rodinného života a charakteristiky rodičů dětí s jídelními poruchami.

5.1 VYMEZENÍ POJMŮ

5.1.1 Bio-psycho-sociální podmíněnost

Holistické pojetí člověka jako bio-psycho-sociální bytosti považuje za důležité pro fungování jeho těla i duše součinnost biologických, psychologických a sociálních faktorů. Živý organismus je systém, jehož jednotlivé části jsou ve vzájemné interakci a představují integrovaný determinovaný celek, který je třeba chápat v celém jeho bio-psycho-sociálním kontextu⁶.

Po překonání jednostranného biomedicínského modelu během minulého století bylo zdraví a nemoc každého člověka chápáno v širším psychosomatickém konceptu. Porucha jedné části celku působí na změnu v jiné oblasti a celý systém se tak dostává do nerovnováhy. Každý organismus reaguje jinak a potenciál změny zdravotního stavu je výsledkem mnohočetných interakcí různých skupin proměnných, mezi něž patří genetické predispozice, aktuální stav organismu, osobnostní vlastnosti, míra psychické odolnosti, životní styl jednotlivce, kvalita života společnosti jako celku a jiné další (Pelcák, 2005).

Poruchy příjmu potravy se rovněž pokládají za psychosomatická onemocnění, která vyžadují komplexní a multidisciplinární přístup zaměřený nejen na pacienta, ale i jeho nejbližší rodinu. Pro PPP platí, že neexistuje žádný klíčový rizikový faktor, který by je dokázal vysvětlit, ale vždy se jedná o konstelaci různých vlivů a událostí. Odborníci se shodují, že nelze stanovit jednu hlavní příčinu anorexie a bulimie, jejíž odstranění by vedlo k vyléčení (Marádová, 2007).

Krch a kol. (2005) upozorňuje, že multifaktorový koncept PPP však může některé odborníky svádět k interpretacím, že pokud je všechno stejně důležité, není skutečně důležité nic. K léčbě PPP by tak mělo být přistupováno s ohledem na stupeň rozvoje poruchy a adekvátně k tomu zvolit řešení somatických, psychických i sociálních stránek problému, které se týkají určitého pacienta, jenž vyžaduje diferencovaný a individualizovaný terapeutický plán.

5.1.2 Rizikové faktory

O rizikovém faktoru můžeme mluvit, až když máme na základě longitudinálních studií dostatek důkazů, že charakteristika či událost se vyskytla dříve než onemocnění. Pokud nám tyto údaje nejsou známy nebo poznatky pocházejí pouze z průřezových studií

⁶ Biopsychosociální přístup prosazoval jako jeden z prvních G. Engel v roce 1977, který poukazoval na nezbytnost rozšíření tradičního biomedicínského přístupu s jeho nedostačujícím důrazem na tělo a nemoc na úkor pacienta jako člověka (Pelcák, 2005).

a nelze jednoznačně rozhodnout, zda sledovaná okolnost onemocnění předcházela či následovala, mluvíme o korelátu (např. osobnostní rysy, nepříznivá životní událost). Rizikový faktor nelze považovat za příčinu choroby, pouze zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění (Papežová a kol., 2010).

Působení rizikového faktoru na nemoc může mít různé podoby. Za kauzální se označuje faktor, který působí na zvýšení či snížení sledovaného symptomu a jeho manipulací měníme pravděpodobnost výskytu onemocnění (např. kult štíhlosti). Rizikové faktory mohou být trvalé, tzn. nelze je změnit (pohlaví, rasa) nebo proměnlivé, které se mohou měnit samovolně (věk) nebo zásahem (psychoterapie). Zesilujícím faktorem Papežová a kol. (2010) označuje faktor, který posiluje negativní vliv rizikového faktoru. Udržovací faktor se nepodílí na vzniku onemocnění, nýbrž na jeho udržení. Na rizikové faktory se působí v rámci prevence a na udržovací faktory se zaměřuje léčba PPP.

Jako specifický faktor se označuje rizikový faktor, který predikuje pouze onemocnění PPP, nikoli jiná. Zvyšuje-li riziko, jak PPP, tak i ostatních duševních poruch považuje se za obecný rizikový (nespecifický) faktor (Papežová a kol., 2010).

Rizikové faktory se dělí do skupin, jež různí autoři člení podle vlastního klíče, ale jejich základní charakteristiky se shodují. K určení významu a vlivu jednotlivých rizikových faktorů je však zapotřebí dalších longitudinálních studií.

5.2 BIOLOGICKÉ FAKTORY

5.2.1 Ženské pohlaví

Jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj PPP je ženské pohlaví. Krch (2003) poznamenává, že stačí být ženou a riziko je nejméně desetkrát vyšší. Náchylnost k onemocnění se zvyšuje ještě v profesích, kde je vyžadována nízká tělesná hmotnost a bezchybný vzhled, jako např. u tanečnic, gymnastek, baletek či modelek.

Ženy kladou větší důraz na svůj zevnějšek, chtějí být atraktivní a obdivovány okolím. Ženská odvěká touha po kráse a dokonalosti a urputná honba za těmito pomíjivými hodnotami může překročit zdravou míru a zanechat následky na fyzickém i duševním zdraví.

Podle Hall a Cohn (2003) život v dnešní společnosti ženy neuspokojuje a PPP symbolizují tuto vnitřní prázdnotu. Ženy jsou zneužívány jako sexuální objekty, je zpochybňována ženská inteligence, role žen jsou omezené a nejasně definované. Tyto redukované, ohrožující, znevýhodněné a nenaplněné role, které společnost ženám přiznává,

v nich vzbuzují pocit ztráty kontaktu s vnitřním zdrojem síly a smyslu, vnitřní nestability, prázdnoty a potlačování emocí. Prostředkem k sebeovládání a získání jistoty a stability se může stát přísná regulace příjmu potravy, touha po štíhlosti a dokonalosti.

Za vytrvalou snahou zeštíhlet se u mladých dívek často hluboko uvnitř skrývá odmítnutí přijmout samu sebe - přijmout ženskou přirozenost, k níž patří mateřské zaoblené tvary. Fialová (2001) uvádí, že již osmileté dívky projevují nespokojenost se svou tělesnou hmotností a postavou a touží po společensky žádaném štíhlém těle. Spousta žen na celém světě tak podléhá tyranii štíhlosti a podstupuje držení nejrůznějších, mnohdy nesmyslných diet. Dospívající dcera, která se snaží matce podobat, se nepochybně vydá stejnou cestou.

5.2.2 Dospívání

Obzvláště kritickým obdobím se stává dospívání, kdy děti usilují o nezávislost na své rodině a svou citlivost a nejistotu zakrývají rouškou suverenity a drzosti. Dívky získávají typicky ženské tvary, jsou úzkostnější vůči své postavě a na pozadí všech tělesných, sociálních a psychických změn si vytváří svou identitu. Právě dívky v období puberty jsou k anorexii a bulimii nejnáchylnější. Jsou v mnohem větší míře konfrontovány s širším kulturním prostředím, snaží se vyrovnat oblíbeným hvězdám, chtějí vypadat jako topmodelky a drží nejrůznější diety. Fialová (2001) navíc uvádí, že pro většinu dnešních dospívajících znamená vzhled jediný hodnotný cíl, neboť žijí ve společnosti, která je hlídá a kritizuje.

Dospívající se stává sociálně vnímavějším, tím i zranitelnějším a soupeřivějším a jeho sebevědomí je labilnější. Zvláště negativní hodnocení, projevy a výroky bývají intenzivně prožívány a způsobují výkyvy v jejich sebehodnocení (Fialová, 2001). Hormonální změny s sebou přináší i negativní emoce, které se mohou spolu s nízkou sebedůvěrou, nespokojeností a snahou zhubnout, stát predisponujícím faktorem vzniku poruchy příjmu potravy (Krch, 2004).

5.2.3 Tělesná hmotnost

Riziko vzniku PPP se také zvyšuje u osob, které v důsledku geneticky nastavené přirozené hmotnosti mají větší míry v pase a přes boky, jež významně korelují s tělesnou nespokojeností a s výskytem jídelní patologie (Krch a kol., 1999). Sebevědomí takové nespokojené ženy kolísá spolu s její hmotností. Svou optimální zdravou váhu se snaží snížit dietami a organismus na snahu o redukci a kolísání váhy reaguje nejen úbytkem energie, ale i ztrátou hmoty a odpovědí v podobě známého „jo-jo“ efektu. Každý pokles hmotnosti

pomocí diet a hladovění pod hranici přirozeně dané váhy organismu ohrožuje jeho biologickou rovnováhu, dochází ke změně chování, k úzkosti a depresím.

Krch (2003) poznamenává, že na počátku problémů ve stravování je v naprosté většině případů redukční dieta: „Většina studií zatím prokázala, že redukční diety zvyšují riziko vzniku mentální anorexie nebo bulimie asi osmkrát“ (Krch, 2003, s. 36). Podle Papežové a kol. (2010) je držení diet považováno zejména u MA za korelát, neboť není jasné, kde končí dieta a začíná nemoc.

5.3 GENETICKÉ FAKTORY

Je možné, že dispozice k poruchám PP může být částečně vrozená? Bylo zjištěno, že pokud poruchou příjmu potravy trpí matka, u dcery roste nebezpečí vzniku této poruchy. Podobně byl zjištěn simultánní výskyt bulimie nebo anorexie u dvojčat, zejména jednovaječných, z čehož lze usuzovat, že PPP lze získat geneticky (Papežová a kol., 2010). Ovšem Cooper (1995) upozorňuje, že obě skutečnosti je možné vysvětlit také působením stejných podmínek, výchovy a vlivu okolí, nikoliv jen fyzickou dědičností. Otázkou tak zůstává, zda vysvětlením není pouhé sdílení stejného prostředí, jedné domácnosti, v němž jsou pro jeho členy standardem určité vzorce chování a myšlení, které mohou zvyšovat náchylnost k patologii v oblasti jídelního chování nebo k jiným duševním poruchám jako například depresi. Podle Krcha a kol. (1999) neexistují jednoznačné důkazy o míře a mechanismu genetické podmíněnosti PPP, nicméně udává poměrně častý výskyt dvojčat mezi svými pacienty. Papežová a kol. (2010) poznamenává, že otázka genetické predispozice u PPP není stále dořešena.

5.4 PSYCHOLOGICKÉ FAKTORY

5.4.1 Osobnostní rysy

U jedinců postižených psychogenní poruchou příjmu potravy se velmi často vyskytují podobné osobnostní rysy nebo specifické poruchy osobnosti. Odborníci soudí, že je to kombinace sklonu k perfekcionismu, nízkého sebehodnocení a pocitu neschopnosti, která je hlavním predisponujícím faktorem pro vznik poruch příjmu potravy (Cooper, 1995).

Anorektičky se podle Krcha a kol. (1999) vyznačují touhou po úspěchu, dodržováním společenských a etických norem, nadměrnou afektivní kontrolou, rigiditou a perfekcionismem, ale postrádají fantazii, vynalézavost a nezávislou vůli. „Většina dívek,

u kterých později došlo k rozvoji anorexie, měla v Cattellově dotazníku vysoké skóre introverze a vykazovala známky sociálních problémů“ (Krch a kol., 1999, s. 73).

Osoby trpící bulimií jsou vůči sobě i druhým obvykle příliš kritické, obtížně verbálně vyjadřují své pocity, mají strach z kritiky, vyhýbají se neshodám a mají nízké sebehodnocení. Mezi charakterové vlastnosti, které přispívají k nemoci, Papežová (2003) jmenuje: perfekcionismus, nereálné nároky a očekávání, úzkostnost spojenou s nejistotou a pocitem ohrožení, puritánství a asketismus, zranitelnost, závislost na druhých, sebekritičnost, nestálost, impulzivitu (typickou zejména pro bulimii). Uvedené specifické osobnostní rysy, se v průběhu rozvoje poruchy často ještě zvýrazňují.

Novák (2010) řadí mezi nejdůležitější faktory ovlivňující rozvoj a udržování PPP nízkou sebeúctu, s níž jsou spojeny výraznější reakce na kritiku vlastní osoby, častější fluktuace nálady a nestabilní sebepercepce.

Za slabiny výzkumů zabývajících se výskytem určitých psychických rysů u MA a MB považuje Krch a kol. (1999) jejich retrospektivní charakter, malý rozsah sledovaného vzorku, metodu popisu osobnosti založenou většinou na subjektivním sebesouzení nemocného, obtížnost hodnocení premorbidní osobnosti nedospělých dívek i skutečnost, že osobnostní struktura postižené a její sebehodnocení je již pod vlivem nemoci. Většina konfliktních psychických vlastností, které odlišují nemocnou osobu od jejího okolí, je tak z velké části důsledkem nemoci (Krch, 2010).

5.4.2 Deprese

U pacientů s diagnózou MA nebo MB se často ještě před vypuknutím nemoci objevují známky deprese a úzkosti, které jsou vlivem nemoci ještě podpořeny. Symptomy deprese však bývají vysvětlovány spíše jako důsledek různých zdravotních, psychických a sociálních problémů spojených s nedostatečnou výživou, nespokojeností s postavou, úbytkem hmotnosti či nepřiměřenou kontrolou (Krch a kol., 1999).

Úzkostné stavy, především bulimičky, často řeší právě jídlem, ale přejedení a následné pocity selhání vzápětí vyvolávají další negativní emoce. U většiny bulimických pacientek však příznaky deprese ustoupí, jakmile se jim podaří získat kontrolu nad příjmem potravy (Cooper, 1995). Ovšem Krch a kol. (1999) podotýká, že úzkostné pocity přetrvávají ještě dlouho po ústupu anorexie a bulimie nebo se dokonce ještě zvýrazní. U obou poruch obecně platí, že negativní sebehodnocení, pocity celkové nejistoty a bezcennosti, depresivní nálada a nedůvěra ve vlastní pocity představují nspecifické, ale přesto významné faktory zvyšující riziko PPP (Krch a kol., 1999).

Depresivní a úzkostné pocity rovněž zvyšují riziko sebevražedného chování pacientů s PPP. Autodestruktivní charakter těchto onemocnění vedl některé autory k myšlence, že jsou projevem suicidálních tendencí. Součástí léčby se stává i antidepressivní medikace, která se osvědčila zejména u bulimických pacientů, a to hlavně ve zmírnění obsesí nutících k přejídání a současně s tím i snížení četnosti zvracení a užívání laxativ (Cooper, 1995).

V důsledku depresivních a úzkostných stavů může docházet k sebepoškozování, kdy si nemocné dívky způsobují řezné rány po těle a úmyslně si působí bolest. Fyzická bolest, kterou si působí, alespoň na chvíli přehluší jejich duševní utrpení a uleví od nepříjemných pocitů. Cooper (1995) dodává, že kromě přímé formy potrestání je pořezání násilným vyjádřením hněvu na sebe sama a představuje způsob uvolnění napětí v situaci, kdy například narůstá nutkání se přejíst nebo krátce po přejedení.

5.4.3 Nedostatek lásky a zadržované emoce

Život bulimických patientek před vypuknutím nemoci často bývá citově nenaplněný. Nedostatek lásky, zejména té rodičovské, a chybějící spolusdílení, které dodává pocit sounáležitosti a bezpečí, se snaží nahradit pomocí jídla.

Podle Hall a Cohn (2003) se osobnost jedinců s MA i MB potýká s fyzickou, emoční, sociální a duchovní prázdnotou. Regulace příjmu potravy se stává u obou onemocnění prostředkem zvládnání silných emocí a citů nejrůznějšího druhu, ať už jsou to vztek, strach, deprese, negativní prožitky spojené s odmítnutím, samota, egoismus, obavy z nezávislosti či závislosti a obavy z lásky. Jídlo a rituály vytvořené kolem něj se stávají jakýmsi obranným mechanismem, náhražkou a útočištěm, místem klidu a bezpečí, kde se lze ukrýt před nepříjemnými situacemi, rozjitřenými emocemi, před zmateností z vlastních pocitů. Není to hlad po jídle, nýbrž po šťastném životě a po lásce. Nepotřebují žít a naplňovat svůj žaludek, nýbrž svou duši.

Hall a Cohn (2003) považují za ohrožující i neprožité pocity a nevyjádřené emoce. Dítě se s emocemi učí zacházet již od raného věku a tato zkušenost ho i v dospělosti hluboce ovlivňuje. V rodině, kde není zvykem vyjadřovat emoce, jejich projevy jsou nežádoucí, zahanbující a známkou slabosti, se je dítě snaží zakrývat a nepodaří-li se mu to, tak se za ně stydí. Takové dítě někdy nedokáže své pocity identifikovat a hovořit o nich, ale zadržované emoce se v něm hromadí a obava z jejich intenzity může během dospívání nebo až v dospělejším věku vyústit v záchvaty přejídání či naopak v odmítání jídla.

5.4.4 Jiné psychické poruchy

Krch a kol. (1999) poukazuje i na možný vztah poruch příjmu potravy a hraniční osobnosti, jejichž symptomy jsou si v mnohém podobné, jako například impulzivita, přejídání nebo depresivní sklony. Otázka vztahu různých psychických příznaků je neustále předmětem vědeckého výzkumu, neboť osoby trpící PPP jsou vnitřně velmi heterogenní skupinou pacientů, u nichž se lze setkat nejen s neurotickými rysy, obsedantně-kompulzivní nebo hraniční poruchou osobnosti, ale i s jinou psychopatií.

5.5 ŽIVOTNÍ UDÁLOSTI

Jedním z řady faktorů, který mohl mít zásadní vliv nebo se spolupodílí na vzniku PPP, jsou určité životní situace nebo události. Nejčastěji se jedná o narážky týkající se hmotnosti, jídla nebo vzhledu, problémy s vrstevníky, jejich odmítnutí, radikální životní změna, osobní neúspěch, nemoc nebo smrt v rodině, odchod z domova, sexuální či jiné konflikty a krize. Traumatizující zážitek či jinou stresovou událost si pacient vůbec nemusí pamatovat, bolestivá vzpomínka mohla být vytěsněna mimo vědomou oblast.

Krch a kol. (1999) však zpochybňuje relevanci sebesouzení nemocných ohledně určení spouštěcího faktoru PPP, kterým by mohla být výrazně stresující událost a dodává: „Přecenění nebo naopak podcenění určitých událostí hrozí téměř každé studii, protože už formulace otázky vyjadřuje určitou hypotézu o problému“ (Krch a kol., 1999, s. 65).

Američtí lékaři T. H. Holmes a R. H. Rahe vypracovali stupnici, která uvádí 41 pozitivních a negativních životních událostí, které jsou ohodnoceny body vyjadřujícími stupeň přizpůsobení, které musíme vynaložit, abychom se s událostí vypořádali. Zkrácená verze přehledu stresujících událostí, která je převzata od Papežové (2003), je uvedena v příloze č. II. této práce.

5.6 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY

5.6.1 Vliv kultury a médií na body image

Společnost a kultura do značné míry ovlivňují způsob, jak vnímáme své tělo a jak hodnotíme vzhled, jejichž tvary, míry a symetričnost jsou nám předkládány a předepisovány jako vzor krásy, který máme akceptovat, chceme-li být úspěšní a oblíbení. Společnost, v níž je ideálem štíhlé tělo, nám tak dává neustále důvody k nespokojenosti se svým vzhledem.

Většina autorů vidí v kultuře, která nekriticky oslavuje štíhlost, příčinu rostoucího počtu PPP. Cooper (1995) konstatuje, že současný módní průmysl vytváří jednoznačně

nezdravý obraz ženy a výrazně přispívá k současnému nárůstu výskytu jídelních poruch. Anorexii a bulimii tak můžeme považovat za vedlejší produkty společnosti, která si štíhlosti cení nadevše.

Podle nedávných studií jsou ženy manipulovatelnější prostřednictvím médií než muži a také přinášejí poznatek, že vystavení účinkům štíhlého ideálu je u žen zdrojem snížené sebeúcty, stresu, bulimických symptomů, pocitů viny, hanby, nejistoty a tělesné nespokojenosti (Novák, 2010).

Objemní lidé jsou oproti štíhlým považováni za sobecké, méně inteligentní, méně oblíbené, lenivé a požitkářské (Novák, 2010). Předsudky vytvořené společností vůči obezitě a naopak opěvování štíhlosti jsou zdrojem chybného nazírání na tělo a motivem k dosažení štíhlé postavy bez ohledu na zdraví.

5.6.2 Kulturní specifika

V průmyslových společnostech s nadbytkem běžně dostupných potravin je obecně přijímanou normou honba za štíhlostí, dietní šílenství a dobrovolné hladovění, které se v důsledku přenosu kulturních stereotypů a ideálů přesouvají do jiných etnických kultur, jež se přizpůsobují západním standardům života spolu s glorifikovaným obrazem štíhlé figury. Na tento nepříznivý vývoj upozorňuje i Krch (2003), a to na základě studií z Hongkongu, Japonska nebo Argentiny, které dokazují, že společnosti, do nichž pronikají západní hodnoty a normy krásy, velmi rychle začínají trpět pocitem tloušťky a nespokojenosti s tělesnými proporcemi.

Podle Nováka (2010) kalorický nadbytek spojený s medializovaným ideálem štíhlosti jednoznačně vede ve společnosti k poruchám příjmu potravy. Naopak v kulturách s nedostatkem jídla, které mají omezené zdroje a bohatství, jsou zaoblené tvary obdivovány a poruchy příjmu potravy se zde nevyskytují (Novák, 2010).

Dříve se poukazovalo na to, že PPP jsou „výsadou“ vyšších a středních společenských vrstev, ale v současné době se toto onemocnění šíří i do nižších socioekonomických vrstev. V současné době tak lze mluvit přímo o epidemii PPP, která se nevyhýbá ani lidem s nižšími příjmy a žijícím ve skromnějších podmínkách. K podobnému jevu dochází i u kultur, které byly až donedávna odolnější vůči tlaku k osvojení štíhlosti. Například dříve prokázaná větší odolnost Latinoameričanek vůči standardům angloamerické kultury se však v současnosti nápadně snižuje a rozdíly obou etnických modelů se stírají (Novák, 2010).

5.6.3 Současný pohled na sociokulturní model

Kult štíhlosti je samozřejmě nebezpečný, ale pokud jde o poruchu příjmu potravy, bylo by zavádějící soustředit se pouze na tento jev. Mezi odborníky panuje obecná shoda, že vliv kultury, společnosti a médií souvisí s PPP, nicméně jsou opatrní v otázce, jakou roli tyto faktory ve vzniku onemocnění přesně sehrávají (Novák, 2010). Ostatně, jak dále podotýká Novák (2010), fascinační vliv médií na mladé ženy nebyl nikdy přesvědčivě dokázán a je třeba dalších zpřesňujících výzkumů. U některých žen vystavených stejnému idealizovanému obrazu štíhlosti nemusí vůbec dojít k ztotožnění se s mediálními poselstvími a vůči tyranii štíhlosti zůstávají imunní. Začíná se zastávat názor, že média neslouží jako spouštěcí faktor, ale spíše jako udržovací a posilující prostředek u jedinců, kteří PPP již trpí. Tato onemocnění nemají tedy na svědomí pouze média a společenský teror absurdní štíhlosti, ale na jejím vzniku se podílejí další determinanty (Novák, 2010).

5.7 RODINNÉ FAKTORY

5.7.1 Rodina – zdroj zdravých i škodlivých návyků

Rodina má rozhodující vliv na rozvoj osobnosti dítěte, které si podle jejího vzoru osvojuje základní vzorce chování, návyky, dovednosti a strategie, které jsou pak rozhodující pro jeho orientaci ve společnosti a zejména v interpersonálních vztazích. Úlohou rodiny je vedle reprodukční, ekonomické a výchovné funkce i naplňování emocionálních a fyzických potřeb jejích členů a dávání jim pocitu vzájemnosti, sdílení a bezvýhradné nepodmíněné lásky.

Dítě dostává od svých rodičů nejen genetickou, ale i kognitivní výbavu, získává základní komunikační dovednosti, hodnotovou orientaci, dispozice k uskutečňování vlastní existence a základ pro formování svého vlastního já. Dítě se prostřednictvím obou rodičů, matky a otce, i svých starších sourozenců učí sociálním rolím, vytváří svou identitu a v procesu diferenciací se utváří jeho osobnost.

Dítě během svého plynulého procházení vývojovými etapami osciluje (v úplné rodině) mezi oběma rodiči, s nimiž se postupně identifikuje a vytváří i svou vlastní identitu. Význam rodičů pro dítě spočívá právě v jejich vzájemné komplementaritě (Hadaš, 2007).

Z výše uvedeného můžeme usoudit, že role matky a otce jsou pro dítě a jeho zdravý vývoj nepostradatelné. Podle Hadaše (2007) je funkční vztahové pole mezi mužem a ženou a jejich schopnost vzájemně se doplňovat základem a „živnou půdou“ pro jejich potomky.

Základním předpokladem úspěšného vývoje rodiny je schopnost řešit problémy a vytvářet harmonii i ve stále novém a měnícím se prostředí.

Primární rodina je i místem, odkud přejímáme nejen model, jak řešit problémy, jak vyjadřovat své pocity, jak přistupovat k druhým, ale také jak vnímat a hodnotit sama sebe. A v neposlední řadě jsou to i stravovací návyky, rituály a frekvence společného scházení se u jídla, které při svém správném fungování mají vliv na stabilizaci a soudržnost rodiny.

5.7.2 Vliv rodiny a PPP

Vliv rodiny je v souvislosti se vznikem PPP často diskutovaným tématem a většina autorů na základě svých studií zaměřených na sledování rodinných systémů považuje rodinu za významný rizikový faktor. Leibold (1995) je přesvědčen, že nepříznivé rodinné poměry hrají u všech PPP důležitou úlohu. Kořeny chorobného vztahu k jídlu „dosahují často daleko zpět do dětství, kdy výchova stavěla výhybky pro pozdější počínání“ (Leibold, 1995, s. 18).

Za jeden z důležitých etiologických faktorů v genezi MA u dětí považuje i Marádová (2007) rodinu. Matka nebo starší sestra, která drží dietu nebo neustálé komentování jídla v rodině může ovlivnit postoj dítěte a jeho tendenci k dietnímu chování. Významnou roli hraje i nejistota spojená se změnami v dospívání a v rodině (Marádová, 2007).

Náročným obdobím pro dítě i jeho nejbližší okolí se stává dospívání, které je bouřlivým a dramatickým obdobím, během něhož se adolescentní dítě po počátečním obdivu a napodobování rodičů snaží získat nezávislost, svobodu v rozhodování, často rodičovský vzor odmítá a mnohdy nápadně vyjadřuje svůj vzdor a odpor vůči rodičovskému přístupu. Konfrontace s rodiči a neschopnost je řešit může znamenat v tomto období první konfliktní situace.

Mladý člověk se musí postupně vyrovnávat se všemi fyziologickými i psychologickými změnami, k jejichž porozumění by mu měl být nápomocen dospělý a vývojově zralý člen rodiny. Toto období neklidu a nevyrovnanosti dospívajících často prověří dospělost a moudrost rodičů. Rodič je tak schopen dát svým dětem jen to, co sám zvládl a čeho dosáhl ve svém osobním a duchovním růstu (Hadaš, 2007).

Poruchy příjmu potravy velmi často vznikají ve věku, kdy děti přestávají být tolik závislé na rodině, připravují se domov opustit fyzicky nebo se od něj vzdalují pouze virtuálně. Krch a kol. (1999) uvádí, že separace od rodiny (resp. samostatné bydlení) může sehrát klíčovou úlohu v rozvoji poruchy, ale v některých případech naopak velmi prospěla.

Současní autoři nezpochybňují významnou úlohu rodiny, kterou sehrává v etiologii a terapii poruch příjmu potravy, ale současně vyjadřují pochybnosti o bezvýhradné platnosti

modelu „psychosomatické rodiny“, který byl vytvořen v sedmdesátých letech 20. století. Teorie soustředěná kolem tohoto modelu tvrdí, že dysfunkční vzorce rodinné interakce charakterizované rigiditou (nízkou přizpůsobivostí), nerespektováním osobních hranic, vměšováním a vyhýbáním se řešení problémů jsou nutnou podmínkou pro vznik PPP a změna fungování rodiny je hlavním úkolem rodinné terapie. Novější zkušenosti ukazují, že v rodinách, kde se vyskytuje narušený postoj k jídlu, se objevuje bezpočet různých vzorců, vztahových konstelací, emočních vzorců a interakcí, které se nedají vysvětlit zjednodušeným psychosomatickým modelem rodiny (Krch a kol., 2005).

Každá rodina může vykazovat určité zvláštnosti, které se mohou negativně odrazit na osobnosti dítěte, ale nemusí se tak stát nevyhnutelně; ve hře je spousta dalších faktorů. Problémy, které se ve zvýšené míře vyskytují v rodinách pacientů s PPP, jako je například důraz na výkon, vzhled a sebekontrolu, rozvrácené vztahy, alkoholismus a duševní poruchy u rodičů se vyskytují i u jiných psychických problémů a jejich vliv nelze považovat za kauzální, ale přesto představují jeden z rizikových faktorů, špatný vzor pro řešení problémů a komplikují uzdravení nemocného dítěte (Marádová, 2007).

Krch (2003) podotýká, že dosud nebylo potvrzeno, že by se vyskytovala typická anorektická nebo bulimická rodina, neboť stejné charakteristiky může nést rodina i s jinak chronicky nemocným dítětem a ke vzniku psychopatologie, konkrétně v oblasti jídla, nemusí vůbec dojít. Je však jisté, jak shodně udávají různí autoři, že v rodinách pacientek s poruchou příjmu potravy se nápadně často setkáme s dietami, obezitou a posedlostí zdravou výživou, příp. s alkoholismem či s depresemi.

V současnosti se odborníci kloní k názoru, že závažnost narušení rodiny a jejich funkcí souvisí spíše se závažností osobnostních poruch pacientů s PPP, než se samotnými symptomy poruchy. Otázkou nadále zůstává, do jaké míry jsou udávané negativní charakteristiky rodiny premorbidními rizikovými faktory PPP. Vyvození jasných závěrů komplikuje retrospektivní povaha dat a studie, které naznačují sekundární narušení rodinných vztahů, které vznikly v důsledku rozporupných jídelních postojů pacienta a jeho rodiny. Rodinné vlivy odborníci řadí mezi nespecifické rizikové faktory. Nesmíme rovněž zapomínat, že podmínky vzniku PPP jsou velmi komplexní a závisejí jak na rodinných, kulturních a společenských vzorech, tak na individuálních faktorech postiženého jedince.

5.7.3 Charakteristiky rodin s PPP

V předchozím pojednání jsme zmínili některé rizikové jevy, které byly nalezeny v rodinách, v nichž se vyskytuje porucha příjmu potravy. Jaké další charakteristické znaky připisují různí autoři takovým rodinám?

Rodinné vztahy jsou v rodinách anorektických a bulimických pacientů často popisovány jako dysfunkční s nedostatečně stanovenými hranicemi nebo naopak s hranicemi nepropustnými, vztahy mezi jednotlivými členy mohou být těsné a svazující. Rodinné prostředí v dětství bylo obecně hodnoceno jako konfliktní nebo neuspokojivé (Krch a kol., 2005). Studie rodin anorektických a bulimických pacientů ukazují, že rodiče uplatňují příliš velkou kontrolu nad dítětem, které se musí podřizovat pevně daným pravidlům nebo se vyskytuje naopak postoj „dělej si, co chceš“ (Krch, Richterová, 1998).

Leibold (1995) uvádí, že zvláště významný je vztah dítěte s matkou, která má sklon k utlačující starostlivosti na úkor svobodného vývoje dítěte. Výzkumné studie při práci s bulimičkami zjistily, že pacientky uváděly konflikty mezi rodiči, vztah rodičů k nim jako emočně neuspokojivý a bez zájmu, častý výskyt negativních a hostilných interakcí a nedostatek péče a empatie (Krch a kol., 2005). Komunikace v rodině se jeví jako emočně prázdná nebo nedostatečná, založená spíše na sarkasmu a špičkování. Podle Hadaše (2007) se může jednat o skrytou a nepřímou agresi v komunikaci. Krch a kol. (2005) dále poukazuje na rivalský vztah k sestře, který často pacientky uvádějí.

Za významnou charakteristiku rodiny, resp. rodičů, s potenciálem vychovat dítě s poruchou postoje k jídlu, Leibold (1995) považuje vysoké požadavky na výkony, jejichž výsledkem je vyvolání diskrepance v dítěti, které dostává potřebné uznání a přijetí od rodičů pouze tehdy, když je úspěšné a dosahuje dobrých výsledků. Při každém selhání se tak dostávají pocity neschopnosti, hanby a viny. Ty za určitých podmínek mohou podle Leibolda (1995) vést k narušeným postojům k jídlu, k přejídání nebo odmítání potravy. Novák (2010) uvádí podobně, že mezi časté preferované hodnoty rodin pacientek s MA patří třídní vzestup, kariéra, výkon a pracovní morálka a rodiče zpravidla projevují nadměrný zájem o vzhled, diety, kondici a krásu (Novák, 2010).

Podle Maloney a Kranzové (1997) se rodina, z níž pochází pacientka s anorexií, může navenek jevit jako dokonalá, s oběma biologickými rodiči, kteří se o své děti příkladně starají. Matky mohou přehnaně pečovat o své dítě, podílejí se na jeho aktivitách a považují se za obětavé milující matky, které za to očekávají poslušnost a lásku. Některé matky úzkostně dbají o svůj vzhled a dokonalou figuru (Maloney, Kranzová, 1997). Příčinou problémů, jak upozorňuje dvojice autorů, může být právě onen rozpor mezi zdáním

a skutečností. Anorektička sice žije v materiálním blahobytu, ale emocionálně strádá a má pocit, že rodiče, kteří ji tak milují a hýčkají, jsou pohlceni jen sami sebou a lásku dávají najevo jen tehdy, když podává vynikající výkony.

V rodinné anamnéze se častěji objevují deprese, alkoholismus, zneužívání drog nebo poruchy příjmu potravy (Hall a Cohn, 2003). Cooper (1995) uvádí, že až u třetiny samotných pacientů léčených s PPP se projevily depresivní příznaky ještě před vypuknutím nemoci. Problémy s alkoholem mohou být rovněž významným predisponujícím faktorem pro vznik zejména mentální bulimie, neboť spolu s depresivní náladou oslabují odhodlání odolat jídlu (Cooper, 1995).

Podle Papežové (2003) se vyskytují v rodinách bulimických pacientek nesprávné nebo chaotické jídelní návyky, nedodržování jídelního řádu, přejídání, držení diet nebo také depresivní problémy, závislosti či duševní poruchy včetně poruch příjmu potravy. Tento poznatek přináší i Krch a kol. (1999), který uvádí, že ve většině klinických studií se pohybuje výskyt PPP mezi sourozenci pacientů v rozmezí 3-10 %, přičemž mezi matkami anorektiček se mohou poruchy příjmu potravy a s nimi spojené ohrožující jídelní chování a postoje vyskytovat i častěji. O výskytu PPP mezi sourozenci jsme hovořili již v oddíle 5.3. „Genetické faktory“.

Hall a Cohn (2003) uvádí, že devadesát jedna procent bulimiček se v předložených dotaznících vyjádřilo v tom smyslu, že rodina přímo či nepřímo přispěla ke vzniku poruchy. Členové v rodině nejsou zvyklí vyjadřovat pocity a spíše je potlačují; vyskytnou-li se konflikty emočního charakteru, nedokáží je řešit a problémy raději přehlížejí. Pokud v rodině není zvykem svěřovat se se svými pocity, pacientky ani nedokáží požádat své nejbližší o podporu a pomoc (Hall a Cohn, 2003).

Podle Krcha a kol. (1999) je pro „bulimické“ rodiny charakteristický nedostatek péče a empatie, emoční chladnost a nezájem. Již tento fakt spolu s obavami, že bude nepochopena a stigmatizována, odrazuje dívky přiznat, co jí trápí a s čím bojuje.

V kontrastu s výše uvedeným je konstatování Nováka (2010), že bulimické pacientky si stěžují na vysokou dotěrnost rodičů, přílišnou kritičnost, zasahování do soukromí, žárlivost, soutěživost nebo i svádívanost ze strany otce (Novák, 2010). Z toho vyplývá, že oba extrémní se mohou stát příčinou nepříznivého vývoje dítěte.

Narušené funkce rodiny, v nichž se objevuje PPP, se promítají i do vzájemných vztahů, které bývají popisovány jako spleť, obtěžující, hostilní s nedostatečnou emocionální vzájemností a pochopením. Můžeme se v nich setkat s nefunkční komunikací, nezralými vzájemnými emočními vztahy, absencí rodičovské kontroly, péče a láskyplného

vztahu k dítěti či sexuálním a fyzickým zneužíváním (Novák, 2010). Cooper (1995) k tématu pohlavního zneužívání uvádí, že je rozhodně škodlivé pro psychologický vývoj dítěte, ale není potvrzeno, že by vedlo k rozvoji určité specifické poruchy.

Hadaš (2007) se svými spolupracovníky dospěl při práci s rodinami, kde se nachází porucha příjmu potravy, k popisu deseti osvědčených typů rodiny, který však není jediný a úplný. Jejich typologie je spíše ukázkou rizikových typů, s nimiž se lze v reálné praxi setkat, zachycuje zvláštnosti rodiny a implikuje způsob, jak s ní cíleně pracovat.

Příliš demokratické rodiny si zakládají na vzájemné důvěře, rodiče předávají značné pravomoce do rukou dětem bez dostatečné kontroly a vytyčení hranic. Rodiče automaticky předpokládají přirozeně vysokou morální způsobilost svých dětí.

V chaotické rodině probíhá vše zcela nepředvídatelně a chaoticky. Všechny společné akce včetně jídla se uskutečňují jen, když někdo něco chce či zrovna potřebuje. Společné pravidelné rituály neexistují. V takové rodině není nikdo výslovně zodpovědný a nic se nedá předem odhadnout. Demokratická výchova v rodině je spojena se svobodou a volností, která hraničí s chaotičností. Hadaš se vyjadřuje, že „v takové rodině je nesmírně těžké mít vlastní tvář a totožnost“ (2007, s. 107).

Superkompetentní rodiny popírají konflikty v rodině, jejich chod je řízen podle rigidního schématu, které nevychází ze skutečného vztahového pole rodiny a z potencialit jednotlivých členů. Stojí za ním často rodová tradice, ať už vychází z náboženské víry nebo rodinou pěstovaných pravidel. Důsledné zachovávání tradic odlišuje rodinu od měnícího se světa, odděluje ji od okolního světa, které bývá považován za cizí, nepřátelský a špatný. Pocit výlučnosti nutí rodinu, aby se semkla a ještě přísněji dodržovala rigidní pravidla.

Konformní rodiny kladou důraz na vnější obraz rodiny a na to, jak rodinu vnímá okolí. Jelikož takové rodině záleží na pověsti, přizpůsobuje se tlakům společnosti (co se právě teď vyžaduje, co se nosí). Hadaš (2007) mluví o konformní harmonii v rodině, která se snaží být neustále „in“.

Výkonově zaměřené rodiny kladou důraz na zvládání úkolů a požadují vysoké výkony, podle nich měří úspěšnost jedince a stupeň individuace v rodině. Ocenění a uznání je zasloužené pouze podle výkonu a to se odráží i ve způsobu rodinné komunikace. Tlak na jednotlivce ohledně výkonnosti a úspěšnosti je velmi výrazný. Pokud jedinec z jakéhokoliv důvodu nevyhovuje výkonovým požadavkům rodiny, nastávají problémy.

Impulzivní rodiny vyjadřují emoce neadekvátním způsobem a v neadekvátní míře. Časté přehánění přináší pocity provinění a chaos v pravidlech, které ztěžují hledání vlastní identity.

Rodiny, kde děti sytí emočně své rodiče a stávají se jejich emoční oporou. Hadaš (2007) uvádí, že může jít např. o generační dluhy, kdy dospívající či dospělý se cítí povinován obětovat se svým rodičům nebo se jedinec stává jedinou oporou svému rodiči v nefunkčním či hroučícím se manželství. V této situaci však dochází ke stagnaci vývoje dospívajících dětí.

Citově chladné rodiny kladou důraz na řád a pořádek. Pravidla vhodnosti a nepřijatelnosti jsou dána zvenku. Rodinu nezajímají vnitřní pravidla a emoce jejích členů.

Rodiny citově chladných matek Hadaš (2007) popisuje jako rodinu, v níž je matka výrazně orientovaná na sebe, na svou kariéru. Prostřednictvím svých pracovních, sportovních či uměleckých úspěchů vnímá sama sebe. Od manželů a otců se jí dostává obdivu a její potřeby jsou na prvním místě. Potřeby dětí, které se stávají součástí publika, ustupují do pozadí.

Hyperprotektivní rodiny se vyznačují úzkostí a starostí o děti. Rodiče se strachují z osamostatňování dětí a snaží se je držet „u rodinného krbu“. Projevy samostatnosti, snahy o nezávislost a autonomii dětí nebo úvahy o opuštění domova, třeba i krátkodobém, vyvolává velmi úzkostné projevy rodičů, které podněcují v dospívajícím jedinci pocit viny.

Hadaš (2007) dále uvádí ve své disertační práci zjištěné typické charakteristiky rodin s chronickou symptomatologií, jejichž přehled tvoří přílohu č. III. Okruhy otázek užitých v rozhovoru budou formulovány právě s ohledem na tyto zvláštnosti rodinné interakce.

5.7.4 Charakteristika matek

Na působení matky v rodině lze nahlížet jako na princip, který funguje převážně z vnitřních potřeb, pro které je charakteristická periodicita, potřeba jistoty, bezpečí, sociálního zázemí a citová naplněnost vztahů v rodině. Její prožívání je často chápáno jako intuice nebo pocity, které se vždy nemusí nacházet na uvědomělé úrovni a logické zdůvodnitelnosti, ale o to více jsou nutkavé a neodbytné. Prostředí, které žena vytváří, nemá typicky hierarchický charakter; daleko silnější je potřeba, aby se všichni blízcí cítili co nejlépe (Hadaš, 2007).

Opakem chování zajišťujícího soudržnost rodinných vztahů a uspokojivé zázemí bývá povrchní vnímání vlastních potřeb a potřeb ostatních členů rodiny, indiferentní přístup s udržovanou distancí a citovou chladností, soustředění se na sebe a své potřeby nebo jednosměrné zacílení pozornosti na fyzické, psychické či partnerské problémy (Hadaš, 2007).

Riziko ženského principu spočívá v převaze ženského působení, které vede ke zpomalení vývoje dětí, snížení jejich odolnosti a výkonnosti a k obtížím při překonávání nároků separace (Hadaš, 2007).

Novák (2010) potvrzuje, že matky dívek s PPP mohou mít značný vliv na patologie svých dcer. Takové matky kladou důraz na výkon, kariéru nebo jsou frustrované ve svých ambicích. Matky se ve značné míře ukázaly jako náročné, perfekcionalistické, hyperkritické, žárlivé, obtěžující nebo necitlivé, stažené do sebe, upjaté, závislé a pasivní.

Matka, která sama vykazuje narušený postoj k jídlu je pro svou dceru nejen nebezpečným vzorem, ale také aktivně a pochopitelně nevhodně zasahuje do způsobu stravování svých dětí a vyvolává v nich pocit tělesné nespokojenosti, zejména pokud je nutí ke zhubnutí.

Hadaš (2007) popisuje typ matek, u nichž se projevovaly nedostatky v jejich vlastním vývoji, neboť samy měly v dospívání problémy s přijetím od svých matek a také problémy s přijetím sebe sama jako ženy a s ní spojené role, tělesnosti a sexuality. Problém přijímat, dávat a být přijata je podle Hadaše (2007) typickou charakteristikou matek v rodinách s PPP. Pozitivního přijetí svého dítěte s láskou matka nemusí být vůbec schopna nebo může tento nedostatek ve svém vývoji, ve snaze nedopustit se stejné chyby, „překompenzovat“ ve výchově svých dětí. Taková přehnaná starostlivost je pro dítě utlačující, omezující a rovněž nevede ke zdravému přirozenému vývoji dítěte.

Krch a kol. (1999) popisují „anorektické“ matky jako hyperprotektivní, obtěžující a dominantní. Matky mohou své promarněné šance a nesplněné sny transponovat na svou dceru, která se podřídí matčině vůli a nedostatek autenticity a seberealizace může vést k poruchám v oblasti chování a prožívání dítěte.

Matčiny motivy, které jí vedou k apatickému, neemotivnímu či naopak přehnaně ochrannému chování nejsou, podle mého názoru, úmyslné, spíše vyplývají z jejího podvědomí a není si jich sama vědoma. Matka dává svému dítěti jen to, čeho je sama schopna, čím jí vybavila její vlastní rodina a prostředí, v němž byla sama vychovávána, z toho důvodu nemusí vůbec tušit, že se nabízejí jiná, vhodnější a pro dítě šťastnější východiska. Optimálním řešením se pak stává rodinná terapie, zvláště když pacientka stále žije u rodičů.

Typy matek, které se nejčastěji vyskytovaly v rodinách s poruchou příjmu potravy jsou shrnuty v tabulce, která tvoří přílohu č. IV. této práce. Typologii vytvořil MUDr. Lubomír Hadaš (2007) se svým pracovním týmem při práci s rodinami s výskytem PPP, přičemž uvádí, že jednotlivé typy matek mohou vytvářet různé kombinace.

5.7.5 Charakteristika otců

Sociální role otce rodiny je svázána s typickými funkcemi jako je schopnost vytvářet a udržovat řád, stabilitu, bezpečí a hierarchii v rodině. Mužské vnímání je orientováno především k vnějšímu světu a v rámci jeho pochopení je muž schopen vytvořit prostor pro sebe a svou rodinu a dále ho zabezpečovat. Vybízí své děti k vykročení z útočiště domova vstříc samostatnosti a aktivitě, umožňuje jim tak kontakt s vnějším světem a zbavuje nejistoty a úzkosti z neznámého okolního světa (Hadaš, 2007).

Muž přijímá a do jisté míry respektuje vnitřní potřeby ženy, kterým je schopen dát hranice a řád v souladu s řádem vnějších věcí a s jeho požadavky (např. rituály rodiny, společné jídlo, odpočinek, zábava atd.). Je schopen vytvářet prostor a podmínky pro uskutečnění a rozvoj role ženy (Hadaš, 2007).

Riziko převahy mužského působení s jeho extrémními projevy se může i zde negativně projevit zejména na psychice dítěte. To se může stát emočně frustrovaným, napjatým, vnitřně chudým a může trpět poruchou řeči (Trapková, Chvála in Hadaš, 2007).

Z mnoha studií vyplývá, že otcové dětí s PPP se jeví jako autoritativní, přísní, dominantní, úzkostní nebo vzdálení a nefunkční, s nezájmem o rodinu. Za rizikový typ označuje Hadaš (2007) i otce, který nebyl v citlivém vývojovém období dceři k dispozici ve své otcovské roli.

Krch a kol. (1999) charakterizuje takového otce jako pasivního a slabého, s emočním odstupem, přičemž narušenou atmosféru může posilovat i skrytý konflikt mezi rodiči, který může vést k tajnému spiknutí proti otci. Dalším typem je aktivní nedosažitelný otec, který je natolik skvělý, že se mu dcera nemůže vyrovnat. Někteří otcové jsou popisováni jako rigidní, vzteklí až agresivní muži, kteří jsou však idealizováni manželkou. U bulimiček je často poukazováno na blízký a přátelský vztah otce s dcerou v jejím raném dětství, který se s příchodem puberty naruší (Krch a kol., 1999).

Souhrnný přehled charakteristik otců v rodinách s PPP podle typologie Hadaše (2007) je uveden v příloze č. V. této práce.

5.7.6 Charakteristika sourozenců

Jakou roli sehrávají v rodinné konstelaci sourozenci? Může mít vliv na vznik PPP u jednoho dítěte určité sourozenecké uspořádání a vztahy? Do jaké míry může onemocnění PPP starší sestry ovlivnit zdraví druhé mladší? Ani na jednu otázku neexistuje jednoznačná odpověď. Poznatky z odborné praxe ukazují, že sourozeneckých konstelací, které se podílejí

na vzniku a udržování poruch příjmu potravy je nesčetné množství a vzhledem k jejich různorodosti nelze stanovit, která by mohla predisponovat ke vzniku PPP.

Děti se od rodičů učí, jak vypadá role muže a ženy a sourozenci od sebe navzájem se pak učí, jak se sociálními rolami v rodině zacházet, jak jednat s ostatními členy rodiny a jakou od nich čekat odpověď na určitý způsob jednání. Sourozenec pomáhá druhému se projevit podle své individuality a najít si své místo jak v rodině, tak v životě mimo rodinu. Mezi sourozenci přirozeně vzniká prostor pro soutěživost, která přispívá k utváření jejich sebehodnocení a sebevědomí. Sourozenci si mohou vzájemně pomáhat na cestě k vlastní existenci nebo naopak mezi sebou nelítostně bojovat o přízeň a pozornost rodičů (Hadaš, 2007).

Hypotézy různých autorů o významu pořadí či počtu sourozenců se liší a dosud nebyla ani jedna z nich potvrzena. Krch a kol. (1999) sděluje poznatek ze své klinické praxe, že pacientky uváděly žárlivý a rivalský vztah se svou sestrou, ale stejně tak často se vyskytovaly pacientky mající bratry nebo byly zcela bez sourozenců.

Hadaš (2007) uvádí, že mezi sourozenci se mohou vyskytovat velmi složité psychosociální poměry, které rozdílně působí na výskyt PPP a nelze učinit jasné závěry. Nicméně uvádí případy sourozenecké žárlivosti, rivality a agresivity, které provázejí boje o získání pozornosti a větší náklonnosti rodičů. Problematická situace a konfrontace s možným vznikem koalice může vzniknout i ze spojení, kdy si každý z páru přivede do společného soužití dceru. Hadaš (2007) popisuje i případ, kdy se porucha příjmu potravy stala způsobem, jak získat zájem a lítost rodičů nebo situaci, kdy otec upřednostňuje starší atraktivní a úspěšnou nevlastní dceru a dává ji neustále za vzor mladší dceři, kterou nešetří svými sarkastickými a ironickými poznámkami.

V souvislosti se sourozenským pořadím Hadaš (2007) zmiňuje, že není pravidlem, že symptomy PPP se objeví jen u starší nebo naopak u mladší dcery. „Vždy znovu a znovu záleží na rodinném příběhu a rodinné konstelaci, u koho se symptomatologie projeví“ (Hadaš, 2007, s. 174). Jedná-li se o smíšenou sourozeneckou dvojici, ani zde nelze hovořit, co se týče pořadí, o žádných typických souvislostech.

6. RODINNÁ TERAPIE - DŮLEŽITÁ SOUČÁST LÉČBY PPP

U léčby poruch příjmu potravy je nezbytné zachovat komplexní přístup v celém jeho širokém bio-psycho-sociálním kontextu s ohledem na individuální charakter každého jednotlivého případu. Terapeutický postup a psychoterapie záleží na závažnosti a fázi onemocnění, věku a motivaci pacienta i na dostupnosti kvalifikované péče. Předpokladem

zahájení léčby a její úspěšnosti je motivace, rozhodnutí a vlastní vůle pacienta se léčit. Často se stává, že dívka léčbu odmítá, nebo když nastoupí na terapii, nedodrží léčebný režim a nespolupracuje. Podle Coopera (1995) je pro tyto dívky důležité získat kontrolu nad jídlem a odstranit obavy a úzkosti z vlastní postavy a tělesné hmotnosti.

Odborníci kladou, zejména u mladších anorektických pacientů žijících u rodičů, důraz na rodinnou terapii a aktivní zapojení a spolupráci rodičů v léčebném procesu. Rodiče nemocných však mívají tendenci ke zjednodušeným výkladům problémů svých dětí (Krch, Richterová, 1998). Nedokáží pochopit, proč se jejich dítě nedokáže normálně najíst, konflikty se vyostřují a k rozumnějšímu náhledu na nemoc dochází až po náležité psychoedukaci a rozmluvě s psychoterapeutem.

Rodina může být důležitým spojencem a pomocníkem v uzdravení nemocného, ale to mimo jiné znamená přiznat si problém, hledat přijatelná řešení, dodržovat určitá pravidla a rozvíjet komunikaci. Rodiče by se měli připravit na to, že to nebude snadné a bez konfliktů. Důležité je, aby projevovali zájem o nemocné dítě i v jiných oblastech než jsou problémy s jídlem, snažili se normálně jíst, nemluvíli zbytečně o jídle a o problémech, vyvarovali se nezvládaných emocí, hádek, obviňování, výčitek a přílišné dramatičnosti, byli trpěliví, všímali si drobných úspěchů a věřili dceři i po nezdarech a v neposlední řadě, aby přijímali své bližní nepodmíněně a pozitivně a podporovali jejich zdravé zájmy a pocity (Krch, 2003).

Na rodinu, byť by sama představovala zdroj problémů, je v odůvodněných případech třeba nahlížet jako na vítaného pomocníka při řešení problému, který se stává neřešitelným pro samotného pacienta nebo terapeuta, který pomáhá rodině objevit vlastní zdroje a postupy, jak bojovat s nemocí. Rodinná terapie se během posledních let stala důležitým psychotherapeutickým přístupem při léčbě zejména mentální anorexie u dospívajících jedinců, ale nová zjištění výzkumných studií poukazují na to, že výchozí teoretické modely rodinné terapie je potřeba rozšířit (Hadaš, 2007).

S narůstající incidencí PPP a proměnlivostí klinického obrazu se stále hledají nové účinnější terapeutické přístupy a léčebné metody, přesto léčba poruch příjmu potravy bývá velmi náročným a zdlouhavým procesem.

7. PREVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V RÁMCI RODINY

Úkolem primární prevence je snížení rizika vzniku PPP především na rodinné a širší společenské úrovni. Prevence zahrnuje boj proti škodlivému vlivu reklamních mediálních kampaní, snížení expozice nevhodných příkladů, propagaci zdravého životního stylu

a jídelních návyků, které je třeba dodržovat i v rámci rodiny. Rodiče by měli volit takový přístup k dětem, který v nich bude podporovat pozitivní myšlení a zdravý vztah k jídlu.

K zásadám, které by měl v rámci primární prevence uplatňovat rodič v přístupu ke své dospívající dceři považují za důležité nekritizovat postavu, jak svou, tak i své dcery, neprojevat nespokojenost nad svými mírami, nenavádět k dietám a zabránit tomu, aby u dítěte vznikl pocit, že rodičovskou lásku vyměňuje za dobré výkony a poslušnost.

Komunikovat, chválit, podporovat sebedůvěru, vytvářet přátelský, nekonfliktní vztah a představovat zdravý vzor je pro kvalitu života dítěte nepostradatelné. Stěží tento vzor může představovat matka, která sama má problémy ve stravování a neskrytě se obává z každého kilogramu váhy navíc. Papežová a kol. (2010) klade důraz na mezigenerační transmisi pozitivních hodnot a vštěpování základních vzorců chování již v raném věku dítěte. Za součást primární prevence a prevence relapsu se považuje léčba PPP i u rizikových rodičů.

Je nezbytností zpřístupnit ucelenější a přesnější informace o zdraví, váze a škodlivosti diet, klást důraz na jiné hodnoty než je vzhled a štíhlá postava a upozorňovat na rizika, která jsou spojena s honbou za štíhlostí a s poruchami příjmu potravy (Novák, 2010). Problém spatřuji spíše než v nedostatku informací, tak v nezájmu rodičů tyto odborné informace aktivně vyhledávat.

8. VÝZKUMNÉ STUDIE SLEDUJÍCÍ VLIV RODINY NA PPP

Úloha rodiny v rozvoji a udržování poruch příjmu potravy byla a dosud je předmětem diskuzí mnoha odborníků. V minulosti, než byl překonán koncepční model Salvadora Minuchina a jeho zastánců, byly jídelní poruchy připisovány problematickému rodinnému zázemí. Současné znalosti vyvrací původní myšlenku, že rodinné faktory jsou výhradními mechanismy vzniku tohoto onemocnění. Rodina již není chápána jako primárně zodpovědná za rozvoj PPP, ale spíše jako nevědomě participující na této komplexní duševní poruše, které nerozumí a často se cítí bezmocná ji ovlivnit (Woodside, Shekter-Wolfson, 2003).

Četné výzkumné studie se snažily identifikovat rodičovské a rodinné funkční charakteristiky, které se vyskytovaly ještě před počátkem onemocnění. K pozoruhodným nálezům v jedné studii, které odlišovaly normální skupinu od psychiatrické, patřily nevhodné rodičovské tlaky zahrnující zejména hyperprotektivitu a zvýšené obavy v rodičovském chování. Rodičovská lhostejnost, neshody v rodině, nedostatek rodičovské péče a větší protivenství bylo příznačné pro pacienty s MB, zatímco účastníci s MA

vykazovali premorbidně vývojový profil podobný normální skupině. Kromě toho výsledky v testu jídelních postojů významně korelovaly s nepřátelstvím vůči dítěti, se zdravotním postižením sourozence a negativními změnami v rodinných poměrech. Vzájemné vztahy mezi narušenými rodinnými vztahy a poruchou příjmu potravy ukazují cestu vývoje léčebných programů a postupů zabývajících se touto problematikou (Horesh et al., 1996).

V jiné případové studii zjistila stejná skupina výzkumníků, že při srovnávání vývojové historie účastníků rozdělených do skupin (MA, MB, normální a psychiatrická) se ve skupině jedinců s MA vyskytovalo mnohem více problémů s rodiči než u zdravé skupiny, včetně separace, kritiky, vysokého očekávání, dotěrnosti, neúčasti, malé náklonnosti a kritických připomínek rodiny týkající se vzhledu, tělesné hmotnosti nebo jídla. Účastníci s MA se v těchto proměnných příliš nelišili od skupiny jedinců s MB a skupiny s jinými psychiatrickými symptomy (Le Grange et al., 2010).

Další zajímavé zjištění přineslo sedmileté sledování dívek a chlapců ve věku 9 - 15 let, které se zabývalo předpoklady pro rozvoj PPP u dospívajících jedinců. Z výsledků vyplynulo, že rizikové faktory pro vznik záchvatovitěho přejídání a kontroly hmotnosti (zvracení, užívání projímadel) se liší podle pohlaví a věku. Ženy mladší 14ti let, jejichž matky měly v anamnéze PPP, měly třikrát vyšší náchylnost k bulimickému chování než jejich starší vrstevnice. Nicméně, ve studiích podobného charakteru není zodpovězena otázka, zda tento vztah závisí na genetice nebo na sdíleném prostředí. Časté diety, nespokojenost s postavou a touha po štíhlosti se podle nálezů stává nezávislým prediktorem přejídání žen všech věkových kategorií. Kritické komentáře jsou považovány za jeden z rizikových faktorů pro vznik PPP nejen u žen, ale i u mužů (Field et al., 2008).

Hodnocení 17 studií o výživě dětí a dospívajících ve věku od 3 do 18 let (údaje o více než 180 000 jedinců) ukázalo, že PPP byly méně ohroženy děti, které jedly často v rodinném kruhu než jejich vrstevníci, kteří společně s ostatními členy rodiny téměř nejedli. Bylo zjištěno, že jídlo s rodinou alespoň třikrát týdně má pozitivní vliv na zdraví dětí bez ohledu na to, zda je to snídaně, oběd nebo večeře a rodina v tomto ohledu působí jako ochranný faktor mnoha nutričních problémů v dětství a dospívání (Hammons, Fiese, 2011).

Další zahraniční studie zjišťovala pomocí rodinného obrazového testu subjektivní vnímání rodinného prostředí u vzorku dospívajících žen s MA a u jejich zdravých sester. Signifikantně nižší vnímaná individuální autonomie a vyšší vnímaná soudržnost byla nalezena u pacientů ve srovnání s jejich sestrami, ale nejevil se žádný rozdíl ve vnímání citové sounáležitosti. Nižší vnímaná individuální autonomie nemocných dětí byla

způsobena především jejich vztahy s matkami, ale částečně i vztahy s otci (Karwautz et al., 2003).

Mnohé studie se věnovaly popisu vnímání a chápání onemocnění PPP členy rodiny a dopadu nemoci na rodinnou strukturu. První kontakt s touto nemocí u rodičů způsobuje úzkost a strach a ti často vyjadřují svou nedůvěru ohledně diagnózy. Rodiče procházejí různými fázemi, první reakce (šok, nevíra, zmatenost, strach, hněv, konflikt, stres) mohou mít různé trvání podobně jako fáze popírání, která má vliv na celou rodinu a zabraňuje řešení problému. Nejčastěji se objevují negativní pocity jako bezmocnost, smutek, strach a vina. Neschopnost akceptovat přítomnost nemoci může zpozdit zahájení léčby a zhoršit stav tím, že se nemoc stane chronickou a v závažných případech se zvyšuje i riziko úmrtí. Onemocnění zesiluje již existující konflikty a vytváří nové. Je nevyhnutelná restrukturalizace rodiny tak, aby její členové mohli čelit nové realitě a přizpůsobit se životním podmínkám způsobené nemocí a její léčbou. Odborníci navrhují rodinnou terapii a poradenství pro rodiče jako strategii v léčbě dospívajících pacientů, neboť se stávají zdrojem informací a ukázaly významné symptomatické a psychologické zlepšení stavu pacienta i zlepšení funkce rodiny (Espíndola, Blay, 2009).

Další případová studie provedená ve Španělsku srovnávala rodinné fungování u jedinců s narušeným jídelním chováním a u zdravé populace s ohledem na možný vztah mezi rodinou, jejím socioekonomickým statusem a psychickými charakteristikami pacientů s MA a MB. Z výsledků vyplynulo, že fungování rodiny má vliv na PPP, jejich vývoj a psychické vlastnosti pacientů. Mezi ovlivňující faktory patří i pomoc rodiny, diskuze o společných zájmech, akceptace změn životního stylu, projevy náklonnosti a emocí v rodině. Bylo vyzorováno, že stupeň fungování rodiny může mít značný vliv na modifikaci psychických vlastností, zejména na tělesnou nespokojenost, inefektivitu, perfekcionismus, impulzivitu, interpersonální nedůvěru a sociální nejistotu. Naopak nebyl potvrzen vztah mezi PPP a socioekonomickým statusem. Výsledky studie poukazují na rodinu jako na predisponující faktor v etiologii těchto onemocnění a při posouzení léčebných možností by měla být věnována zvýšená pozornost aspektům fungování rodiny (Rodriguez et al., 2004).

Analýza funkcí subsystémů v rámci struktury rodiny prostřednictvím rozhovorů a testu rodičovského výchovného přístupu u 105 pacientek ve věku od 10 do 18 roků ukázala, že matky anorektiček jsou výrazně dominantní a autoritativní, přičemž poskytují výraznou autonomii pacientkám (87 %). Byla zjištěna chaotická komunikace v rodinách (42 %), rigidní struktury (73 %), nedostatečně pevná vnitřní organizace, nejasně

formulovaná pravidla (62 %), narušené vztahy mezi rodiči a pacientkami (67 %), snaha prezentovat pouze pozitivní obraz o sobě (53 %) a 82 % rodin vykazovalo patologii v rodinném systému (Niňajová, Tichá, Birčák, 2005). Problematikou vztahu mentální anorexie a rodinného prostředí se zabírala i výzkumná studie, která metodou polostrukturovaných rozhovorů a testem rodinného systému u osmi respondentek ve věku 18-28 let zjistila, že dívky vnímaly vztahy v rodině jako málo kohezivní, s nízkou úrovní hierarchie, nedostatečnou vazbu mezi jednotlivými členy s absencí projevů lásky a tělesného kontaktu. Převažovala negativní komunikace s nepřiměřenými emočními reakcemi, nevhodný typ výchovy a konfliktní vztahy mezi rodiči. Rodiče kladli vysoké požadavky na dcery a v nemoci jim nedokázali poskytnout dostatečnou pomoc a podporu (Štecková, 2007).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. ÚVOD

V teoretické části jsem se zabývala problematikou poruch příjmu potravy, byly vymezeny pojmy mentální anorexie a mentální bulimie a předloženy další dostupné poznatky o těchto nenápadně začínajících psychických onemocněních, jejichž příčinou je celý komplex různých faktorů. V oddíle 5.7 pojednávajícím o rodinných faktorech jsem se věnovala popisu rodiny, jejich členů a vztahů, jejichž konfliktní a problémový charakter se může významně podílet na vzniku patologického chování ve vztahu k jídlu. Toto teoretické ukotvení práce založené na poznacích získaných z výzkumů a dlouhodobých studií se stalo východiskem pro formulaci výzkumných otázek.

Empirické zaměření této práce je explicitně orientováno na jeden z možných rizikových faktorů, kterým je rodina. Klíčovým tématem rozhovorů se tak stává primární rodina, rodinné poměry a vztahy mezi jednotlivými členy tak, jak jsou vnímány a posuzovány mladými ženami. Hlavním teoretickým a inspiračním zdrojem se stala výzkumně-terapeutická disertační práce MUDr. Hadaše, která vychází z dlouholeté práce s rodinami.

2. METODOLOGIE

2.1 CÍL A ÚČEL VÝZKUMU

Cílem výzkumu bylo na základě autentických výpovědí mladých žen trpících PPP zmapovat jejich rodinné prostředí a rodinné vztahy a zjistit, zda nesou znaky charakteristické pro „psychosomatickou rodinu“, s jakými jsem se setkala při studiu odborné literatury. Na základě reflexe vycházející ze subjektivních pocitů, prožitků a zkušeností osob postižených PPP jsem chtěla blíže poznat, jaké vztahy obecně v primární rodině panovaly, jaký vztah měla postižená s matkou, otcem či sourozenci, jak hodnotí ženy svou rodinu jako emocionální a komunikační základnu, jak na ni pohlíží z hlediska vzájemné tolerance, porozumění a sounáležitosti. Pro dokreslení komplexnějšího obrazu rodinného systému mě zajímalo, zda a jak postižená vnímala proměnu rodiny po objevení nemoci, jak rodiče přistupovali ke zdravotnímu problému (PPP) svého dítěte, případně zda se zapojili do psychoterapie pod odborným vedením spolu s postiženou.

Účelem výzkumu bylo porovnat závěry z již uskutečněných a dostupných výzkumů s nově zjištěnými výsledky na základě výpovědí reálných osob a jejich subjektivních

zkušeností a po realizaci praktického výzkumu, analýze a interpretaci shromážděných dat je potvrdit, případně rozšířit a prohloubit. Výzkum by měl přispět k hlubšímu porozumění problému, ověřit teorie a závěry, které jsou prezentovány v odborné literatuře a případně přinést i nové poznatky.

2.2 FORMULACE VÝZKUMNÝCH OTÁZEK

Výzkumné otázky úzce navazují na definici výzkumného problému; jejich hlavní linii sledují vhodně kladené dílčí výzkumné otázky tak, aby bylo dosaženo cílů výzkumu. Výzkumné otázky užití v rozhovoru byly zaměřeny zejména retrospektivně⁷, přičemž výzkum reflektuje skutečnost, že subjektivní a retrospektivní pohled z perspektivy postižené ženy může hodnotu údajů zkreslovat.

Hlavní výzkumné otázky:

1. Jak dotazované dívky hodnotí svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů a rodinných interakcí?
2. Jak se z pohledu dívky měnil obraz rodiny v kontextu její nemoci?

Okruhy otázek:

1. Jak informátorka nahlíží na svou primární rodinu z hlediska vztahů, způsobu komunikace, vyjadřování emocí?
2. Jak hodnotí svou rodinu ohledně vzájemné tolerance, porozumění, sounáležitosti?
3. Jak se vyjadřuje o jednotlivých členech rodiny (matce, otci, sourozencích či jiných významných druhých) a jejich pozici v hierarchii rodiny?
4. Jaké nároky měli rodiče na výkon a poslušnost svých dětí?
5. Jak hodnotí jídelní návyky v rodině, jak často probíhalo setkání členů za účelem společného jídla a jaký jídelní režim byl v rodině zaveden?
6. Vyskytly se u některého člena rodiny PPP, deprese, obezita, závislost na alkoholu či jiných návykových látkách?
7. Jak se informátorka cítila ve své rodině, jak hodnotí atmosféru rodiny?
8. Co informátorce chybělo v rodině? Má pocit, že se rodiče dopustili nějaké chyby ve výchově, v přístupu k ní samé? Postrádá u nich nějakou vlastnost?
9. Jak se vyjadřuje o své rodině v souvislosti s její nemocí (jak ovlivnila nemoc chod rodiny, fungování rodiny), jaký postoj rodiče zaujali k jídelnímu problému své dcery?

⁷ Žena již nemusí bydlet se svou původní orientační rodinou a založila si svou vlastní, ale otázky (a vzpomínky) byly vázány na rodinu původní.

2.3 VÝZKUMNÁ STRATEGIE A TECHNIKY SBĚRU DAT

Pro účely této práce byla zvolena **kvalitativní výzkumná strategie**, která vzhledem k výzkumnému problému představuje adekvátní metodu s cílem získat podrobný popis konkrétního případu a zachytit jeho jedinečnost. Tento typ výzkumu má interaktivní charakter - v průběhu výzkumu se vyvíjí badatel, účastníci i výzkumná situace. Podle Dismana (1993) je hlavním posláním kvalitativního výzkumu porozumět lidem v sociálních situacích.

Mým záměrem bylo pomocí kvalitativního výzkumu poznat z pohledu dotazovaných osob strukturu jejich primární rodiny, její povahu a dynamiku vztahové konstelace v rodině a na základě reflexe a hodnocení dívek zjistit, jak se v atmosféře rodiny cítily. Vzhledem ke zvolené výzkumné strategii, velikosti a specifičnosti výzkumného vzorku, která představuje dívky a ženy s poruchou příjmu potravy, nelze výsledná data zobecnit na celou populaci, což je i jedním z hlavních rysů kvalitativního přístupu.

Pro získávání dat jsem zvolila metodu **rozhovoru**, který umožňuje získat informace hlubšího a širšího zaměření o kvalitativně různorodých skutečnostech, přináší nové podněty a ponechává volný prostor tazateli i dotazovanému. Navázání osobního kontaktu usnadňuje hlouběji proniknout do motivů a postojů dotazovaných a zachytit i jejich vnější reakce. Podle Hendla (2005) vyžaduje kvalitativní rozhovor od výzkumníka dovednost, citlivost, koncentraci, interpersonální porozumění a disciplínu.

Za nevýhody osobního dotazování považují Surynek, Komárková a Kašparová (2001) především časovou náročnost, obavy z osobního setkání, vliv tazatele apod. Miovský (2006) upozorňuje, že na výsledná data může mít vliv nejen výběr prostředí a vhodné denní doby, ale i chování tazatele, jeho výraz, pohlaví, věk a jiné vlastnosti. Vytvoření atmosféry důvěry a otevřenosti, pomocí níž by dosáhl volného vstupu do soukromého světa nabitého emocemi a byl by schopen se v něm citlivě pohybovat a sledovat výrazové prostředky dotazované osoby, vnímat skryté významy a plně se koncentrovat, není pro výzkumníka lehký úkol. Nepříznivé vlivy bezprostředního kontaktu s dotazovanou osobou jsem se snažila eliminovat výběrem příjemného prostředí, vytvořením přátelské atmosféry a empatickým přístupem.

Jako techniku sběru dat jsem zvolila **polostrukturovaný rozhovor**, který považuji v tomto typu výzkumu za nejvhodnější. Polostrukturovaný rozhovor slučuje výhody strukturovaného i nestrukturovaného rozhovoru, vyznačuje se velkou pružností celého procesu získávání informací, umožňuje měnit pořadí otázek podle toho, jak se rozhovor vyvíjí či klást otázky doplňující. Výzkumník má předem připravený seznam otázek, které

jsou mířeny přímo k jádru problému, ale způsob a forma odpovědí na tyto otázky zůstává víceméně volná. Miovský (2006) se přímo vyjadřuje, že při aplikaci kvalitativního přístupu je nevyhnutelné výzkumné otázky měnit, upřesňovat či reformulovat a některé dokonce i zavrhnout, vyskytnou-li se v průběhu výzkumu nové skutečnosti.

2.4 ZPŮSOB VÝBĚRU A POPIS VZORKU

Zkoumaný problém byl reprezentován vzorkem vybraným výběrovou strategií - **účelový výběr**, který jasně a přesně definuje populaci, kterou zkoumáme. Jako typ vzorkování bylo použito **účelové vzorkování** tak, aby odpovídalo charakteru výzkumného problému a splňovalo kritéria výběru.

Výzkumný vzorek se skládal z deseti informátorek, které se mi podařilo získat prostřednictvím uveřejnění výzvy v diskuzním fóru na oficiálních internetových stránkách občanského sdružení Anabell a na portálu www.idealni.cz nebo přímým oslovením potenciálních informátorek. To probíhalo tak, že jsem se na určitou hodinu před zahájením či ukončením skupinové terapie či informačního setkání pacientů a zájemců o léčbu PPP dostavila na místo konání těchto setkání v Praze a obrátila se na dívky s žádostí o anonymní účast na výzkumu.

Další technikou získávání výběrového souboru (nových případů), která se vedle hlavní techniky konstrukce vzorku uplatnila, byla tzv. **metoda „sněhové koule“** (snowball sampling). Tato technika znamená, že jeden nebo více jedinců ze základního souboru zprostředkuje kontakt na další členy cílové populace, u nichž může být rovněž tato technika využita a výběrový soubor se tímto způsobem rozrůstá. Metoda sněhové koule zafungovala až v závěru hledání a získávání informátorek a podařilo se v její první vlně získat dva nové případy, které završily počet 10 jedinců-informátorek⁸.

Před vlastním sběrem dat jsem uskutečnila rozhovor s dívkou uváděnou pod jménem Linda, s níž jsem se zkontaktovala prostřednictvím internetových stránek www.idealni.cz. Rozhovor s touto dívkou představuje úvodní **předvýzkum** mé práce, na němž jsem si chtěla primárně ověřit, zda dívky budou vůbec reagovat na mou výzvu uveřejněnou na informačním portálu věnovanému poruchám příjmu potravy. Uskutečněný rozhovor byl pokračováním mé intence obeznámit se s novou rolí výzkumníka v praxi, otestovat výzkumné otázky a připravit se lépe, včetně technického vybavení, na intenzivní vyhledávání a získávání dalších případů.

⁸ Výchozí body či „nulté fáze“ sněhové koule kontaktují další známé osoby, které následně tvoří další fázi, neboli „vlnu“ (Hartnoll a kol., 2003).

Uskutečněný předvýzkum potvrdil nutnost použití diktafonu při nahrávání rozhovorů, které dovolí odpovědi informátorky více rozvíjet a myšlenkově zpracovávat, aniž bych se musela zdržovat a ztrácet čas ručním zapisováním. Pro dotazovanou osobu má tato časová kontinuita také výhody a svůj projev může prožívat přirozeněji a bez rušivého omezování. Úskalí písemného zápisu během rozhovoru nebo po něm uvádím v empirické části, oddíle 5.3 „Omezení výzkumu“. Přínosem předvýzkumu bylo i to, že jsem rozšířila okruh výzkumných otázek a zahrнула do něj otázky týkající se vlastní reflexe dotazovaných dívek ohledně deficitů v rodině (okruh č. 8).

Mohu však říci, že s každým dalším rozhovorem se zdokonalovaly mé dovednosti spojené s rolí výzkumníka. Rozhovory se po překonání počáteční nejistoty blížily spíše přátelské konverzaci mezi dvěma lidmi, postupně jsem cítila větší vnitřní uvolněnost a lepší organizovanost myšlenek i kladených otázek.

Každá z účastnic výzkumu měla možnost si před zahájením rozhovoru **změnit jméno**, pod kterým jsou její odpovědi uváděny. U těch, které tuto možnost nevyužily, jsem změnu jména provedla sama. Účelové pojmenování každé dívky sloužilo i pro mou snadnější orientaci, rychlou asociaci a propojení jména s dalšími kontextuálními vztahy a významy.

Hned v úvodu jsem účastnicím výzkumu **vysvětlila smysl a záměr výzkumu** a současně jim sdělila, že jejich účast je zcela dobrovolná a anonymní, že mají právo v kterékoli fázi od výzkumu odstoupit a že získaná data budou sloužit pouze pro účely bakalářské práce.

Před zahájením výzkumu byl učiněn ústní nebo písemný **informovaný souhlas**, jehož formu si zvolila sama informátorka. Znění informovaného souhlasu pro účely tohoto výzkumu se nachází v příloze č. IX. této práce. Dívky byly ujištěny o anonymitě rozhovoru v souladu s etickým výzkumem, jehož základem je povinnost obezřetně nakládat s citlivými a důvěrnými daty⁹. Z důvodu ochrany soukromí a anonymity byla skutečná jména (např. členů rodiny či názvy lokalit) vynechána či zaměněna za pojmy obecné.

Délka samotných rozhovorů byla značně rozdílná. Méně sdílné informátorky zodpověděly sadu otázek v krátkém čase a neměly dále k tématu již co říci. Jiná informátorka se rozpovídala obšírněji, ale zase podávala informace, které neměly přímou souvislost s rodinou. To pak ode mne vyžadovalo často taktně a nenásilně přecházet k ústřednímu výzkumnému tématu a při přepisování a analýze přikročit k rozsáhlejší redukci

⁹ V souladu s platnou legislativou vztahující se k ochraně osobních údajů, zejména Zákon č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

dat. Délka rozhovoru tak v jednom případě nepřekročila 40 minut a ve druhém případě rozhovor trval cca 160 minut. Většina rozhovorů se svým rozsahem pohybovala v rozmezí mezi těmito dvěma mezními hodnotami.

Samotnému rozhovoru předcházelo zaznamenání základních údajů o dotazovaných, tj. věk; v kolika letech se objevily problémy s jídlem; aktuální situace ohledně MA/MB; studium/zaměstnání; stav (svobodná/vdaná/rozvedená); bydlení u rodičů/vlastní domácnost, sama/s partnerem/manželem; sourozenci/bez sourozenců; způsob léčení nemoci (ambulantně/hospitalizace).

Kritéria pro výběr výzkumného vzorku byla stanovena následovně:

- ženy a dívky s diagnózou MA nebo MB či jejich atypické formy
- věk v rozmezí 18 – 35 let¹⁰
- ženy bezdětné (tj. nemají vlastní rodinu, ale mohou žít již mimo svou primární rodinu)
- ženy a dívky netrpící výraznou podváhou či závažnou psychiatrickou poruchou

2.5 ZÁZNAM A ZPRACOVÁNÍ DAT

Pro záznam a fixaci dat jsem používala nahrávací zařízení (diktafon), které je optimální volbou, pokud potřebujeme přesně zachytit doslovné znění odpovědí. Nahrávací zařízení však zaznamenává jen zvuk, uniká mu neverbální komunikace a nepochytí výzkumníkovy nápady a poznámky, které by s procesem získávání dat měly být synchronizovány. Tyto nedostatky jsem eliminovala zapisováním si vlastních poznámek.

Pro případ, že by bylo potřeba objasnit a doplnit odpovědi při další práci s vlastními daty a jejich analýze, jsem si s dívkou domluvila možnost položit doplňující otázky. Toho jsem využila ve dvou případech a dodatečnou odpověď jsem s ohledem na její relevanci zařadila tématicky do přepsaného rozhovoru.

Všechny rozhovory byly, až na jeden případ, nahrávány na diktafon, to znamená, že s použitím nahrávací techniky souhlasilo 9 z 10 informátorek. Jedna dívka se vyjádřila ve smyslu, že nahrávání úplně neodmítá, ale že se cítí lépe a uvolněněji, když její „rodinný příběh“ nebude zaznamenán hlasově. Její přání jsem respektovala a odpovědi jsem zapisovala.

Každý jednotlivý případ byl posuzován jako individuální a originální, neboť každý má svůj vlastní jedinečný životní příběh i svůj další osud. Pro porozumění zkoumanému

¹⁰ Pro účely našeho výzkumu preferujeme dívky nad 18 let především z toho důvodu, že nezletilí nemohou poskytnout právně relevantní souhlas se svou účastí na výzkumu a tento souhlas může udělit pouze jejich zákonný zástupce (rodič). Horní hranice 35 let je zvolena z důvodu přesouvání poruchy příjmu potravy do stále vyšších věkových skupin a mezi pacientkami se tak nacházejí i ženy překračující věk 30 let.

problému a pro vytvoření jeho komplexního obrazu je však třeba při další práci s daty nalézt společné znaky, vzorce, pravidelnosti a rozdíly. Shromážděná data jsem převedla do textové podoby tak, abych mohla s nimi dále pracovat.

Technikou převodu mluveného projevu do písemné podoby byla zvolena **doslovná transkripce**, která umožňuje zdůrazňovat důležitá místa, opatřovat určité úseky textu komentáři či poznámkami a jednotlivá místa srovnávat. Text nebyl stylisticky upraven, zachovala jsem nespisovné a hovorové výrazy tak, jak byly vyslovovány, pro označení pauzy v řeči jsem použila tečky, zaznamenávala i smích informátorky či gestikulaci, která doprovázela či nahrazovala mluvená slova (přepisy rozhovorů viz příloha č. X. – příložené CD).

Nezbytným úkonem se v několika případech ukázala **redukce dat**, kterou jsem, při zachování kontextu, odlišila nepodstatná data od důležitých, která se stala součástí analýzy a základem pro další interpretaci.

Podle Kaufmanna (2010) skutečný začátek výzkumu začíná až ve chvíli zpracovávání obsahu nahrávky, přičemž výsledek nezáleží ani tak na obsahu, ale na analytické schopnosti výzkumníka. Další fáze výzkumu, v níž pracujeme s rozsáhlým materiálem, vyžaduje svědomitý a kreativní přístup a byla, přesně jak upozorňuje Miovský (2006), časově a technicky velmi náročná.

Přepsané rozhovory jsem vytiskla a pracovala s textem pomocí tří základních souběžně prováděných postupů – **segmentace, kódování a poznámkování**, kdy jsem každý transkribovaný text logicky rozčlenila, významově oddělila, zanalyzovala a přiřadila kódy k určité stejnorodé skupině dat. Porovnáváním jednotlivých segmentů rozhovorů jsem zjišťovala podobnosti a rozdíly jevů a vytvářela společné kategorie. **Otevřené kódování**, které jsem zvolila k utřídění a kategorizaci dat, umožnilo odkrýt určitá témata, která se vztahovala k položeným výzkumným otázkám, k přečtené literatuře či dosud neznámým myšlenkám a pojmům.

Použitý druh kódování umožnil aplikovat **metodu vytváření trsů** (uspořádání dat – výroků do skupin na základě jejich podobnosti, např. tematický překryv, časový překryv, prostorový překryv) či **metodu zachycení vzorců** (vyhledávání a zaznamenávání v datech se opakujících vzorců, témat, struktur). Při práci s daty jsem uplatnila i **práci s časovou osou**, neboť z rozhovoru, který je biografické povahy, vyplývaly i důležité časové body, jejichž interpretace ve vztahu k dalším sděleným informacím, mi poskytla základní fakta o dotazované.

3. SLOŽENÍ A POPIS VZORKU

Nálezy uváděné v této bakalářské práci vycházejí z rozhovorů, které jsem provedla s deseti dívkami. Věková a další kritéria stanovená před zahájením sběru dat byla dodržena. Věk dívek byl různý, pohyboval se od 18 do 34 let. Vzhledem k vysoké věkové heterogenitě vzorku nelze určit nejčastější věkovou skupinu.

Složení výzkumného vzorku podle typu onemocnění bylo následující: 6 případů tvořila mentální bulimie, 4 případy mentální anorexie. O jejich diagnostické rozlišení na purgativní a nepurgativní typ (podle DSM-IV) jsem se pokusila na základě popisu obtíží dívek, případně potvrzení diagnózy jimi samými. Začátek onemocnění se v desetičlenném vzorku, podle vyjádření informátorek, pohyboval od 12 do 25 let, přičemž počátky onemocnění byly v tomto věkovém rozpětí různě časově rozmístěny. Z popisů rodiny informátorkami vyplynulo, že se jednalo o 8 úplných rodin (z toho 2 rodiny byly doplněné, tzn. matka byla podruhé vdaná), 1 rodina byla neúplná (matka si nenašla nového partnera) a v 1 rodině žila matka a otec odděleně.

3.1 ÚVODNÍ PŘEDVÝZKUM

Linda, 24 let. Linda je jedináček. Studuje v posledním ročníku vysoké školy. Již dva roky žije s přítelem, děti nemá. Problémy s jídlem se objevily asi v 17 letech, kdy začala snižovat množství jídla a vynechávat pravidelnou stravu. Léčila se ambulantně, docházela do poradny, v současné době nedochází nikam. Nyní občas po záměrném hladovění dochází k přejídání a zvracení.

Rozhovor byl zaznamenán písemnou formou.

3.2 POPIS VÝZKUMNÉHO VZORKU

Julie, 27 let. Dívka pochází z intelektuálně zaměřené rodiny, oba rodiče byli vysokoškolsky vzdělaní. Rodiče měli v době jejího narození 36 (matka) a 37 (otec) let. Sourozence nemá. Maminka loni zemřela. Ve svých 14 letech se Julie rozhodla zhubnout. Po krátkodobé anorektické fázi se objevila mentální bulimie, kterou trpí dodnes. Od svých 21 let Julie s rodiči nebydlí. V současné době dochází na skupinovou terapii.

Julie využila písemný informovaný souhlas. Rozhovor byl nahráván na diktafon.

Eliška, 27 let. Nemoc propukla před dvěma lety, půl roku po rozchodu s přítelem. Neustále přetrvávají úzkostné obavy z růstu tělesné hmotnosti. Aby eliminovala zvracení, jí menší porce. Hodně sportuje. Motivací je hlavně spalování energie. Rodiče, s nimiž bydlí, dosud nemají o jejím problému tušení. V době jejího narození bylo matce 30 let, otci 24. Má o rok staršího bratra, s nímž si skvěle rozumí.

Při rozhovoru nebyl na její přání použit diktafon a byl proveden písemný záznam během rozhovoru.

Jana, 34 let. Trpí poruchou příjmu potravy od svých 18 let, kdy začala cíleně hubnout. Po dlouhodobém (cca 1 rok) hladovění a odříkání se naplno projevila mentální bulimie, s níž

zápasí dodnes. Jana byla z ambulantní péče odeslána na hospitalizaci i kvůli depresivní symptomatologii, sebepoškozování a sebevražedným myšlenkám. Léčba nebyla úspěšná, problémy s jídlem (ale již bez komorbidní deprese) přetrvávají dodnes. V současnosti neprochází žádnou léčbou. Má o 4 roky starší sestru. V době jejího narození bylo matce 25 a otci 35 let. Otec již 7 let nežije. S rodiči nebydlí od svých 25 let.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Marta, 23 let. Problémy s jídlem začaly v 19 letech, po návratu ze zahraničí. Začátek byl stejný jako u jiných dívek – redukční dieta. Po dosažení vysněné až příliš vyhublé postavy následovalo přejídání bez zvracení. Období hladovění se střídalo s obdobími naprosté ztráty kontroly nad jídlem. Dochází na individuální psychoterapie od října 2012, které jí pomohly snížit frekvenci přejídání a nastolit větší pravidelnost ve stravování. Rodiče se rozvedli, když měla 4 roky. Důvodem byly otcovy nevěry. Do svých 19 let bydlela s matkou, poté s přítelem v Itálii, odkud se vrátila v červenci 2011. Má o 3 roky starší sestru a 10letého nevlastního bratra (z otcovy strany). Když jí bylo 13 let, matka se provdala podruhé za muže, s nímž od rozvodu žila. S matčíným novým mužem Marta neměla dobré vztahy. Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Karla, 19 let. Matce Karly bylo v době narození 19 a otci 26 let. Rodiče se rozvedli, když jí bylo 12 let. Matka si po dvou letech našla přítele, a když bylo Karle 15 let, matka se provdala podruhé. S biologickým otcem se vidí zhruba jednou týdně. Bratovi z prvního manželství je 13, sestře z druhého manželství 3 roky. Karla bydlí s rodiči. První příznaky mentální anorexie se projevily v jejích 17 letech. Dietu začala držet v 16 letech s maminkou! Karla potom začala řešit jídlo čím dál víc – omezování v jídle, menší porce. Nyní dochází na skupinovou terapii, předtím krátce navštěvovala psycholožku.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Sandra, 31 let. Nemoc se objevila v 16 letech. Sandra pochází z úplné rodiny, má dva bratry. Mamince je nyní 61 let a tatínkovi 62. Celá její rodina bydlí na Slovensku. Sandra odešla z domova v 18 letech studovat do Prahy. Sandra na počátku své nemoci navštěvovala školního psychologa, léčila se ambulantně i svépomocí, byla hospitalizovaná v nemocnici v Bratislavě (2003), chodila na denní stacionář již v Praze na VFN Ke Karlovu, následovala další hospitalizace v Praze (2008), pomoc nutriční poradkyně a nyní dochází pravidelně na skupinové i individuální terapie. Nemoc si po celou dobu udržovala podobu MA restriktivního typu. Sandra je stále extrémně hubená.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Adéla, 34 let. První příznaky mentální anorexie se objevily ve 14 letech, kdy nastoupila na střední školu. Hlavním podnětem se staly posměšky spolužaček ohledně její postavy (při výšce 163 vážila přes 63 kg). Vždy se jednalo o MA restriktivního typu. Rodiče Adély se rozvedli, když jí bylo 13 let. V 19 se od rodičů odstěhovala. Má o rok staršího bratra. Adéla docházela do nutriční poradny a posléze i k psychoterapeutce. Její stav se postupně zlepšoval. Léčba byla úspěšná, stabilizace nastala kolem 25. roku věku. Nyní již žije plnohodnotným životem a s partnerem plánují založení rodiny.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Anička, 18 let. První problémy s jídlem začaly ve 13 letech. Radikální omezení jídla trvalo cca 3-4 měsíce. Po velkém váhovém úbytku se Anička vrátila k obvyklému množství jídla, přibrala a chtěla přestat zase jíst, ale nešlo to jako dřív, tudíž začala zvracet. Nyní po tříměsíčním docházení na denní stacionář se frekvence přejídání a zvracení snížila, ale porucha přetrvává. Chvilí chodila na individuální psychoterapii (4 návštěvy), poté docházela

3 měsíce na denní stacionář. Od poloviny měsíce února 2013 má domluvené psychoterapie. Anička pochází z úplné rodiny, je nejmladší ze tří sourozenců, studuje na gymnáziu a bydlí i se sestrami u rodičů.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Aika, 21 let. Problémy s jídlem se objevily v jejích 19 letech. Zájem o zdravý životní styl, preference light výrobků, stále větší redukce potravin a omezování jídla přecházelo do podoby mentální anorexie, později se symptomy zvracení, ale nadále si uchovala podobu mentální anorexie purgativního typu. Přibližně po roce Aika podstoupila hospitalizaci, poté docházela na denní stacionář a nadále navštěvuje doléčovací skupinu. Extrémní kontrola tělesné váhy a „dietní“ stravování se projevila po nástupu na vysokou školu, což bylo spojeno i s odloučením od rodičů. Aika má o 10 let starší sestru.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Kora, 19 let. První příznaky mentální anorexie se projevily ve věku 12,5 let. Po 5 až 6 letech přešla MA diagnosticky v mentální bulimii. Kora se začala léčit až ve svých 19 letech, nyní má za sebou tříměsíční pobyt na denním stacionáři, který ji, podle jejích slov, velmi prospěl. Léčba bude pokračovat formou následné ambulantní péče. Kora studuje vysokou školu – lékařskou fakultu. Mamince bylo v době jejího narození 30 a tatínkovi 42 let. Kora nemá sourozence.

Rozhovor byl zaznamenán na diktafon.

Základní údaje o předvýzkumu a výběrovém souboru

PŘEDVÝZKUM								
č.	Jméno věk	Začátek nemoci	Poslední diagnóza MA/MB	Vzdělání	Stav	Bydlení	Sourozenci	Způsob léčby/ v současnosti
1	Linda 24	17	MA purgat.	VŠ (dosud studuje)	svobodná	s přítelem	jedináček	ambulantně, nutriční poradna/-

VÝBĚROVÝ SOUBOR								
č.	Jméno věk	Začátek nemoci	Poslední diagnóza MA/MB	Vzdělání	Stav	Bydlení	Sourozenci	Způsob léčby/ v současnosti
1	Julie 27	14	MB purgat.	VŠ	svobodná	sama	jedináček	svépomoc, denní stacionář /skupin. terapie
2	Eliška 27	25	MB atyp.	VŠ (dosud studuje)	svobodná	s rodiči	bratr 26 let	-/-
3	Jana 33	18	MB purgat.	VŠ	svobodná	sama	sestra 37 let	ambulantně, hospitalizace, skupin. terapie/-
4	Marta 23	19	MB nepurg.	SŠ	rozvedená	sama	starší sestra 26 let, nevlast. bratr 10 let	-/ambulantně
5	Karla 19	17	MA restrikt.	SŠ (dosud studuje)	svobodná	s rodiči	bratr 13 let nevlast. sestra 3 roky	ambulantně- krátce/skupin. terapie
6	Sandra 31	16	MA restrikt.	VŠ	svobodná	se spolu- bydlící	bratři 33 a 35 let	školní psycholog, ambulantně, stacio- nář, hospitalizace/ individ. a skupin. terapie

č.	Jméno věk	Začátek nemoci	Poslední diagnóza MA/MB	Vzdělání	Stav	Bydlení	Sourozenci	Způsob léčby/ v současnosti
7	Adéla 34	14	MA restrikt.	SŠ	svobodná	s přítelem	bratr 35 let	nutriční poradna, individ. terapie/-
8	Anička 18	13	MB purgat.	SŠ (dosud studuje)	svobodná	s rodiči	sestry 22 a 21 let	individ. psychoterapie, denní stacionář /individ. terapie
9	Aika 21	19	MA purgat.	SŠ	svobodná	sama střídavě s přítelem	sestra 31 let	hospitalizace, denní stacionář/ambu- lantně
10	Kora 19	12,5	MB purgat.	VŠ (dosud studuje)	svobodná	sama, občas u přítele	jedináček	denní stacionář/ ambulantně

4. ANALÝZA A INTERPRETACE ZÍSKANÝCH DAT

4.1 KATEGORIZACE DAT

Po přepisu získaných výpovědí informátorek byla souběžně s redukcí dat provedena obsahová analýza textů, která spočívala ve stanovení kategorií na základě podobnosti témat, významů a vztahů mezi nimi, které se vyskytovaly v rozhovorech a souvisely s cílem výzkumu. Tímto způsobem popsaným podrobně v části metodologické bylo získáno celkem 11 kategorií, které byly dále interpretovány a analyzovány na jednotlivé kódy, vyznačených v textu tučně a shrnutých v tabulce, která je přílohou č. VI. této práce.

4.1.1 Psychické poruchy v rodině

V této kategorii bych se chtěla blíže věnovat výskytu alkoholismu v rodině, který může vyvolávat další psychické poruchy, včetně depresí, které se v tomto spojení také vyskytly mezi zkoumanými rodinami.

V **5 rodinách z deseti** byly zaznamenány **problémy s alkoholem**. Zajímavé je, že sklon k pití měly ve třech rodinách matky. Závislost na alkoholu jednoho z rodičů výrazně narušuje soudržnost a správnou funkci rodiny: „*No, taťka je úplně jinej než mamka ... a když to řeknu na rovinu, myslím si, že s mamkou je jen kvůli mně a bráchovi...(...)...jsem se třeba kvůli ní dřív rozbrečela, že pije, tak radši odešla, aby mě neviděla, jak asi brečím a když jsem se jí zeptala proč pije, tak radši mlčela ...*“

Dívky vypovídaly, jak se osobnosti rodičů pod vlivem alkoholu měnily. Zvýšená agresivita, sarkasmus a ponižování, neustálé hádky, to byl obraz rodin, v nichž se vyskytoval sklon k alkoholismu a pro dívky přestávala být rodina místem bezpečí a jistoty.

U dvou rodin s rozvedenými rodiči pije nevlastní otec dívky a vztah mezi nimi byl plný nedorozumění, nepřátelského napětí a jeho pití narušovalo rodinnou integritu i duševní

rovnováhu dítěte: „No, hádali se s mamkou... kvůli jeho opilosti... Vyhýbala jsem se dobře, kdy se vrátí opilý... Zavírala jsem se v pokoji... Bylo to tam hodně... nepříjemné prostředí...“

V jedné rodině byl zase alkohol příčinou rozvodu: „...si pamatuju ... že se hádali a občas i prali...(…)...i jsme s bráchou ... vstávali a že jsme bránili... jako mamku, že jsme ho odtrhávali vod ní...“

S **depresemi** jsme se setkali ve **2 rodinách**. V obou případech u matek, které měly současně problémy s alkoholem. V jedné rodině se vyskytovaly deprese jak u matky, tak u otce i dcery: „...ta taky dřív brala nějaký antidepressiva... a taky s tím byla u doktora ... a táta taky někdy trpěl nějakýma depresema ... takže my to máme v rodině ...“

Alkohol, který je poměrně častým problémem vyskytujícím se ve zkoumaných rodinách, se bude prolínat i dalšími analyzovanými vztahy a funkcemi v rodinách, neboť se ukázalo, že je jejich výrazně destruuujícím prvkem.

4.1.2 Chaotické jídelní návyky a společné stolování

V **7 rodinách** byly nalezeny **chaotické jídelní návyky**. Dívky vypovídaly, že v rodině jedl každý sám, **společné stolování** bylo také u **8 dívek** spíše **výjimkou**, rodiče nevedli své děti k pravidelnému jídelnímu režimu a rozvolněné poměry v některých rodinách způsobily, že určitý řád a pravidla chyběly i ve stravování. Některé dívky uvedly, že chaos v jídle mohl rovněž přispět ke vzniku poruchy: „... a určitě ten chaos s tím jídlem, to byl čistě praktický důvod, ten byl relativně velký ... a ... to, že se u nás nesnídalo, nevečeřelo, buďto se jedlo furt nebo vůbec ...“

Někdy se však **společné jídlo** stane **nepříjemným zážitkem**, zvláště když lze komunikaci mezi členy rodiny označit za **konfliktní**. Vidíme tak, že pokud v rodině jsou problémové vztahy, členové se záměrně vyhýbají společnému scházení u jídla. Toto nevyhledávání interakcí mezi členy rodiny ve spojení se společným stolováním se vyskytovalo u **2 rodin**, kde to dívky explicitně zmínily: „No, já jsem si tam připadala... protože jsme tam byly všechny ... já nemám ráda pořád ty vzpomínky na ty nedělní obědy ... jako, že to bylo něčím hrozný, jako že ... já nevím, jestli to bylo tenkrát tím jídlem nebo tím, že tam byly všechny... a mluvilo se o mě a všichni to slyšeli.“ Je pochopitelné, že přes týden, kdy jsou členové rodiny v práci či ve škole, je obtížné se sejít ve stejném čase na stejném místě. Víkendy jsou pro tyto příležitosti vhodnější a dalo by se říci, že v rodinách se dodržovaly alespoň společné nedělní obědy.

4.1.3 Ohrožující jídelní postoje u rodičů

S **generačním výskytem poruch příjmu potravy** jsme se setkali ve **2 rodinách**, kde se vyskytovaly dokonce zvláštnosti i v jídelním chování babičky: „...s tím jídlem to už bylo tak nějak v rodině ... vím, že babička měla poruchu příjmu potravy ... ona (matka - pozn.) nikdy tomu tak

neřekla, ale jednou mi tak mlhavě vyprávěla, že nějak tak blbla s jídlem, ale nikdy jsem nevěděla jak ... máma v podstatě taky blbla s jídlem... Zdravou míru rozhodně neměla ... pak ji ještě snižovala, čím dál méně ... nikdy jsem snad neviděla svou mámu, že by snědla normální porci...“ Charakter jídelní patologie u starších členů rodiny nemusel vyhovovat diagnostickým kritériím PPP, ale tato nepřiměřenost v jídlu a chaotické jídelní návyky představovaly pro dceru nezdravý model a mohly ovlivnit její postoje k jídlu. I samotné dívky přiznávaly, že to na ně nemá dobrý vliv: „... tak už jako malá vím, že se u nás doma řešilo, kdo má zhubnout a kdo drží jakou dietu nebo má jakou dietu držet...(…)...je to těžký, no, je to těžký i pro mě udržet si ten svůj režim, když koukám na tu mámu, jak sní půlku housky, ani ne, a já tam mám ty dvě a vím, že je mám sníst.“

Mezi ohrožující faktory pro dospívající dceru můžeme považovat i **držení diet u matky**, která navíc otevřeně vyjadřuje nespokojenost se svou postavou. Ve **4 rodinách** byly matky nespokojené se svou postavou a držely diety. Jedna dívka začala dokonce držet dietu ve svých 16 letech spolu s matkou. Další dívku matka rovněž podporovala v **experimentování s dietami**: „... ona mě docela podporovala ... že je ráda, že si dávám pozor na to, co jím...(…)...jsem nestihla být nějak vyloženě tlustá, ale vždycky to bylo takový jako že ... pozor... Já jsem byla taková normální holčička, možná trochu oplácanější, nevím ... jí na tom nepřišlo nic špatného, možná lepší verze, než abych byla tlustá...“

V jedné rodině, kde se matka potýkala s nevhodnými jídelními návyky, se vyskytoval otec, který na dívku v tomto směru nepůsobil také právě pozitivně. Ve své reflexi se dívka dostává k tomu, že **otec** byl svým **asketickým způsobem života** pro ni velký vzor, který chtěla napodobit a dokonce překonat. Jediným způsobem, jak zaujmout tátovu pozornost, možnost, jak vyniknout, se i vzhledem k nevyrovnaným poměrům v rodině v oblasti stravování stalo jídlo. Vliv na dceru tak byl značný: „...protože on byl nebo je takový vyznavač zdravého životního stylu a on mě ze začátku chválil.. možná, že i já jsem od něj dostala takovou podporu, no bohužel...(…)...chtěl, abych vyznávala ten zdravý životní styl, abych sportovala, jedla zdravě. Ale on si to neuvědomoval, já vím doteď, že si některý věci, prostě co říká, si neuvědomuje jejich možný dopad...že někoho chválí, že je lehkej, jak mu jde kolo a lyže... a jakou má krásnou postavu z plavání ... nebo, když přijde nějaký kamarád: já, ty jsi štíhlejší a tak...že to jako dost řeší...“

Do kategorie nezdravých jídelních postojů zařazují i obezitu, která se pokládá za jeden z ohrožujících faktorů vzniku PPP. **Obezita u člena rodiny** je spojována zejména s výskytem mentální bulimie a často se nachází i v osobní anamnéze dívky, u níž se později projevila porucha příjmu potravy. S typickou obezitou v rodině jsme se setkali ve **2 případech**. V jedné rodině se obezita vyskytuje u tatínka a v druhém u babičky dívky, kde mě zaujaly její vzpomínky: „...já jsem měla hodně jako i ty prarodiče ráda, ale moje babička byla docela silná... ona prý nabrala potom, co přestala kouřit... a já jsem si říkala: ...já nikdy nebudu tak tlustá jako je tamhle babička... vysloveně jsem si to takhle ... nikomu jsem to nikdy neřekla, ale už nějakých šest mi

mohlo být a jsem si říkala: ...já nechci být taková koule jako babička ... a už tehdy se to možná se mnou vezlo... to je takový ten nejhlubší moment, kdy já jsem se nějak začla zaobírat tím, jak je člověk tlustý...“

V dalších **2 rodinách** se dívky vyjadřovaly pouze o **nadváze** u matky (občas na hranici obezity), jejíž obavy a komplexy z vyšší váhy přenášela na svou dceru a podporovala ji ve větší kontrole nad jídlem.

4.1.4 Zvláštní či nedostatečná komunikace v rodině

Ze stylu komunikace v rodině se dá velmi dobře poznat, zda je rodinný systém zdravý, vztahy mezi nimi uspokojivé a soužití členů harmonické; proto mu budu věnovat větší pozornost.

Při hodnocení komunikace jsem se snažila odlišit narušenou interakci s rodiči v adolescentním období, pro které je typické zhoršení dorozumívání rodičů s dítětem a nárůst konfliktů v komunikaci. Vždy byl brán i zřetel na dobu vzniku symptomů poruchy. Způsob komunikace mezi členy rodiny předcházející toto období tudíž byla pro mne podstatná. Samotná změna chování dívky v důsledku nemoci pochopitelně vnáší do rodiny napětí, neshody, hádky a zmatek, jež se odráží i ve stylu komunikace mezi členy rodiny.

Dívky často uváděly, že jejich komunikace s rodiči, nejčastěji však s otcem se zlepšila v pozdní adolescenci či rané dospělosti. Na nestabilitu rodiny poukazuje i skutečnost, že komunikace byla funkční a pro dívku uspokojivá pouze s jedním z rodičů a s druhou stranou byla omezená a nevyhledávaná. Příčinou této **omezené komunikace** byly konfliktní vztahy s nevlastním otcem, nedostatek času na oboustrannou komunikaci či jiné překážky k vedení smysluplného dialogu (výbušná povaha otce, nesouhlasné názory matky s dcerou, častá nepřítomnost otce v rodině apod.). Omezená komunikace (na jednoho člena rodiny), která však v sobě obsahovala i aspekty komunikace málo otevřené, se objevila v **6 rodinách**, z toho ve **2 rodinách** se tyto **deficity v komunikaci** objevovaly ve **vztahu s matkou** a ve **4 případech** ve vztahu s **otcem**. S druhým rodičem komunikace fungovala normálně.

Ve **4 rodinách** dívkám chyběla komunikace o osobních tématech, o citech, vzájemné sdílení pocitů, otevřenost a pochopení, kterou kategorizuji jako **málo otevřenou pozitivní komunikaci**. Dívky si také často stěžovaly, že jejich matka není tou kamarádkou, které by mohly všechno říct a která by je pochopila.

Nepřímá, skrytá agrese v komunikaci se objevila ve **2 rodinách** a to **mezi sourozenci**, kteří mezi sebou nedokázali komunikovat vhodným a přiměřeným způsobem, právě naopak, jejich komunikace byla plná sarkasmu a ironie. Jak ostatně můžeme posoudit

z výpovědi informátorky: „...se sestrami pořád na sebe štekáme ... no, ale jako my všechny tři jsme takový dost rozdílný a dost vyhrocený osobnosti... já když vidím jiný sesterský jakoby nějaký uskupení nebo tak, je to rozhodně takový harmoničtější, než je to u nás ... my si jen tak sednem a starší začne na prostřední, že se fakt hnusně směje ... a ta prostřední řekne: no jo a ty jsi tlustá ... mě říkaj pořád, že jsem magor, že jo... tak nějak furt...“ Takovou komunikaci můžeme jednoznačně hodnotit jako nezdravou, nevytvářející kladné vztahy mezi členy rodiny a přívětivou atmosféru rodiny, která by pro dítě měla představovat místo bezpečí, jistoty a pohody.

Krátce nahlédneme, co nám sdělily dívky o **komunikaci v rodině** v době svého dospívání, kdy se dítě snaží vyprostít ze závislosti na rodičích, hledá si nové formy vztahů, vlastní identitu a dochází k odcizení se světem rodičů a větší distanci od jejich názorů a poučování. Většina dívek tuto kritickou dobu spojovala se zhoršenou komunikací a konfliktními vztahy v rodině, často i **ve spojení s prvním příznakem poruchy příjmu potravy**. Takto výrazně narušenou komunikaci nám popisovaly **4 dívky**: „...když byla ta nemoc, tak to bylo špatné...já jsem jí i říkala škaředé slova, což mě doteď jakoby strašně bolí na duši...“

Běžně se stává, že dcera často ještě před prahem dospělosti nastoupí na vyšší školu, pobývá mimo domov a domů jezdí jen o víkendu. Separace od rodiny je tak často nevyhnutelná a někdy i vítaná: „...a já jsem byla ráda, že se stěhuju do Prahy, to bylo na začátku té první vejšky a mamka byla taky ráda, protože už jsme fakt trpěly ponorkou... a už to nebylo únosný, už jsme se hádaly kvůli zbytečnostem a už to opravdu... bylo fakt zbytečný, už to nemělo cenu nějak rozmazávat a tak jsem ráda, ale o to víc jsme si pak vážily, když jsem přijela jednou za měsíc...“ Všech 7 dívek, které už bydlí mimo domov, vypovědělo, že jejich odchod výrazně prospěl jejich vztahu s rodinou.

4.1.5 Rozvod rodičů a vztah s nevlastním otcem

Ve výzkumném vzorku se vyskytly i rodiny, jejichž systém byl narušen rozvodem rodičů a příchodem nového partnera. Ve **3 rodinách** se udál **rozvod** mezi rodiči, který vždy předcházela onemocnění PPP u dcery. Ve **2 rodinách**, v nichž se matka podruhé provdala, byl pro dívku nevlastní otec zdrojem disharmonie a neshod v rodině a tyto **hostilní vztahy** mezi nimi stále převládají: „...ted' jsme se třeba pohádali kvůli škole...a třeba ... předtím, než jsem odtamtud jakoby odešla, tak to vlastně na mě začal, ať se na sebe kouknu, jak vypadám...a začal mě tam fotit, že ať se na sebe podívám, že je mu ze mě na bliit a podobně...a prostě řešil to takhle a pak mě tam dal facky... pár facek prostě...“ Podotýkám, že oba nevlastní otcové mají problémy s alkoholem.

4.1.6 Nevhodné komentáře ohledně tloušťky a tělesného vzhledu

Podnětem, který může přivodit nespokojenost se svým vzhledem a postavou a vyvolat u dívky snahu o snížení tělesné hmotnosti a touhu dosáhnout štíhlosti, která jí

zaručí úspěch, obdiv a přijetí v kolektivu se může stát úmyslná, ale i nevinná poznámka týkající se jejich vzhledu, jídla či postavy. I v několika osudech našich dívek můžeme najít tyto krátké životní epizody, které mohly ovlivnit jejich sebepojetí a vnímání vlastního těla. **5 dívek** uvedlo, že se s takovými **nevhodnými komentáři**, které vždy předcházely počátku jejich choroby, setkalo ve své rodině: „...v pubertě začal táta mít bezelstně krutý komentáře...jako prostě...jo, ty se nám nějak kulatíš a takové podobné v tomto smyslu...tak si nějak všímal té mé fyzické změny a moc si nějak s tím nevěděl rady...Ted' už si to moc nepamatuji, ale vím, že mě to tenkrát hodně trápilo.“ Dívka sama to však nepovažuje za hlavní příčinu svých jídelních problémů. Tlak z médií, nevyrovnané rodinné poměry, nesprávné jídelní návyky v rodině i osobnostní rysy jsou kombinací rizikových faktorů, které vedly ke vzniku PPP. Jedna dívka dokonce dlouho obviňovala bratra z toho, že jeho hloupý výrok se stal spouštěčem jejích jídelních problémů: „...já jsem si vždy myslela, že ten brácha za to může, že se mi to spustilo, protože mi jednou, asi čtrnáct mi bylo, řekl, že jsem tlustá... A já jsem si tak jako myslela, že to mám kvůli němu tenhle problém a tak jsem to na něj shazovala...“ **1 dívka** uvedla, že posměšné komentáře na její silnější postavu v rané adolescenci měly **ve škole** spolužačky.

Skutečnost, že si dívky nesou ve vzpomínkách tyto vyřčené poznámky týkající se jejich vzhledu a postavy i po tolika letech, znamená, že v nich něco zanechaly, něco co je mohlo o pár měsíců či let později dovést k přesvědčení, že jsou tlusté a musí s tím něco udělat.

4.1.7 Hádky a sourozenecké boje v rodině

V **5 rodinách** se podle výpovědí dívek často vyskytovaly **hádky mezi rodiči**. K nejčastějším konfliktům docházelo kvůli nadměrnému pití alkoholu, kvůli penězům či vznětlivosti jednoho z rodičů: „...no, bylo tam docela dost hádek...(…)...já mám spíš pocit, že táta je sobeckej a nedokáže se jakoby přemoc v čemkoli, no.. že jakmile to jde byt' do nějakého malého nedorozumění, tak on je hysterickej a... začne z toho dělat zkrátka problém a má jako takovou přemrštěnou reakci, no...“

V jedné rodině docházelo k častým hádkám mezi sestrami a vznikal mezi nimi **sourozenecký boj**: „...tak to jsme neměly nikdy moc dobré vztahy, protože ona jako jednak byla o čtyři roky starší, měla úplně jiné zájmy než já a spíš jsme se hádaly, mlátily, dělaly jsme si naschvály, prostě neměly jsme spolu dobré vztahy...“ Vztahy mezi sestrami byly naplněné záští a nenávistí, málokdy se tam našly projevy přátelství, ale aktérem konfliktů se stávala starší sestra, která měla pocit, že otec má raději tu mladší, že je jí nadržováno a dovolováno víc věcí. K sestře se chovala nehezky způsobem, slovně a citově jí ubližovala a vždy si našla záminku, aby jí mohla uštvět další citovou újmu a pokoření: „Byla zlá. Dokázala mě, když jsem byla menší, tak jak jsme si

nerozuměly, tak ona mě dokázala hodně psychicky deptat prostě a já jsem byla asi taková citlivější, tak prostě jsem si to hodně jako brala...“ Mladší sestra si ze sesterského vztahu odnášela jen pocity křivdy, ublížení a bezpráví a dosud ji mrzí, že se k ní sestra takto „nesestersky“ chovala.

Podobné modely žárlivosti, soupeření a rivality se objevily mezi sourozenci ve **2 rodinách**. U jedné dívky se v extrémní formě rozvinul **pocit žárlivosti na staršího bratra** až spolu s patologickým jídelním chováním: *„...já jsem na něj strašlivě žárlila, já jsem myslela, že rodiče ho mají prostě radši než mě... protože on tancuje, je v tom úspěšný, dělá práva, no prostě to...já jsem byla tak ráda, že dostal mononukleózu, protože totálně ho to složilo...a... pak já jsem se i bála jít domů, že to dostanu taky...(…)... Já jsem se vždycky snažila s ním soupeřit, takže ve škole jsem byla šprt, který měl lepší známky než on.“* Dívka nám také sdělila, že pro ni byla mentální anorexie způsob, jak být v něčem dobrá, lepší než ostatní, lepší než její úspěšný, konkurující bratr. Sourozenská konstelace v této rodině jednoznačně nesla prvky rivality a žárlivosti, ale zjevně onu zdravou míru překročila jen u dívky, u níž vyvrcholila spolu se symptomy MA.

Známky jisté žárlivosti a závisti bychom mohli nalézt i ve druhém sourozenském uskupení, v němž přátelské vztahy rozhodně nepanovaly. Osmnáctiletá informatorka je tou nejmladší **mezi sestrami**, prostřední sestra se jí snaží před rodiči všemožně shazovat, ponižovat a žalovat na ni. Již styl komunikace, který mezi nimi probíhá, nese známky jízlivosti, posměchu a sarkasmu. Domnívám se, že v jejich konfliktní sourozenské konstelaci je obsažen **konkurenční boj**, třebaže se neprojevuje otevřeně. Starší sestry se snaží prosadit a upevnit svou pozici v rodině na úkor mladší, která jim naopak závidí jejich úspěchy, sebevědomí, sebejistotu, krásu a bezprostřednost.

4.1.8 Výchovný styl v rodině

Zajímalo mě, jaký výchovný styl se uplatňoval v rodinách, zda šlo o demokratický nebo autoritativní styl ve výchově. Z odpovědí dívek jsem vysledovala, že se často jednalo spíše o **liberální až vágní přístup rodičů k dětem** bez pravidel a určitého řádu zavedeného v rodině. Ve **4 rodinách** evidentně chyběly přiměřené nároky na poslušnost, pravidla, disciplína a vymezení jasných hranic ve výchově. U některých dívek jsem si povšimla, že pokládají maminku spíše za svou kamarádku než vychovatelku: *„...ona je dobrá, že není moc konfliktní, takže kolikrát já jsem nepříjemná, se tam rozeřvu a ona v pohodě...to bere s úsměvem...“* Podle této dívky matka „neumí moc vychovávat.“ Dospívající dívka může tento volný styl výchovy vyhovovat, ale dle mého názoru dítě potřebuje pevnější způsob vedení, více kázně a určitá pravidla, jejichž absence vyvolává chaos v rodině i v myšlení.

Za **příliš demokratickou rodinu** považují rodinu, kterou informatorka označila za intelektuálně založenou. Rodiče ponechávali dceři dostatečný prostor a volnost a dávali jí

najevo, že je „chytrá holčička“, která si dokáže se vším sama poradit. Dívce připadalo, že má víc svobody a kompetentnosti než má jako dítě mít a v podstatě to považovala za chybu, že jí rodiče začali velmi brzy brát jako dospělou: „...dávali mi jako dost volného prostoru relativně, s tím, že si s tím, když jsem ta chytrá holčička, určitě sama poradím ...což někdy jsem úplně sama nedokázala...když teda jsem nedokázala já, tak ani oni teda moc nevěděli, co s tím...no...“

4.1.9 Dokonalá, výkonná, úspěšná = štíhlá

V 1 rodině jsem zaznamenala, že otec měl **vysoké požadavky** na výborné studijní výsledky. Dívka měla otce vždy za velkou autoritu, velmi ho obdivovala za jeho profesní i osobní úspěchy a byla k němu, jak sama říká, dost nekritická. Otec měl a dosud má na ni značný vliv ve výběru školy. Chce, aby byla lékařkou jako on a to ještě ve velmi náročné specializaci - chirurgii. Dívka **se neustále bojí, že otce v jeho očekávání zklame**, protože studium je velmi obtížné: „...já jsem se spíš bála, že ho zklamou a.. ne, že by si tu svoji autoritu vynucoval nějak, to vůbec ne, ale nechtěla jsem ho zklamat, no.. právě naopak jsem asi chtěla naplnit nějaký jeho představy...(…)...třeba teď v souvislosti s tou medicínou, já jsem od začátku brečela... a on jenom říkal: no, to je jedno, to je normální, prostě uč se, uč se, uč se...“

Z jejího vyprávění jsem však také poznala, že perfekcionismus, úzkostnost a snaha o maximální výkonnost patří již k osobnostním rysům této dívky, které rodičovské ambice vložené do jediné dcery ještě posílily. Otec navíc otevřeně obdivoval a preferoval štíhlost a vyznával zdravý až asketický způsob života.

V další rodině takový tlak od rodičů nebyl, ale rodiče, kteří dosáhli akademického titulu, byly pro dívku **velkým vzorem a chtěla se jim vyrovnat**. Dívka vypovídá, že sama byla k sobě velmi sebekritická a snažila se dosahovat jen těch nejlepších známek: „... já jsem ve škole měla jedničky, když jsem neměla jedničku, tak jsem plakala ... asi někdy ve třetí čtvrté třídě, jsem nechtěla jít domů, protože jsem dostala trojku z matematiky ... a fakt jsem brečela.. a fakt jsem se bála, já jsem se bála svých vlastních rodičů ... a nikdy mi předtím nic neudělali.. ale prostě, že je zklamou, a že prostě je to hrozný, že je konec všemu, že je jako hrozně zklamou...“ I v tomto případě se ukazuje, že dívka měla už ve své povaze ctižádost, že nechtěla být jenom dobrá, ale výjimečná, resp. aby její výsledky byly stoprocentní.

Byly představeny dvě rodiny, v nichž hrál výborný prospěch ve škole a studijní úspěchy velkou roli bez ohledu na to, kdo na tom měl primární zájem. Další příběhy zařazují proto, že tato kategorie není jenom o výkonově zaměřených rodinách, ale chci se v širším pohledu věnovat tomu, že dokonalost, perfekcionalismus a snaha o výjimečnost je spojená se zvýšenou sebekontrolou, která se promítá i do percepce vlastního těla a nutnosti jeho ovládnutí na fyzické i psychické úrovni.

Zjistila jsem, že dívky si často vytvořily nějaký ideál, vzor, ať už to byli její rodiče, sourozenec nebo dokonalé tělo vymodelované médií, kterému se chtěly podobat, ba předčít jej. Příkladem toho, že touha být něčím zajímavá a něčím výjimečná je spojená s usilováním o extrémní štíhlost a odpírání si jídla je dívka, pro niž se stal **ideálem a vzorem bratr**, který měl velké úspěchy v tancování, věnoval se kulturistice a kterému se chtěla dívka vyrovnat: „...já říkám, v čem budu já dobrá, když nic neumím, tak přestanu žrát...(.)... jsem si říkala, tak já mám sebe pod kontrolou, kdo je lepší?... prostě já dokážu kontrolovat jídlo, já dokážu kontrolovat svoje city, já dokážu kontrolovat všechno.. kdo je lepší?...“ Připomínám, že bratr dívky v době jejího dospívání řekl, že je tlustá.

Tyto dívky si skutečně často vybraly extrémní kontrolu v jídle jako způsob, jak v něčem vyniknout. Zcela jistě tam bylo přítomno více determinujících faktorů, stejně jako u jiných dívek posedlých hubnutím, postavou a patologickým vztahem k jídlu, avšak jednoznačnou odpověď na otázku „proč?“ nenalezneme.

Jako poslední případ, v němž se výrazně objevila **touha po dokonalosti**, chci uvést dívku, která si za svůj vzor vybrala extrémně štíhlé modelky: „...jsem chtěla být dokonalá... a měla jsem za to, že ta dokonalost spočívá v té postavě modelek, holek z plakátů, časopisů...“ Ostatně to dokládají i slova dívky: „...já jsem si moc v hlavě zafixovala, že dokonalost je povrchní, že to není ve vás, co máte v hlavě, ale že to je to, na co se pak díváte na těch plakátech, v té televizi a v těch časopisech a mám to bohužel v hlavě doteď, to musím přiznat, že to v té hlavě mám furt...“

Mají něco společného všechny tyto naše čtyři příběhy? Do všech se promítá určitý vnitřní či vnější popud – tlak, touha vyniknout, být lepší než ostatní. Každá z nich si našla svůj vzor a inspiraci – rodiče, sourozence, kteří byli výrazně orientovaní na zdravou stravu a štíhlé, pevné tělo nebo anorektické modelky. Dvě dívky zmiňované v této kategorii si navíc odnášely vzor nezdravého jídelního chování ze své rodiny.

4.1.10 Významné životní události

V následujícím diskurzu bych se chtěla blíže věnovat tomu, zda v období, které předcházelo vzniku nemoci, se udála u dívek v našem vzorku nějak **stresová či jiná zátěžová situace**, která mohla přispět či být sama oním spouštěčím faktorem PPP, a to ať už s vazbou či bez vazby na rodinu.

3 dívky z našeho výzkumného souboru se setkaly na škole se **šikanováním**. U jedné dívky se napětí a úzkost, kterou zažívala od nepřátelsky orientovaných spolužáků, přenesla do její patologie v jídle, která měla z počátku charakter emočního přejídání. Po dokončení školy (ve 14 letech) se zalekla přebytečných kilogramů a začala hubnout. Až tento okamžik se podle ní stal začátkem poruchy příjmu potravy.

Druhý případ **šikany** také předcházel problémům s příjmem potravy dívky a podlomil její sebehodnocení a přístup k sobě samé a své tělesnosti, kterou tato křehká a citlivá dívka prožívá nyní velmi negativně. Její vyprávění bylo místy pro mne až šokující: „*Myslím si... že jsem se o to víc neměla ráda, no... já si myslím, že mě to nepřijde jako taková zkušenost strašná, že mě to přišlo přirozený, že mě lidi mlátili... já jsem se nějak moc neměla ráda nikdy..*“.

O **náznacích šikany** mluví další dívka a její zkušenosti se pravděpodobně také podepsaly na její jídelní psychopatologii. Jak sama říká spolužáci ji „moc nebrali“ a jídlo bylo určitým únikem z toho všeho.

U další dívky se problémy s jídlem objevily krátce po návratu ze zahraničí, kam se odstěhovala za svým novým partnerem. Jídlem se začala zabývat již v tomto novém prostředí, ale omezování a strach z tloušťky se naplno rozjelo až s příjezdem zpět. **Odjezd do ciziny** byl pro ni stresující životní etapou, na niž dodnes nemá dobré vzpomínky a sama přiznává, že mohly být jednou z příčin jejích problémů.

Narušený vztah k jídlu se u další informátorky objevil po jejím **nástupu na vysokou školu**. Odloučení od domova, nové prostředí, stres z psychicky i fyzicky náročného studia mohly přivodit první příznaky PPP.

Ve výzkumném souboru se našly **2 dívky**, které mají nepříjemnou zkušenost se **sexuálním obtěžováním**, které mohlo mít vliv na vznik jídelní patologie. Jedna dívka zažila sexuální obtěžování ze strany otčima ve věku jejích 18 let. V jejích devatenácti až dvaceti letech se projeví první příznaky PPP, konkrétně mentální bulimie nepurgativního typu.

Další nepříjemné, řekněme až traumatizující zkušenosti se sexuálním obtěžováním si nese ze svého dětství dívka, jejíž diagnóza je také mentální bulimie, tentokrát purgativního typu: „*...pak se strašně stejná situace stala v Thajsku.. to mi mohlo být dvanáct, třináct... jela jsem do bazénu ve druhým patře asi ze čtvrtýho ... a měla jsem na sobě plavečky...a přistoupil ke mně v tom výtahu nějaký Arab a zase jezdil se mnou nahoru dolů nahoru dolů a sundával mi ty plavečky...on se jako tak na mě mačkal ...a pak mi sundal jedno ramínko...a pak se otevřely dveře a já jsem utekla.*“

4.1.11 Emoční a hierarchická nevyváženost v rodině

V rodinách jsem se často setkávala s tím, že jeden z rodičů poskytoval dítěti vše, co mohl z hlediska své rodičovské role, zatímco druhý rodič byl dítěti určitým způsobem vzdálený, ať už představoval nedostižný vzor či autoritu nebo neměl zájem o rodinu anebo měl svůj vlastní život, popř. jinou rodinu, a „náhradní“ otec neplnil zástupnou funkci tak, aby rodina vykazovala stabilitu a rovnoměrné rozdělení rolí. Na tento problém se chci podívat z širšího pohledu a vzít v úvahu jak hierarchické, tak emoční aspekty, které jsou s rozdělením rolí otce a matky také spojeny. Charakteristika rodičovských rolí je

v teoretické rovině nastíněna v oddílech „Charakteristika matek“ a „Charakteristika otců“ a něco málo jsem rozebírala v kategoriích „Zvláštní a nedostatečná komunikace“ a „Rozvod rodičů a vztah s nevlastním otcem“.

Nevyváženost až rozpor ve funkci rolí se v určité míře nacházely v rodině dívky, kde **nedostupnost jednoho z rodičů** vážně narušuje vztahy mezi členy rodiny a vývoj dítěte nemá svou přirozenou cestu. Otec bydlí na samotě mimo svou rodinu, již pouze navštěvuje. Dívce však otec hlavně v dětství velmi chyběl a dosud je mezi nimi odtažitější vztah. S maminkou má naopak vztah otevřený a kamarádský, který dívka hodnotí pozitivně, ovšem až na tu věc související s absencí otce v rodině, která nevyhovuje matce ani dceři. Pro matku se stala důvěrnicí, v čemž ji svým způsobem nahrazovala partnera: „...*možná jsem se v příliš útlém věku dozvídala věci, který jsem nemusela řešit...*“

V další rodině bylo hierarchické rozdělení rolí takové, že **kompetenci v rozhodování a organizaci rodiny** měla v rukou matka, otec se jeví jako **nesamostatný člen** děsící se zodpovědnosti. Otec pro dceru představoval spíše vzdálenou autoritu: „...*nemyslím si, že to bylo úplně dobrý, protože ona máma neměla brát tolik zodpovědnosti a táta jí tolik dávat, ale oni se tak nějak v tom v podstatě našli...nedokázal udělat nějaký zásadní rozhodnutí, aniž by se s ní poradil...*“ Tato dívka také sděluje, že brzy přestala být pro své rodiče dítětem a převzala roli zodpovědného a dospělého jedince v rodině. Nechtěla zklamat jejich důvěru v ní vloženou, ale cítila se ochuzena o bezstarostné dětství a často si **nedokázala s tak velkou zodpovědností poradit**.

Nevyvážené prostředí po hierarchické i emoční stránce se objevuje v rodině, v níž má matka sklon k alkoholismu a v rodině působí jako rozvratný prvek vzhledem k její náladovosti, názorové a intelektuální odlišnosti od zbytku rodiny a řekněme i jakési neschopnosti držet krok s rodinou. Otec je naopak pro dceru ideálem muže a otce a má k němu vytvořen silný emoční vztah. I v tomto případě by se dalo hovořit o **nevyváženosti rodičovských rolí**: „...*do života mě hodně rad dal otec, vedl mě ke studiu ... za výchovu jsem vděčná spíše otci.*“

Jako poslední chci zmínit rodinu, v níž se nacházely **emoční deficity**, a rodiče neměli schopnost, nedokázali dítěti poskytnout láskyplnou pozornost a nepodmíněnou lásku, kterou vyžadovalo. Dívka, která se potýká s mentální bulimií od svých 19 let, nám říká, že se **citově uzavření rodiče** zabývali převážně prací, jejich čas a energie se vyčerpala i na řešení problémů mezi rodiči a jejich psychická nepřítomnost vyvolávala v dceři pocity osamělosti a méněcennosti. „*Mamka ta byla... taky taková uzavřená, nedokázala dávat najevo nějaké emoce... a navíc emoce byly u nás takové, takové nepřístupné, nežádoucí, jo, prostě u nás to bylo prostě takový*“

jako vážné...“ V tomto případě bychom mohli mluvit o jisté citové nenasycenosti, o níž se často zmiňuje literatura v souvislosti s výskytem PPP.

K uvedeným kategoriím byla zpracována souhrnná tabulka, která tvoří přílohu č. VI. této práce.

5. SHRNUTÍ VÝSLEDKŮ A DISKUZE

5.1 STRUČNÝ PŘEHLED VÝSLEDKŮ

Náplní této části je shrnutí výsledků s vazbou na jednotlivé okruhy výzkumných otázek, s nimiž jsem během výzkumu pracovala, v kontextu s odbornou literaturou z teoretické části. V souhrnném hodnocení vztahů, jevů, významů a dalších prvků vyskytujících se v rodinném systému, jsem musela vycházet z pojmů dotazovaných osob a z jejich subjektivních náhledů na tyto kompoziční prvky v rodinné struktuře. Kvalitu interakcí, vztahové i emoční dimenze lze vyjádřit prostřednictvím omezených výrazových možností jazyka a jejich implicitní podobu obsaženou v projevu lze jen obtížně převést do měřitelných pojmů, což ztěžuje jejich vyhodnocení. Ve shrnutí výsledků jsem vycházela z hodnocení rodiny jako celku - systému, který správně funguje za předpokladu, že členové se v něm vzájemně doplňují, kooperují a vytvářejí pozitivní klima v rodině. Většina rodin však tyto podmínky zdravé a šťastné rodiny nesplňovala a obecně se jevila jako hierarchicky a emočně nevyvážená, což byl důsledek disharmonie ve vztahu rodičů a jejich nevyrovnaných funkcí.

• **Jak informátorka nahlíží na svou primární rodinu z hlediska vztahů, způsobu komunikace, vyjadřování emocí?**

Všechny tři kategorie, které nás v této diskuzi zajímají, jsou vzájemně provázány a společně vytvářejí ráz vztahově-emočního pole rodiny. Tam, kde je narušena komunikace, je velmi pravděpodobné, že budou narušeny i vztahy mezi členy rodiny a emoční složka bude také oslabena. Je třeba vzít v úvahu, že vztahy a komunikace mezi dívkou a členy rodiny byly vždy narušeny pubertou nebo nemocí dívky, která ve většině případů spadala právě do adolescentního období. Hodnocení kvality vztahů, komunikace a vyjadřování emocí tedy zachycuje období před jejich onemocněním PPP. Zvláštnosti a omezení komunikace v rodinách jsou popsány podrobněji v kategorii „Zvláštní či nedostatečná komunikace v rodině“.

Většina dívek v naší výzkumné studii popisovala **vztahy a komunikaci** často jako **konfliktní, omezené, málo pozitivní a otevřené**. Pro polovinu dívek bylo **emoční sycení**

v jejich rodině celkově **neuspokojivé**, dívkám chybělo vzájemné sdílení pocitů, otevřenost a pochopení.

• **Jak hodnotí svou rodinu ohledně vzájemné tolerance, porozumění, sounáležitosti?**

Tyto tři kvality jsou nezbytnou součástí pozitivních interpersonálních vztahů a jejich zastoupení v dostatečné míře pomáhá k vytváření příznivých a pevných sociálních a rodinných vazeb. Zajímala mě jejich přítomnost v interakci mezi členy rodiny, neboť jejich přítomnost je známkou zdravého a fungujícího rodinného systému. Opět jsme se mohli přesvědčit, že tyto kvality v rodinách jsou obvykle spolu provázané, kde schází jedno, bude pravděpodobně absentovat i druhé.

Tolerance, porozumění a sounáležitost chyběly v rodinách většiny dívkám. **Míra tolerance** byla u poloviny rodin shledána spíše jako **nepřiměřeně vysoká**, bez dostatečné kontroly a vymezení hranic. Převážná většina dívek uvedla, že jim chybělo **porozumění** a v menší míře vyjadřovaly své spíše záporné pocity ohledně **sounáležitosti** mezi členy rodiny.

• **Jak se vyjadřuje o jednotlivých členech rodiny (matce, otci, sourozencích či jiných významných druhých) a jejich pozici v hierarchii rodiny?**

V této dílčí oblasti výzkumu jsem chtěla blíže zjistit:

- a) jakým způsobem na členy rodiny pohlíží, zda si jich váží a pokládá je za svůj vzor nebo je hodnotí spíše v negativních termínech a distancuje se od nich,
- b) zda se budou v uvedených charakteristikách vyskytovat typy matek a otců, které se nejčastěji vyskytují v rodinách s PPP.

Polovina dívek charakterizovala své **matky** spíše jako **kamarádké**. **Otec** u poloviny rodin vystupoval jako **vzor a autorita**. Velmi negativně hodnoceni byli nevlastní otcové. **Sourozenci** byli převážně dívkami hodnoceni kladně.

V hierarchii rodiny často docházelo k **nevyváženosti rolí**. Výchovu v rodině v mnoha případech zajišťovala hlavně matka, otcové byly převážně nějakým způsobem dceři nedostupní, ať už se věnovali svým zájmům a přátelům a v rodině se moc nevyskytovali nebo šlo o rodiny s rozvedenými rodiči, kde nevlastní otec neměl žádnou výchovnou funkci.

Nicméně mezi rodinami se vyskytovaly i takové typy matek a otců, u nichž nebyly shledány rizikové vlastnosti a chování, které by mohly mít nepříznivý vliv na dceru a které se často vyskytují v rodinách s PPP (souhrn charakteristik matek a otců a jejich porovnání

s typologií Hadaše je uveden v příloze č. VIII.). O málokteré rodině, hodnotíme-li ji jako celek, bychom však mohli říci, že rodičovské role, funkce a vztahy vůči dceři byly vyrovnané a harmonické bez projevů dysfunkce a určitých omezení.

Z jednotlivých charakteristik rodin a jejich členů, které vyplývají z nálezů, jsem se pokoušela najít určité společné znaky, které by rozlišily rodiny na takové, z nichž pochází dívka s mentální anorexií nebo mentální bulimií. Lze konstatovat, že žádné příznačné znaky v tomto ohledu nebyly nalezeny.

- **Jaké nároky měli rodiče na výkon a poslušnost svých dětí?**

V rodinách nebyl zjištěn zvýšený výskyt těchto tendencí. **Důraz na úspěch, dokonalost a výjimečnost** byla spíše **premorbidním povahovým rysem**, zesíleným vlivem nemoci. Nálezy k těmto výzkumným otázkám jsou podrobně uvedeny v kategorii „Dokonalá, výkonná, úspěšná = štíhlá“.

- **Jak dívka hodnotí jídelní návyky v rodině, jak často probíhalo setkání členů za účelem společného jídla a jaký jídelní režim byl v rodině zaveden?**

U **převážné většiny** rodin byly zjištěny **chaotické jídelní návyky a nepravidelný jídelní režim**. Nálezy vztahující se k těmto výzkumným otázkám jsou podrobněji uvedeny v kategorii „Chaotické jídelní návyky a společné stravování“.

- **Vyskytly se u některého člena rodiny PPP, deprese, obezita, závislost na alkoholu či jiných návykových látkách?**

Nejčastěji se z výše uvedených abnormalit v rodinném systému vyskytovaly **sklony k alkoholismu u rodičů**. Všechny tyto nálezy jsou podrobně zpracovány v kategoriích „Psychické poruchy v rodině“ a „Ohrožující jídelní postoje“.

- **Jak se informátorka cítila ve své rodině, jak hodnotí atmosféru své rodiny?**

Sdělené pocity a hodnocení dívek měly zachytit dobu od jejich raného dětství až po současnost. Polovina dívek hodnotila domácí atmosféru spíše jako **nepříjemnou s rušivými elementy** jako je alkoholismus v rodině či problematické vztahy s jedním nebo více členy rodiny (souhrn nálezů v rodinách viz příloha č. VII.).

- **Co informátorce chybělo v rodině? Má pocit, že se rodiče dopustili nějaké chyby ve výchově, v přístupu k ní samé? Postrádá u nich nějakou vlastnost?**

Nejčastějšími **deficity v rodině** se z pohledu dívek stávaly **závislosti v rodině, málo pochopení, porozumění, konflikty mezi matkou a otcem a málo kamarádské vztahy v rodině** (stručný přehled deficitů uváděných jednotlivými dívkami viz příloha č. VII.).

- **Jak se vyjadřuje o své rodině v souvislosti s její nemocí (jak ovlivnila nemoc chod rodiny, fungování rodiny), jaký postoj rodiče zaujali k jídelnímu problému své dcery?**

Nálezy v této části výzkumu naznačují, že **fungování rodiny** i přes onemocnění dcery PPP zůstalo **nezměněno**, aniž by v rodině došlo k úpravě nevhodných stravovacích návyků, které se v rodině vyskytovaly nebo k posílení soudržnosti mezi členy rodiny.

Vztahy mezi členy rodiny se v důsledku nemoci výrazně zhoršily a k nápravě docházelo postupně, většinou trvaly do té doby, než se dívka rozhodla opravdu léčit nebo když od rodiny odešla bydlet jinde. V současnosti má převážná část dívek se svými rodinami harmonické a kladné vztahy.

U rodičů nemocných dívek se často nacházely **tendence zjednodušovat a podceňovat problémy** svých dospívajících dcer, rodiče jim nevěnovali dostatečnou pozornost a jejich případná intervence přicházela až s pokročilým rozvinutím nemoci.

Většina rodičů sice vyvíjela snahu o **pochopení dceřina problému**, ale některé dívky se vyjádřily, že rodiče měli a dosud mají utkvělou představu, že problém je hlavně jídelní povahy a že se stačí snad více zamyslet a nalézt vůli normálně jíst. Postoje rodičů naznačovaly **nedostatečné a zkreslené chápání nemoci** a dívky měly **pocit nedostatečné podpory**, kterou by očekávaly od rodičů ve větší míře. Některé dívky se vyjádřily ve smyslu, že rodiče o ně měli **strach**.

Rodiče téměř poloviny dívek měli **opravdový zájem** na uzdravení dcery, poskytli jí potřebnou podporu a kvůli svým dcerám se zúčastnili rodinné terapie nebo navštívili jejich ošetřujícího lékaře.

Dále bylo zjištěno, že některé rodiny se tématu jídla úplně vyhýbaly a dcera s nimi své prožitky, pocity či své malé úspěchy či nezdary v boji s mentální anorexií nebo bulimií neprobírala (souhrn nálezů v rodinách viz příloha č. VII.).

5.2 DISKUZE

V této výzkumné studii byly uskutečněny rozhovory s deseti mladými ženami trpícími poruchou příjmu potravy na téma rodina a rodinné vztahy. Jejich reflexe se týkala vlastní primární rodiny a jejich odpovědi měly zodpovědět dvě hlavní výzkumné otázky, a to, jak ženy hodnotí svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů a rodinných interakcí a jak se, z pohledu ženy, měnil obraz rodiny v kontextu její nemoci.

U *první výzkumné otázky* byly analyzovány a interpretovány vztahy v rodině, styl komunikace, vyjadřování emocí, míra tolerance v rodině, porozumění, sounáležitost, charakteristiky jednotlivých členů a jejich hierarchie v rodině tak, jak ji dívky vnímaly, dále jaké se vyskytovaly v rodině nároky na výkon a poslušnost, jídelní návyky, rizikové jevy či jak se dívky v atmosféře rodiny cítily.

Cílem bylo získat ucelený obraz rodinného prostředí, z něhož pocházejí dívky s PPP tvořící náš výzkumný vzorek a tyto výsledky porovnat s dosavadními výsledky výzkumných studií, které jsou interpretovány v odborné literatuře. Uvědomujeme si, že náš desetičlenný výzkumný vzorek není svým počtem natolik reprezentativní, aby mohl být srovnáván s vícečetnými vzorky, které byly v klinické praxi podrobeny zkoumání a kde se pracovalo s celou rodinou, tj. nejen s postiženou dívkou, ale i se všemi členy. Nicméně informace získané od deseti informátorek jsou určitým ukazatelem způsobu fungování rodiny, které můžeme diskutovat s literaturou a s dosavadními poznatky, jež máme k dispozici.

Ve shodě s jinými zjištěními v našem výzkumném vzorku převažovaly rodiny, v nichž se často objevovaly konflikty mezi rodiči, převládaly negativní a hostilní vztahy mezi členy rodiny a pro dívky byly vztahy rodičů k nim emočně neuspokojivé a často bez zájmu. Z výsledků vyplynulo, že v rodinách byly mnohé dívky ještě jako děti svědky častých rodičovských hádek a vyostřených diskuzí.

Dítě vyrůstající v atmosféře plné hněvu a konfliktů si odnáší do dalšího života destruktivní model mezilidských vztahů a nezvládá správně řešit konflikty, zklamání a jiné životní problémy. Podle Leibolda (1995) to v budoucnu vede k chybným reakcím a konflikty jsou zvládány přejídáním nebo naopak odmítáním jídla. Naši vychovatelé by měli sloužit dítěti, které se učí novému chování pozorováním a napodobováním, jako vzor, který by již dospělý jedinec mohl úspěšně aplikovat ve své vlastní rodině. Všechny neutěšené poměry v rodině se promítají do prožívání dítěte a vytváří všechny předpoklady k tomu, aby se z něj stal psychosomatický pacient; budou-li k tomu nahrávat i další rizikové faktory, může se z toho vyvinout problém s příjmem potravy. Rozepře a neshody jsou nejvíce spojovány s rodinami, kde se vyskytují bulimické pacientky (Krch a kol., 2005). To

však naše studie nepotvrdila, neboť hádky mezi rodiči se nacházely i v rodinách anorektických dívek.

Komunikace v rodinách se často jevila jako emočně prázdná a omezená. Nedostatek emočních kontaktů a emoční blízkost byly také shledány u našich rodin, i když ne v takové míře, v jaké jsme očekávali. Emočně chladné prostředí bez dostatku lásky a náležité péče lze považovat za příčinu psychických problémů a přejídání či odmítání potravy v rodině může být reakcí dítěte na nenaplněné citové potřeby od rodičů nebo pocit osamělosti a opomíjenosti (Papežová, 2003; Leibold, 1995). Na nízkou míru komunikace, péče, empatie a výskyt negativních interakcí mezi členy je poukazováno zejména v „bulimických“ rodinách (Krch a kol., 2005). V našem výzkumném vzorku byly tyto rozvratné jevy v rodině nalezeny v menší míře i u anorektických dívek.

Podle Satirové (1994) ve zdravých rodinách lidé spolu o svých citech otevřeně a svobodně mluví, ať už to je zklamání, obava, bolest, zlost, kritika, radost či úspěchy, ale rovněž má každý člen rodiny právo na určitou oblast prožitků, které si nechává sám pro sebe. Důležité je sdílení, vzájemná pozitivní interakce, důvěra a konstruktivní dialog mezi všemi členy rodiny. Tyto předpoklady zdravého a spokojeného rodinného společenství nebyly zcela u zkoumaných rodin naplněny.

V rodinách jsme narazili na nedostatečně stanovené hranice a nedostatečně definovanou hierarchii, které uvádí Hadaš (2007). Zejména tomu bylo v „demokratických“ rodinách, kde se všechno odehrávalo chaoticky a bez daných pravidel a rodiče nebo spíše jeden rodič zaujímal příliš liberální postoj bez vymezení hranic. Druhý rodič byl často dítěti, nepřístupný, nedostižný, jeho výchovná funkce byla potlačena, nebo vztah s ním měla dívka problémový. Ve zdravě fungující rodině musí být zastoupeny oba póly - mužský a ženský, spolu s jejich vzájemně se doplňujícími rolmi, které vytvářejí funkční stabilní jednotku a „emoční pole“ pro dítě, které se v něm učí sociálním rolím, hledá svou identitu a prochází procesem individuace (Hadaš, 2007).

Na liberálnost v postojích ukazuje často uváděná charakteristika matky, kterou dívky označovaly za „kamarádku“. Matka jako „kamarádka“ je opačnou polaritou druhého extrému – přísnosti, bezvýhradné poslušnosti a direktivní výchovy. Ani jeden z nich dítěti neprospívá. Novák (2008) k tomu podotýká, že lásku mateřskou, resp. rodičovskou nelze zaměňovat s kamarádstvím. Lásky mateřská bude vždy kritičtější, věcnější, zodpovědnější, s větším nadhledem a vzájemným respektem.

Rodina jako celek tak byla podle výpovědí dívek ve většině případů nefunkční, vykazovala instabilitu vzájemných vztahů a nevyváženost rolí obou rodičů. Na komplikace,

kteře s sebou nese nedostatečná synchronizace s oběma rodiči, upozorňuje dvojice Chvála, Trapková (2004). Chybí-li jeden z rodičů nebo selhává, objevují se vážné symptomy u dítěte, které nemůže plnohodnotně dozrát.

Jako rozvratným prvkem se u mnoha rodin ukázal alkoholismus, který se stává problémem celé rodiny, jednoznačně narušuje rodinné vztahy, dochází ke konfliktním situacím, hádkám, vzrůstá napětí. Na zvýšený výskyt alkoholismu v rodinách, zejména bulimických pacientů, upozorňuje většina literárních zdrojů věnujících se rizikovým faktorům PPP (Papežová, 2003; Krch a kol., 2005; Leibold, 1995). V našem výzkumném vzorku byl nalezen i v rodinách anorektických dívek.

Vedle alkoholu patří mezi další častou poruchu vyskytující se v rodinách anorektických a bulimických pacientů také deprese (Papežová, 2003). Deprese se v rodinách informátorek objevila v menší míře a byla nalezena v rodinné anamnéze jak u bulimické, tak anorektické dívky.

Obezita u rodičů se také příliš nevyskytovala, ale u převážné většiny dívek byly nalezeny chaotické či jinak nevhodné jídelní návyky. Papežová (2003) upozorňuje, že se v rodinách bulimických a anorektických pacientů často setkáme s chaotickými jídelními návyky, které pro rodinu byly příznačné ještě před onemocněním dcery. Rodiče nedbají o pravidelné scházení rodiny u stolu a nenavýkají své děti na pravidelný jídelní režim, který podporuje zdravé stravovací návyky. Společné setkávání rodiny u jednoho stolu slouží i k lepší komunikaci v rodině, je tmelícím prvkem a dodává dětem pocit jistoty a bezpečí. Časté společné rodinné stolování v příjemné atmosféře je i jedním z doporučení v prevenci proti obezitě a poruchám příjmu potravy.

Výskyt PPP u nejbližších příbuzných ženského pohlaví, který je pokládán za významný rizikový faktor, byl ve zkoumaných rodinách rovněž nalezen. Může se jednat jak o nebezpečný vzor chování, tak o genetickou predispozici, o níž však neexistují jednoznačné důkazy (Krch a kol., 2005).

Sledovali jsme rovněž stresující a traumatické situace, které dívky mohly zažít ve svém dětství. Podle Papežové (2003) může porucha příjmu potravy představovat způsob, jak se vyrovnat s tragickou životní událostí či tíživou situací. Takovou negativní zkušenost může představovat i rozvod rodičů. Rozvod je podle Matějčka a Dytrycha (2002) obdobím naplněným stresem a frustrací nejen pro rozvádějící se manžele, ale i pro dítě, které je vystaveno zvláštnímu druhu psychické zátěže, jehož důsledky se nemusí projevit bezprostředně a okamžitě, ale třeba ve vzorcích chování v době puberty či dokonce na počátku dospělosti dítěte. Rozvodem se narušují vnitrorodinné vztahy, které dítě potřebuje

pro svou identifikaci s dospělými, ruší se zázemí, kde nalézá pocit jistoty a bezpečí a dítě je stresováno i příchodem nového partnera matky či otce. Rozvod rodičů, který vyplývá z neuspokojených rodinných poměrů, je připisován zejména rodinám, jejichž člen trpí mentální bulimií (Krch a kol., 2005). V našem výzkumném vzorku se rozvedené rodiny vyskytly i ve skupině anorektických dívek.

Nevelký počet dívek se také světilo se svými traumatizujícími zkušenostmi se šikanováním, které se pravděpodobně promítlo do jejich jídelní patologie a podobně jako sexuální obtěžování, jež se mezi dívkami rovněž vyskytovalo, se mohlo stát příčinou negativního vztahu ke svému tělu a nepříjemnému prožívání své tělesnosti. Podle Papežové a kol. (2010) sexuální trauma v dětství nenese jen zvýšené riziko PPP, ale i ostatních psychiatrických diagnóz.

Výskyt kritických komentářů, které mohou zvyšovat náchylnost k PPP, byl v rodinách také ve značné míře zaznamenán. Takové posměšné nebo i nevinně řečené poznámky a narážky týkající se jídla, tělesného vzhledu a váhy mohou dívku podnítit k držení diet a dalším způsobům kalorické redukce (Krch, 2004).

Často uváděná přítomnost neadekvátního tlaku rodičů, zejména u anorektických pacientů, kteří očekávají bezvadný a maximální výkon či dokonalost od dcery, se ve výzkumném vzorku příliš neobjevovala (byla zastoupena pouze v jedné rodině). Spíše jsme zjistili, že nadměrná afektivní sebekontrola, rigidita a perfekcionalismus byla součástí premorbidní osobnosti nedospělých dívek.

V rodinách byl v malé míře zaznamenán i výskyt žárlivosti, rivality a konkurence mezi sourozenci ve shodě s výsledky z klinické praxe. Anorexie nebo bulimie se tak může stát pro jednu z dcer prostředkem k získání větší pozornosti a zájmu rodičů, pokud má pocit, že se rodiče více soustředí na druhého sourozence (Hadaš, 2007). Naše sourozenecké konstelace však spíše než rivalitu a žárlivost ukazovaly obecně na konflikty a hostilitu při vzájemné komunikaci mezi sourozenci. Podle Matějčka (2005) je dokonce určitá míra žárlivosti a rivality mezi sourozenci přirozená a normální a může být nápomocná v pozitivní stimulaci sociálního a kognitivního vývoje dítěte, v utváření jeho identity a diferenciaci osobnosti. Nebezpečným a ohrožujícím se toto soupeření stává, překročí-li zdravou míru (jak tomu bylo v jedné z rodin).

Na základě výsledků nyní můžeme porovnat „naše“ typy matek a otců s typy uváděnými v odborné literatuře. V rodinách informaterek nebyly nalezeny ani matky, které kladou důraz na výkon, kariéru nebo jsou frustrované ve svých ambicích, ani se tam nevyskytly matky náročné, perfekcionalistické, hyperkritické, žárlivé, upjaté a závislé.

Nicméně setkali jsme se s matkou necitlivou a staženou do sebe. Poznali jsme rovněž matky, které měly problém přijímat, dávat a být přijaty, který je podle Hadaše (2007) typickou charakteristikou matek v rodinách s PPP. Za hyperprotektivní bychom mohli označit pouze jednu matku. Takové matky jsou popisovány jako obtěžující, obvykle zahlí emoční prostor svou představou těsného vztahu s dítětem, brání dítěti v projevech samostatnosti, vytváří v nich pocity nejistoty a viny za jejich osamostatnění a, byť dočasné, opuštění domova (Hadaš, 2007).

Krch a kol. (2005) popisuje otce v rodinách s PPP jako pasivní, slabé, s emočním odstupem nebo naopak jako dominantního či aktivního otce, který je nedosažitelný a pro dceru natolik skvělý, že se mu nemůže nikdy vyrovnat. Někteří otcové bývají popisováni jako rigidní, vztekli až agresivní, stále však idealizovaní svou ženou, nebo se jedná o typy zatlačené do pozadí a znevažované manželkou. Také dívky z našeho výzkumného souboru popisovaly své otce často jako emočně odtažité, nedostupné nejen fyzicky, ale i psychicky, kteří neumí jednat a komunikovat se svou dospívající dcerou.

Druhá výzkumná otázka měla za cíl zodpovědět, jak se rodina z pohledu informátorky změnila v důsledku onemocnění dcery, k jakým změnám v rodině došlo a jaké reakce a postoje rodiče k nemoci a samotné dceři zaujali. Informovanost rodičů o onemocnění PPP byla, jak jsem poznala z rozhovorů s dívkami, minimální a to brzdilo i vyvinutí potřebného zájmu o dceru a rychlé řešení jejího problému. Shodně s literaturou byly u rodičů zaznamenány tendence ke zjednodušujícím výkladům a přehlízejícím postojům k nemoci dcery. Prokázalo se shodně s tezí odborníků, že přítomnost poruchy příjmu potravy má nepochybný vliv na život rodiny (Krch, Richterová, 1998). Nemoc výrazně narušila vztahy mezi členy rodiny, které většinou trvaly do doby, než se dívka rozhodla opravdu léčit nebo se osamostatnila a rodinu opustila.

Všichni rodiče, a zřejmě i rodiče, kteří neprojevili žádný zájem a podporu, cítí odpovědnost za své dítě a jeho zdraví a není jim lhostejné, když vidí, jak se ničí. To, že nezasáhli a neučinili potřebné kroky, aby dceru ochránili, mohlo být právě proto, že si neuvědomovali závažnost situace, neměli dostatečné znalosti a informace o PPP a netušili, že pomoc dítě očekává právě od nich, i když to nedává najevo.

Učiníme-li souhrn všech výsledků v této části výzkumu, můžeme konstatovat, že z deseti rodin vykazovalo **osm rodin** určité charakteristiky typické pro rodiny s **chronickou psychosomatickou symptomatologií**. V těchto rodinách se nejčastěji vyskytoval alkoholismus, nedostatečná komunikace, narušené vztahy mezi rodiči přenášené na dítě, konfliktní vztahy mezi sourozenci a patologické jídelní vzorce zabudované v rodinném

systemu. Pouze **dvě rodiny žádné z těchto dysfunkcí nevykazovaly** a byly dívkami kladně hodnoceny. Obě rodiny se tedy jeví jako zdravé, normální a dobře fungující, ale podíváme-li se na ně blíže, můžeme v nich nalézt přinejmenším chaotické jídelní návyky a v jedné z nich i časté hádky mezi rodiči, které však dívku, jak sama říká, citově nezraňovaly. Rodinné prostředí tedy kauzální roli v etiologii PPP nehraje, jak nám ostatně naznačují tyto dva případy. Přesto je třeba zachovávat vzhledem k početnosti našeho výzkumného vzorku v těchto závěrech větší opatrnost.

Hadaš (2007) na základě získaných poznatků při výzkumné a terapeutické práci uvádí shodně s dalšími autory, že typy otců, matek a sourozenců, s nimiž se setkával v rodinách s PPP, by neměly být považovány za patologické nebo za nositele premorbidního chování. Názor, že rodiny pacientů s PPP mají specifické charakteristiky a styl rodinné interakce je klíčovým faktorem pro vznik psychosomatického onemocnění, byl již dávno překonán a nebyla potvrzena platnost žádného etiologického modelu, který by vysvětlil příčinu onemocnění poruchou příjmu potravy. Ani v tomto předloženém výzkumu se nepotvrdilo, že by rodiny a rodiče „našich“ informátorek byli nositeli výlučně těchto negativních znaků a charakteristik.

Mezi rodinami byly, na základě provedených rozhovorů s informátorkami, nalezeny rodiny se znaky svědčícími pro příliš demokratickou, chaotickou, superkompetentní, výkonově zaměřenou, citově chladnou rodinu i rodinu hyperprotektivní, jak je popisuje Hadaš (2007). Ovšem tyto rodiny se, dle mého názoru, běžně vyskytují v populaci a vychovávají děti bez jakýchkoliv známek psychického poškození, děti zdravé a šťastné, u nichž jejich duševní a tělesné schéma nejeví žádné symptomy biopsychosociální poruchy.

Vedle těchto rodin specifických typů se vyskytují rodiny dysfunkční, ale ani tato rodina nemusí být nevyhnutelnou podmínkou k tomu, aby se v ní vyvíjely děti s narušenou osobností. Matějček (2005) nás obeznamuje s případy, kdy děti žijí v nepříznivém prostředí, ale vyjdou z něj bez negativního ovlivnění a jakýchkoliv známek deprivace. Osobnostní charakteristiky se mohou stát nejdůležitějším resilientním činitelem ve vývoji dítěte v dospělého člověka, ale také naopak existují takové osobnostní rysy, které vystavují jedince vyššímu riziku z hlediska rozvoje různých psychických poruch. V souvislosti s PPP se uvádí impulzivita, nutkavost, nezdrženlivost, perfekcionismus, zvýšená sebekontrola, nízké sebevědomí, přecitlivělost či negativní emocionalita (Papežová a kol., 2010).

K těmto úvahám mě přivedly osobnosti informátorek a jejich povahy, které jsem mohla do jisté míry odkrýt a díky jejich výpovědím se dozvědět, jak prožívaly svá dětství a jaké zvláštnosti se u nich odehrávaly, aniž by je k tomu vedly vnější podněty a příčiny.

Tímto chci říci, že nejen vnější vlivy a podmínky, kterým jsme, ať chceme nebo ne, vystaveni, ovlivňují naše prožívání a chování, ale i naše individuální charakteristické rysy a predispozice. Domnívám se, že kombinace osobnostních rysů daných člověku již při narození ovlivňuje jeho budoucí vývoj mnohem více, než se dosud předpokládá. Tento poznatek není nový, na kauzalitu mezi osobností a výskytem PPP poukazovali mnozí autoři, ovšem slabým místem výzkumů, které se zabývaly výskytem určitých psychických rysů u onemocnění PPP, je jejich retrospektivní charakter a obtíže při rozlišení, zda se osobnostní rysy u jedince vyvinuly důsledkem nemoci či jsou pevně zabudovány do osobnostní struktury člověka. Myslím dokonce, že osobnostní rysy člověka, jeho resilience a schopnost vypořádat se s tíživými podmínkami a negativními zážitky ho v životě ochrání mnohem lépe než zdravá, normální rodina, která poskytuje člověku od jeho narození až po dospělost vše potřebné k jeho vývoji. Povaha onemocnění poruchou příjmu potravy však dává tušit, že nejde jen o rodinu a osobnost, ale také o sociokulturní vlivy, které činí z této diagnózy jednu z nejrozšířenějších duševních chorob daleko více, než tomu bylo v minulosti.

Rodina hraje nepochybně zásadní roli z hlediska zdravého vývoje dítěte. Nemocné dítě nám chce svou nemocí sdělit, že něco není v pořádku a jeho rodina je tím prvním „lékařem“, který by měl zvážit všechny okolnosti a kriticky se zamyslet nad prostředím, s nímž je dítě v neustálém kontaktu a které jej tak ovlivňuje. Možná si i z vlastního dětství přinášíme traumata a pocity ne-lásky a ublížení, které se negativně promítají do výchovy našich dětí. Rodinná výchova je podle Matějčka (1994) zcela osobitá, specifická součinnost, z níž mají obě strany výchovný prospěch, neboť obě dávají a přijímají s jednou samozřejmou, ale nikoliv snadnou podmínkou: že máme své děti rádi a že jim rozumíme.

5.3 OMEZENÍ VÝZKUMU

Omezení a nedostatky tohoto výzkumu úzce souvisí s nevýhodami kvalitativního přístupu a vyplývají i z obecných limitů retrospektivního výzkumného designu a subjektivní povahy dat. Spolehlivost získaných výzkumných dat a výsledků je diskutabilní a omezená v celé řadě empirických studií, které jsou založeny na sebeuposouzení a hodnocení situací a druhých osob účastníky výzkumu, což má za následek i snížení reliability výzkumu.

Praktický výzkum již od počátku provázely **obtíže při získávání informátorek** a bylo nutné využít všech možných a dostupných prostředků k jejich prvotnímu kontaktu, což ještě zdaleka neznamenalolo uskutečnění rozhovoru.

Sběr dat, který byl časově náročný, trval přibližně dva měsíce, během nichž se mi podařilo uskutečnit deset rozhovorů. **Velikost souboru** lze považovat za omezení výzkumu,

ale vzhledem k časovým možnostem a kapacitě jednoho výzkumníka i k doporučenému rozsahu práce je tento počet informátorek adekvátní.

Do velkého množství proměnných vstupujících do výzkumného procesu, které mohou negativně ovlivnit výzkumná data a výsledek, je třeba zahrnout jak **osobu informátora, tak i výzkumníka**. U obou je zapotřebí, aby se během rozhovoru nacházely v dobrém duševním rozpoložení, měly pocit bezpečí a uvolněnosti. Nežádoucí je naopak únava, časový tlak, nedostatek soustředění či jiné nepříjemné pocity.

Dle očekávání byla rodina skutečně pro mnoho informátorek bolestným tématem, o němž nebylo lehké povídat a svěřovat se. Uvědomuji si, že jejich čistě subjektivní a jednostranný popis rodinného profilu nemusel být vždy spolehlivý a nezaujatý. Dotazované osoby nemusely, ať již úmyslně či nevědomě, sdělit všechny informace, což vyplývá i z citlivé povahy dat.

Vliv na výsledky výzkumu má i ta skutečnost, že data byla získávána v reálném čase s požadavkem návratu do minulosti. Informátorka navíc vnímá a nahlíží minulé děje a situace odlišně než v době akutního stadia nemoci, např. nyní posuzuje zájem rodičů o ni v době nemoci jako nedostatečný, ale v době nejsilnější symptomatického ataku nemoci mohla být pozornost rodičů pro ni obtěžující a nežádoucí.

Míra sdílnosti, vyjadřovací schopnosti, naladění informátorky i její ochota mluvit se odráží i v délce rozhovorů, která byla velmi rozdílná (viz oddíl 2.4 „Způsob výběru a popis vzorku“). Můžeme usuzovat, že tyto rozdíly mohly záviset na míře otevřenosti informátorky, na vnitřní bohatosti zážitků a schopnosti je explicitně slovně vyjádřit či na míře vnitřní „rozpracovanosti“ tématu a schopnosti sebereflexe. Svou roli mohla sehrát momentální nálada informátorky, obavy, aby neřekla příliš nebo tendence vidět poměry v rodině na obecné úrovni a mluvit o nich bez zacházení do hlubší a mnohdy bolest působící rodinné historie. Je pochopitelné, že každý takový „návrat“ do minulosti, každé oživení nepříjemných vzpomínek formou dialogu, ať už se sebou samým nebo s jinou osobou, může vyvolávat nepříjemné emoce a úzkost.

Počátek rozhovoru byl vždy rozpačitý a chvíli trvalo, než se dotazovaná osoba rozpovídala. Ostatně Kaufmann (2010, s. 72) upozorňuje, že nebývá lehké „navázání kontaktu a zahájení rozhovoru, ke kterému patří zavírající se dveře a počáteční úsečné odpovědi“.

Některé informátorky byly úzkostnější a kladly velký **důraz na anonymitu**, která jim byla zaručena prostřednictvím informovaného souhlasu obsahujícího garanci anonymity a výmazu dat po přepisu rozhovoru. Odmítnutí použití nahrávacího zařízení se vztahovalo

pouze na jeden případ a to s sebou neslo **nutnost ručního zápisu rozhovoru**. Vliv na kvalitu a bohatost dat je u písemného záznamu podstatně nižší než při záznamu na diktafon. Bezprostřední zachycení myšlenek dotazované osoby pomocí obyčejného papíru a tužky je pro výzkumníka náročnější a koneckonců sám informátor jinak zachází se svými odpověďmi, které tolik nerozvíjí. Při takovém rozhovoru je výrazně narušená jeho kontinuita a přirozenost a na výsledném materiálu i na další práci s ním je to znát.

Jako zcela neefektivní považuji při tomto druhu dotazování a značném objemu získávaných dat jejich písemné zaznamenávání až po skončení rozhovoru. Lidská krátkodobá paměť je velmi selektivní a při zápisu rozhovoru „ex post“ hrozí neúplnost a zkreslenost informací. Absence mluvené řeči odděluje od autenticity a osobitosti vyprávěného „příběhu“ a představa sdíleného časoprostoru a jedinečnosti postavy se vytrácí. Naopak při následném přehrávání a přepisu z diktafonu dokáže reprodukovat hlas, intonace řeči a další vokální projevy vrátit v čase a oživit jak dotazovanou osobu, její výraz či gestikulaci, tak prostředí, v němž se rozhovor odehrával.

Vzhledem k tomu, že jsem neměla k dispozici vhodnou místnost pro rozhovor, snažila jsem se po domluvě s informátorkou vybírat klidné, tiché a příjemné **prostředí**. Rozhovory se odehrávaly nejčastěji v čajovnách či kavárnách. Vhodný výběr prostředí byl často klíčový pro nerušený rozhovor v poklidném prostředí, kde se cítila dobře informátorka i výzkumník. Přednosti klidného prostředí jsem ocenila i při přepisu rozhovorů z diktafonu, kde nadbytečné zvuky narušovaly poslech a ztěžovaly transkripci.

Zachytila jsem hlavní problematické aspekty a omezení výzkumného rozhovoru, který byl použit jako kvalitativní metoda získávání dat v této empirické práci. Mým doporučením při realizaci podobného druhu výzkumu je nepodcenit přípravu před zahájením sběru dat, poučit se z počátečních chyb, zaujímat reflexivní postoj a neustále pracovat na zdokonalení technik. Důležité je provádět rozhovor v dobrém duševním i fyzickém rozpoložení, vést jej v zamýšlených intencích, tj. zbytečně neodbočovat, nevyptávat se na podružné údaje a dávat prostor pro vyjádření informátorky, ale dokázat ji také včas zastavit a nenásilně se vrátit k tématu, když říká, co pro výzkum není relevantní.

III. ZÁVĚR

„Přemýšlela jsem hodně o tom, jak si uspořádat život. Budu někdy zase tak zdravá, abych mohla bydlet sama? A co škola, dokážu to dál zvládat, nebo mě síly najednou opustí? Každý den jsem na několik hodin utíkala do snů, ale nakonec vždy nad nimi zvítězil můj vnitřní hlas. Nemohla jsem to vzdát, zrovna když se mi povedlo váhu takhle snížit. Byla jsem pánem vlastního těla a hrozně jsem se bála, že tenhle pocit kontroly nad věcmi ztratím.“

Maria Hirse (2005)

Poruchy příjmu potravy patří k závažným problémům dnešní doby. Varovný růst těchto život ohrožujících onemocnění vybízí k neustálému doplňování dosavadních poznatků o rizikových faktorech, k vývoji léčebných metod a strategií ke zvýšení motivace pacientů a ke snížení rizika relapsu. Současně nás to vede k zamyšlení nad současným stylem života, nad tím, proč se perfektní vzhled stává hlavní prioritou tolika žen na světě, proč dívky dobrovolně hladoví a proč je nespokojenost se svými těly přivádí až do psychologických poraden, psychiatrických ambulancí a léčeben. Je velmi obtížné porozumět tomuto komplexnímu onemocnění se širokým spektrem vlivů a příčin. Z této rozsáhlé skupiny rizikových faktorů jsem si vybrala rodinu, která nás provází od narození, jde s námi celým životem a ve značné míře utváří naši povahu, postoje i způsob života.

V teoretické části byly vymezeny základní pojmy a popsán charakter dvou hlavních forem PPP – mentální anorexie a mentální bulimie, byly zde uvedeny informace o zdravotních rizicích, psychických a společenských důsledcích a etiologii PPP se zaměřením na rodinné faktory. Empirická část měla za úkol pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistit, jaké styly rodinné interakce se v rodinách dívek vyskytovaly, jak dívky nahlíží na jednotlivé členy rodiny, jaké postoje a reakce rodiče vzhledem k jejich onemocnění zaujali a jak se ony samotné ve své rodině cítily. Předkládaná práce měla přispět k hlubšímu porozumění problému, zmapovat rodinné prostředí dívek, získat povědomí o fungování těchto rodin, zachytit podobnosti a rozdíly, které se v jednotlivých rodinách vyskytují a konečně zjištěné nálezy uvést do vztahu k dosavadním výsledkům jiných studií a ověřit teorie a závěry, které jsou prezentovány v odborné literatuře.

Přesvědčili jsme se, že rodiny, v nichž má jeden člen poruchu příjmu potravy, tvoří různorodou skupinu z hlediska povahy vztahů v rodině, struktury, emoční atmosféry a vzorců rodinných interakcí a nelze určit míru, jakou se rodina podílí na vzniku PPP. Rodina má nesporný vliv na osobnost mladého člověka, nevyvážené vztahy v rodině narušují citovou stabilitu dítěte, které je potom i náchylnější k různým onemocněním. Rodina hraje významnou roli při PPP, ale její kauzalita s výskytem tohoto onemocnění nebyla potvrzena. Ani z výsledků

našeho výzkumného šetření jednoznačně nevyplývá, že by rodinný systém a jeho funkce měly na všechny dívky neblahý vliv, který by mohl následně přivodit jídelní patologie.

Kladu si otázku, jaký pokrok lze ještě v oblasti etiologie PPP učinit a nakolik je možné rozšířit poznatky o příčinách vzniku tohoto multifaktoriálního onemocnění. Domnívám se, že každé psychické onemocnění zůstane i přes sebevětší úsilí vědců a odborníků tak trochu hádankou navždy. To však neznamená, že o nalezení zdroje problému přestaneme usilovat. Naopak to vybízí k hledání stále nových řešení, metod a postupů, díky nimž mohou odborníci cíleně pracovat na úkolu, jak tomuto onemocnění nejúčinněji předcházet a jak budoucí generace dětí nejlépe ochránit. Rozšíříme-li tento úkol a závazek i na laickou veřejnost, je jisté v silách nás všech vést své děti správnou cestou a vytvořit mezi sebou takové citové vztahy, které budou oporou, jistotou a trvalým zdrojem pozitivních hodnot.

Očekáváme, že předkládaná práce přinese srozumitelnější pohled na tyto dvě základní diagnózy z celého spektra poruch příjmu potravy, obohatí o nové poznatky ohledně fungování rodiny pacientů s PPP a rozšíří představu o důležitosti vyrovnaných rolí obou rodičů, které jsou potřebné pro zdravý psychosociální vývoj dítěte. Rodina je sice jen jedním z mnoha rizikových faktorů podílejících se na vzniku poruch příjmu potravy, ale její role je nezastupitelná v tom, že disponuje silami, které pro dítě dokáží být tím nejúčinnějším hojivým lékem a první pomocí, třeba právě tehdy, když bojuje s mentální anorexií či mentální bulimií.

Blíže jsem poznala deset rodin a jejich fungování a mohu potvrdit, že každý extrém ve výchově se stává pro dítě škodlivým a vychovatel by mu měl poskytnout ve zdravé míře všechno, oč si přirozený vývoj dítěte žádá. Rodinná výchova není jednoduchý proces, vyžaduje součinnost, pochopení citů a potřeb druhého, hlubokou lásku, nepodmíněnou a pozitivní, která dává, ale nikoliv spoutává. Rodina má být místem bezpečí a jistoty, laskavým a přátelským prostředím, kam bychom se měli vždy rádi vracet.

Na závěr jsem si položila otázku, k jakým výsledkům by přišel výzkumník, kdyby srovnával stejný počet rodin se shodnými kritérii, ale v kontrolní skupině by byli všichni jedinci zdraví, bez symptomů psychosomatického onemocnění. Pokud se budu v budoucnu dále zabývat tematikou PPP, ráda bych svůj dosavadní výzkum rozšířila o tato další nová zjištění.

Během psaní této celé práce se mi vynořovaly různé úvahy a otázky (nejen) nad příčinami PPP, které však zůstanou prozatím nezodpovězeny. Obsah lidské psychiky, vztahy duševních a tělesných procesů, neurobiologické struktury či hranice lidského poznání jsou hlubokou, temnou a pozoruhodnou oblastí, která nikdy nepřestane poutat zájem vědců a výzkumníků.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

LITERATURA:

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit*. Překlad Jana Krchová. Olomouc: Votobia, 1995, 207 s. ISBN 80-858-8597-2.

DISMAN, Miroslav. *Jak se vyrábí sociologická znalost: Příručka pro uživatele*. Praha: Univerzita Karlova, vydavatelství Karolinum, 1993, 374 s. ISBN 80-7184-141-2.

Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka: mezinárodní klasifikace nemocí - 10. revize. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.

FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha: Karolinum, 2001, 269 s. ISBN 80-246-0173-7.

HADAŠ, Lubomír. *Poruchy příjmu potravy: Psychosociální přístup rodinné terapie*. Brno, 2007. Dizertační práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií, Katedra psychologie. Školitel práce: Prof. PhDr. Jiří Mareš, CSc.
Dostupný též z [www.http://is.muni.cz/th/55290/fss_d/Disertacni_prace.pdf](http://is.muni.cz/th/55290/fss_d/Disertacni_prace.pdf)

HALL, Lindsey a COHN, Leigh. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno: Era, 2003, 240 s. ISBN 80-86517-60-8.

HARTNOLL, R., GRIFFITH, P., TAYLOR, C., HENDRICKS, V., BLANKEN, P., NOLIMAL, D., WEBER, I., TOUSSIRT, M., INGOLD, R. *Příručka k provádění výběru metodou sněhové koule (snowball sampling)*. Předmluva Michal Miovský. 1. vyd. Praha: Úřad vlády České republiky, 2003, 108 s.[cit. 2013-02-24]. Metodika, no. 1. ISBN 80-86734-08-0. Dostupný též z http://www.drogy-info.cz/index.php/publikace/metodika/prirucka_k_provedeni_vyberu_metodou_snehove_koule

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005, 408 s. ISBN 80-7367-040-2.

HIRSE, Maria. *Vím, jak chutná vzduch: skutečný příběh modelky o boji s mentální anorexií*. Havlíčkův Brod: Fragment, 2005, 120 s. ISBN 80-253-0148-6.

KAUFMANN, Jean, Claudie. *Chápající rozhovor*. Přeložila Marie Černá. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-7419-033-9.

KRCH, František, David, RICHTEROVÁ, Ivana. *Chci ještě trochu zhubnout: Jak rozpoznat a zvládnout bulimii a anorexií*. 1. vyd. Praha: MOTTO, 1998. 96 s. ISBN 80-85872-86-2.

KRCH, František, David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Vyd. 1. Praha: Grada Publishing, 1999, 240 s. ISBN 80-716-9627-7.

KRCH, František, David. *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada Publishing, 2003, 172 s. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František, David a kolektiv. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. 2. aktualizované vydání. Praha: Grada Publishing, 2005, 256 s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František, David. *Mentální anorexie*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 264 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995, 136 s. ISBN 80-205-0499-0.

MALONEY, Michael a KRANZ, Rachel. *O poruchách příjmu potravy*. Překlad Jana Krchová. Praha: Nakladatelství Lidové noviny, 1997, 153 s. ISBN 80-7106-248-0.

MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí o.p.s., 2007, 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.

Dostupný též z <http://www.viod.cz/editor/assets/download/potrava.pdf>

MATĚJČEK, Zdeněk. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994, 98 s. ISBN 80-852-8283-6.

MATĚJČEK, Zdeněk a DYTRYCH, Zdeněk. *Krizové situace v rodině očima dítěte*. Praha: Grada, 2002, 128 s. ISBN 80-247-0332-7.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Výbor z díla*. Vyd. 1. Praha: Karolinum, 2005, 445 s. ISBN 80-246-1056-6.

MIOVSKÝ, Michal. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, 2006, 332 s. ISBN 80-247-1362-4.

NIŇAJOVÁ, Soňa, TICHÁ Lubica a BIRČÁK Ján. Struktúra rodinného systému pacientiek s mentálnou anorexiou. *Československá pediatrie*. 2005, roč. 60, 8-9, s. 513-514. ISSN 0069-2328.

NOVÁK, Tomáš. *Vztah matky a dcery*. Praha: Grada, 2008, 136 s. ISBN 978-80-247-2076-0.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Vyd. 1. Brno: Cerm, 2010, 105 s. ISBN 978-807-2046-577.

PAPEŽOVÁ, Hana, UHLÍKOVÁ, Petra, HELLEROVÁ, Pavla, TOMANOVÁ, Jana. Poruchy příjmu potravy u adolescentů. *Pediatrie po promoci*. Praha: Medical Tribune CZ. 2005, roč. II., č. 3, s. 30-33. ISSN 1214-6773.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003, 109 s. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana (ed.). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, 2010, 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

SATIROVÁ, Virginia. *Kniha o rodině*. Překlad Jindřiška Šolcová, Vlasta Lišková. Praha: Práh, 1994. ISBN 80-901325-0-2.

SURYNEK A., KOMÁRKOVÁ R., KAŠPAROVÁ E. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-7261-038-4.

INTERNETOVÉ ZDROJE:

ESPÍNDOLA, C. R a BLAY, S. L. Family perception of anorexia and bulimia: a systematic review. *Revista Saude Publica* [online]. 2009, roč. 43, č. 4, s. 707-716. ISSN 0034-8910 [cit. 2013-4-13]. DOI: 10.1590/S0034-891020090005000035.

Dostupný z:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-89102009000400018&script=sci_arttext&tlng=en

FIELD, Alison E., JAVARAS K. M., ANEJA P., KITOS N., CAMARGO C. A., TAYLOR C. B., LAIRD N. M. Family, Peer, and Media Predictors of Becoming Eating Disordered: The role of the family in eating disorders. *Archives of Pediatrics* [online]. 2008, roč. 162, č. 6, s. 574-579. ISSN 1072-4710. [cit. 2013-4-13]. DOI: 10.1001/archpedi.162.6.574.

Dostupný z: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/archpedi.162.6.574>

HAMMONS, A. J. a FIESE, B. H. Is Frequency of Shared Family Meals Related to the Nutritional Health of Children and Adolescents? *Pediatrics*. Official Journal of the American Academy of Pediatrics [online]. Vol. 127, No. 6, June 1, 2011. Published online May 2, 2011. [cit. 2013-4-10]. ISSN 10.1542/peds.2010-1440.

Dostupný z: <http://pediatrics.aappublications.org/content/127/6/e1565.full.html>

HORESH, N., APTER, A., ISHAI, J., DANZIGER, Y, MICULINCER, M, STEIN, D., LEPKIFKER, E., MINOUNI, M. Abnormal psychosocial situations and eating disorders in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* [online]. Vol. 35, No. 7, Juli 1996 [cit. 2013-4-12]. Dostupný z : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8768353>

KARWAUTZ, Andreas, NOBIS, Gerald, HAIDVOGL, Maria, WAGNER, Gudrun, HAFFERL-GATTERMAYER, Andrea, WÖBER-BINGÖL, Cicek a FRIEDRICH, Max H. Perceptions of family relationships in adolescents with anorexia nervosa and their unaffected sisters [online]. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2003, roč. 12, č. 3, s. 128-135. [cit. 2013-04-13]. ISSN 1018-8827. DOI: 10.1007/s00787-003-0319-1.

Dostupný z: <http://link.springer.com/10.1007/s00787-003-0319-1>

KRCH, František, David. Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 1. [cit. 2012-4-19]. Dostupný z www.sekceppp.eu/doc/040100.pdf

LE GRANGE, Daniel, LOCK, James, LOEB, Katharine a NICHOLLS, Dasha. Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2010, roč. 1, č. 43, s. 1-5. ISSN 02763478. DOI: 10.1002/eat.20751. [cit. 2013-4-12]. Dostupný z: <http://doi.wiley.com/10.1002/eat.20751>

PELCÁK, Stanislav. Úvod do psychologie zdraví. Soubor základních přednášek 2005-6 [online]. [cit. 2013-1-21]. Dostupný z <http://pdf.unk.cz/ksop/UPZ.doc>

RODRIGUEZ, Martin, NOVALBOS, Ruiz, MARTINEZ, Nieto, ESCOBAR, Jimenez a CASTRO, de Haro. Epidemiological study of the influence of family and socioeconomic status in disorders of eating behaviour. *European Journal of Clinical Nutrition* [online]. 2004, roč. 58, č. 6, s. 846-852. ISSN 0954-3007. DOI: 10.1038/sj.ejcn.1601884 [cit. 2013-4-14].

Dostupný z: <http://www.nature.com/doifinder/10.1038/sj.ejcn.1601884>

ŠTECKOVÁ, Tereza. Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. *E-psychologie* [online]. 2007, roč. 1, č.1. [cit. 2013-4-10]. Dostupný z www.vyzkum-mladez.cz/cs/registr/vyzkumy/377-hodnoceni-rodinnych-vztahu-z-pohledu-div.html

ÚZIS ČR [online]. Aktuální informace č. 60/2011 [cit. 2012-12-14]. Dostupný z: <http://www.uzis.cz/rychle-informace/pece-pacienty-diagnozami-f500-f509-poruchy-prijimani-potravy-psychiatrickych-luzkovych-zarizenich-cr-1>

WOODSIDE, D. B a SHEKTER-WOLFSON, L. Families and Eating Disorders [online]. *National Eating Disorders Information Centre*, 2003 [cit. 2013-04-12]. Dostupný z: <http://www.nedic.ca/knowthefacts/documents/Familiesandeatingdisorders.pdf>.

SEZNAM PŘÍLOH

- I.** Přehled použitých diagnóz podle MKN-10 pro poruchy příjmu potravy
- II.** Tabulka č. 1 - Holmesova – Rahova stupnice stresového zatížení
- III.** Tabulka č. 2 - Zjištěné charakteristiky rodin s chronickou symptomatologií
- IV.** Tabulka č. 3 - Zkrácená souhrnná typologie matek v rodinách, kde se vyskytuje PPP
- V.** Tabulka č. 4 - Souhrnná typologie otců v rodinách, kde se vyskytuje PPP
- VI.** Tabulka č. 5 - Souhrnná tabulka nalezených kategorií dat s uvedením počtů výskytu jevu v rodinách
- VII.** Tabulka č. 6 - Nálezy v rodinách a jejich výskyt u jednotlivých dívek
Tabulka č. 7 - Deficity v rodinách z pohledu dívek
- VIII.** Tabulka č. 8 - Popisované charakteristiky matek a otců a jejich srovnání s příklady typů z typologie matek a otců
- IX.** Informativní souhlas
- X.** Přepisy rozhovorů – na přiloženém CD

PŘÍLOHA I.

Přehled použitých diagnóz podle MKN-10 pro poruchy příjmu potravy

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

Diagnostická kritéria pro Anorexia nervosa podle MKN-10 (F 50.0)

A.	Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m ²) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
B.	Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, a že užívá jeden nebo několik následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
C.	Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti).
D.	Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tablet. Může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
E.	Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Diagnostická kritéria pro Anorexia nervosa podle DSM-IV

A.	Odmítání udržet si vyšší tělesnou hmotnost než je minimální úroveň pro danou věkovou skupinu a výšku (pokles hmotnosti o 15 % pod odpovídající normou v důsledku hubnutí), nebo nedostatečný přírůstek hmotnosti během růstu (důsledkem je tělesná hmotnost o 15 % nižší, než je norma odpovídající výšce a věku).
B.	Intenzivní obava (strach) z přibírání na váze a ze ztloustnutí, a to i v případě, že jsou pacientky velmi vyhublé.
C.	Narušené vnímání vlastního těla (tělesné hmotnosti a tvaru postavy), nepřiměřený vliv tvaru postavy a hmotnosti na vlastní sebehodnocení, nebo popírání závažnosti vlastní nízké tělesné hmotnosti.
D.	U žen absence minimálně tří za sebou následujících menstruačních cyklů, pokud není další důvod vynechání menstruace (primární nebo sekundární amenorea).

Specifické typy mentální anorexie podle DSM-IV

A.	Nebulimický (restriktivní) typ	Během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
B.	Bulimický (purgativní) typ	Během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

(Krch a kol., 2005, s. 16-17)

Diagnostická kritéria pro Bulimia nervosa podle MKN-10 (F 50.2)

A.	Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.
B.	Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).
C.	Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik; diabetici se mohou snažit vynechat léčbu inzulinem.
D.	Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivního omezování se v jídle.

Diagnostická kritéria pro Bulimia nervosa podle DSM-IV

A.	Opakující se epizody záchvatovitého přejídání, které charakterizuje: a) Konzumace mnohem většího množství jídla během určitého souvislého časového úseku, než by většina lidí dokázala sníst za stejnou dobu, b) Pocit ztráty kontroly nad jídlem během této epizody (například pocit, že nemocný jedinec nemůže přestat jíst nebo rozhodovat o tom, co a v jakém množství jí).
B.	Opakované nepřiměřené kompenzační chování, jehož cílem je zabránit zvýšení hmotnosti (například vyvolané zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, hladovky, cvičení v nadměrné míře).
C.	Minimálně dvě epizody záchvatovitého přejídání týdně po dobu alespoň tří měsíců.
D.	Sebehodnocení nepřiměřeně závislé na tvaru postavy a tělesné hmotnosti.
E.	Porucha se nevyskytuje jen výhradně během epizod mentální anorexie.

Specifické typy mentální bulimie podle DSM-IV

A.	Purgativní typ	Pacient provádí pravidelně zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika, aby zabránil zvýšení hmotnosti.
B.	Nepurgativní typ	Pacient používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

(Krch a kol., 2005, s. 19)

PŘÍLOHA II.

Tabulka č. 1 – Holmesova - Rahoova stupnice stresového zatížení (Papežová, 2003)

Životní událost	Body rizika	Životní událost	Body rizika
úmrť partnera	100	změny finanční situace	38
rozvod	73	více hádek s partnerem	35
uvěznění	63	změna pracovní náplně	29
úmrť blízkého člena rodiny	63	syn a dcera opouští domov	29
sňatek	50	neshody s příbuznými partnera	29
propuštění z práce	47	vynikající osobní úspěch	28
změna zdravotního stavu člena rodiny	44	změna životních podmínek	25
těhotenství	40	neshody s vedoucím	23
problémy v sexuálním životě	39	změna pracovních podmínek, školy, bydliště	20
nový člen rodiny	39	změna volného času, náboženských aktivit	19
změny v zaměstnání	38	změna stravovacích návyků	15

PŘÍLOHA III.

Tabulka č. 2 – Zjištěné charakteristiky rodin s chronickou symptomatologií (Hadaš, 2007).

Struktura, řád a vzájemné vztahy:
<ul style="list-style-type: none">• struktura a řád rodiny nemají jasný charakter• nedostatečně stanovené či nepropustné hranice• nedostatečně definovaná hierarchie v rodině• vztahy mezi jednotlivými členy jsou velmi těsné a svazující• pouze deklarovaná blízkost a svoboda
Postoje, emoce, priority:
<ul style="list-style-type: none">• emoční blízkost hraničící s připoutáním• důraz na výkon místo na emoční blízkost• lpění na nepodstatných detailech a nedostatečný nadhled• nedostatečná, nebo naopak přehnaná zodpovědnost• nedostatek pocitu sounáležitosti• absence úcty a vzájemného porozumění• nedostatek vzájemné tolerance• nedostatečná schopnost odpouštět• nedostatečná sebedůvěra jednotlivých členů
Způsob komunikace, zvláštnosti chování:
<ul style="list-style-type: none">• emočně prázdná komunikace• nedostatečná komunikace založená spíše na sarkasmu a špičkování• rozvinuté obranné mechanismy bránící skutečnému setkávání se jednotlivých členů rodiny• schopnost opakovat stále stejné vzorce chování• chybění rodinné introspekce a snahy po změně• rigidita celého systému

PŘÍLOHA IV.

Tabulka č. 3 – Zkrácená souhrnná typologie matek v rodinách, kde se vyskytuje PPP (Hadaš, 2007).

Dostupnost matky	Typy matek	Příklady
Matka je v rodině dostupná	přijetí dcery matkou je silné, až svazující	matka s dcerou vytvářejí vůči muži koalici, která jim pomáhá přežít a vydržet
		matka s dcerou vytvářejí vůči muži koalici, která jim pomáhá muže „vyšachovat“
		matka má potřebu udělat z dcery společnici, zpovědnici
		mezi matkou a dcerou vzniká kamarádský vztah
		dcera plní matce její nesplněné sny
		matka je hyperprotektivní
		matka není schopna umožnit své dospělé dceři odchod z rodiny
		matka má potřebu být chráněna před otcem vlastní dcerou
		matka potřebuje od dcery útěchu po odchodu manžela
		matka je superkompetentní
	matka žije mezi dvěma muži	
	matka má omezenou schopnost přijmout svou dceru	matka umí jednat jen s malými dětmi, ale neví si rady s dospívajícími
		matka neumí zacházet se světem mužů, nedokáže dceři pomoci se zvládnutím mužského typu chování
		matka má problémy sama se sebou, s přijetím svého vzhledu (je závislá na své dívčí postavě, na své štíhlosti atd.)
		matka soutěží s dcerou o přízeň otce
		matka nestanoví dceři žádné hranice
		matka reaguje nevypočitatelně, chaoticky
	matka je pro dceru nedostatečně dostupná	matka se chová velmi rigidně a rigidita pramení z jejího náboženského přesvědčení
		matka je málo citlivá vůči potřebám své dcery, je citově chladná
		matka je zaneprázdňena svou prací, svou seberealizací (zabývá se vědou, uměním, sportem)
		matka má problémy s přijetím role ženy a matky
		matka je úzkostná a perfekcionistická
		matka se věnuje jinému dítěti, ať už je zdravé (např. dvojčata) nebo chronicky nemocné či postižené
		matka, která není schopna udržet partnerský vztah
		matka, která je sama nemocná (somatické onemocnění, psychiatrické onemocnění)
	matka-alkoholička	

PŘÍLOHA V.

Tabulka č. 4 – Souhrnná typologie otců v rodinách, kde se vyskytuje PPP (Hadaš, 2007).

Dostupnost otce	Typy otců	Příklady
Otec je dítěti dostupný	hyperprotektivní	pečuje o dceru jako o dítě
		nevytváří strukturu a hranice
		v rodině došlo k výměně sociálních rolí
		muž je „vyšachován“ ženou
	příliš demokratický a chápavý	příliš kamarádský vztah k dospívající dceři
	superkompetentní	akcentuje výkon a projevuje pozitivní postoj k dceři
		akcentuje výkon a projevuje neosobní postoj k dceři
		neschopnost naslouchat vlastním dětem
		výkon dítěte jako zdroj vlastních nenaplněných ambicí
	nositel volnosti a chaosu	
udržuje hranice vnějším řádem	víra	
	přílišná rigidita	
narušení incestního tabu	podvědomá reakce	dcera mu připomíná jeho ženu na počátku vztahu
		objevují se sarkasmy, ironie, zesměšňování
	připouštění sexuálních představ	prudká neadekvátní reakce na osamostatňování dcery
		zaleknutí se sexuality dcery
		zaleknut se své reakce (kontrola dcery = kontrola sebe)
incestní chování až soulož	nepevný, nezásadový otec	
	nepevný, nezásadový otčím	
	patologické sexuální chování	
Otec je dítěti nedostupný	zaneprázdněný	rodinu zabezpečuje převážně finančně
		věnuje se náročným koníčkům (je letec, potápěč apod.)
		workholik, který utíká od sebe, svých problémů a problémů rodiny
	pracuje mimo bydliště	přijíždí domů jen na víkendy; rodina má již zaběhnutý režim bez něho a otec se do tohoto režimu nevejde
	„obsazen“ sourozencem	dospívající dívka nemá možnost otce získat pro sebe, neboť otec preferuje jejího sourozence
	existuje citový odstup	otec není schopen dát najevo své emoce
		otec je psychicky nemocný, má problémy psychiatrického rázu
		otec je agresivní
		otec je alkoholik
otec má problém se ženským světem	otec nedokáže přijmout ženský svět	
otec je outsider	žena ho nebere v mužské roli; vyjadřuje se o mužích v tom smyslu, že jsou neužiteční a nebezpeční	
otec je nemocný	žena o muže pečuje; vyjadřuje se obvykle těmito slovy: nechte tatínka, musí se šetřit, nesmí se rozčilovat	
otec se odcizil dítěti už od dětství	dcera v raném dětství zažila incestní chování svého otce	

PŘÍLOHA VI.

Tabulka č. 5 – Souhrnná tabulka nalezených kategorií dat s uvedením počtů výskytu jevu v rodinách

Pozn.: Tabulka byla sestavena na základě nalezených kategorií v rodinách. Jedná se pouze o ilustrativní tabulku, která si neklade za cíl data kvantifikovat, ale umožnit lepší orientaci a přehled získaných výsledků.

P.č.	Kategorie dat	Nalezené kódy v kategorii	Počet jednotek ze souboru
1.	Psychické poruchy v rodině	Problémy s alkoholem v rodině	5
		Deprese v rodině	2
2.	Chaotické jídelní návyky a společné stolování	Chaotické jídelní návyky a nepravidelný jídelní režim	7
		Absence společného stolování	8
		Jídlo - nepříjemný zážitek	2
3.	Ohrožující jídelní postoje u rodičů	Generační výskyt poruch příjmu potravy	2
		Držení diety u matky	4
		Experimentování s dietami spolu s dcerou	2
		Otec - asketický způsob života	1
		Obezita v rodině	2
		Nadváha a komplexy z ní v rodině	2
4.	Zvláštní či nedostatečná komunikace v rodině	Omezená komunikace v rodině	6
		Chybějící otevřená pozitivní komunikace	4
		Nepřímá, skrytá agrese v komunikaci sourozenců	2
		Problémy v komunikaci během onemocnění PPP	4
5.	Rozvod rodičů a vztahy s nevlastními otci	Rozvod rodičů	3
		Nepřátelství ve vztahu s nevlastním otcem	2
6.	Nevhodné komentáře ohledně tloušťky a vzhledu	Vliv na sebepojetí a vnímání těla	6
7.	Hádky a sourozenecké boje v rodině	Hádky mezi rodiči	5
		Hádky a sourozenecký boj mezi sourozenci	1
		Žárlivost mezi sourozenci v rodině	1
		Závist a známky žárlivosti mezi sourozenci	1
8.	Výchovný styl v rodině	Liberální až vágní přístup rodičů k dětem	4
		Příliš demokratická rodina	1

Pokračování tabulky č. 5

P.č.	Kategorie dat	Nalezené kódy v kategorii	Počet jednotek ze souboru
9.	Dokonalá, výkonná, úspěšná = štíhlá	Přehnaná očekávání rodičů na výkon dítěte	1
		Úzkost a strach ze zklamání otce	1
		Otec a matka - velký vzor	1
		Starší bratr - ideál a vzor	1
		Touha po dokonalosti	4
10.	Významné životní události	Šikanování či náznaky šikany	3
		Odjezd do ciziny	1
		Nástup na vysokou školu	1
		Sexuální obtěžování	2
11.	Emoční a hierarchická nevyváženost v rodině	Nedostupnost jednoho z rodičů	1
		Kompetentní matka, neschopný otec	1
		Nevyváženost rolí mezi rodiči	2
		Velká zodpovědnost kladená na dceru	1
		Hierarchická a emoční nevyváženost rolí	1
		Emoční deficity u rodičů, citově uzavření rodiče	1

PŘÍLOHA VII.

Tabulka č. 6 – Nálezy v rodinách a jejich výskyt u jednotlivých dívek

Nálezy v rodinách	Julie	Sandra	Karla	Aika	Marta	Jana	Kora	Anička	Eliška	Adéla
Problémy s alkoholem u matky	X		X						X	
Problémy s alkoholem u otce			X		X					X
Deprese u matky	X		X							
Deprese u obou rodičů i dcery			X							
Chaotické jídelní návyky a nepravidelný jídelní režim	X	X	X	X	X		X	X		
Absence společného stolování	X	X	X		X		X	X	X	
Jídlo - nepříjemný zážitek								X		
Držení diety u matky		X	X				X	X		
Experimentování s dietami spolu s dcerou			X					X		
Narušené jídelní postoje a matky a babičky	X						X			
Otec - asketický způsob života							X			
Obezita v rodině	X	X								
Nadváha a komplexy z ní v rodině							X	X		
Nedostatečná komunikace s otcem	X		X		X		X			
Problémy v komunikaci s matkou									X	X
Chybějící otevřená pozitivní komunikace	X					X	X	X		X
Nepřímá, skrytá agrese v komunikaci sourozenců						X		X		
Problémy v komunikaci během onemocnění PPP	X	X	X	X						
Rozvod rodičů			X		X					X
Nepřátelství ve vztahu s nevlastním otcem			X		X					
Žárlivost na staršího bratra		X								
Závist a známky žárlivosti mezi sestrami								X		
Konfliktní komunikace mezi sourozenci			X			X		X		
Hádky mezi sourozenci, sourozenecký boj						X				
Hádky mezi rodiči		X	X		X	X	X		X	X
Liberální až vágní přístup rodičů k dětem		X	X		X					
Příliš demokratická rodina	X						X			
Přehnaná očekávání rodičů na výkon dítěte							X			
Otec a/nebo matka - velký vzor	X						X	X	X	
Starší bratr - ideál a vzor		X								
Touha po dokonalosti	X	X		X			X			
Nevhodné komentáře ohledně vzhledu a tělesné váhy	X	X			X	X	X			X
Šikanování či náznaky šikany	X						X	X		
Odjezd do ciziny					X					
Nástup na vysokou školu				X						
Sexuální obtěžování					X			X		
Nedostupnost jednoho z rodičů	X						X			
Nevyváženost rodičovských rolí	X		X		X		X		X	
Velká zodpovědnost kladená na dceru	X									
Emoční deficity u rodičů, citově uzavření rodiče						X				
Atmosféra příjemná bez omezení				X						X
Atmosféra příjemná s omezením					X	X			X	
Atmosféra příjemná s časovou diskontinuitou	X	X					X			
Atmosféra nepříjemná			X					X		

Pokračování tabulky č. 6

Nálezy v rodinách	Julie	Sandra	Karla	Aika	Marta	Jana	Kora	Anička	Eliška	Adéla
Nedostatek podpory rodiny při léčbě PPP			X		X	X	X			
Nedostatečné a zkreslené chápání nemoci	X				X	X	X	X		
Narušení rodinného života symptomy PPP	X	X		X						
Strach o dceru				X			X			X
Zájem na léčení dcery	X	X		X						X
Žádný vliv ani změna v chodu a fungování rodiny					X					X

Vysvětlivky:

- Psychické poruchy v rodině**
- Chaotické jídelní návyky a nepravidelný jídelní režim**
- Ohrožující jídelní postoje u rodičů**
- Zvláštní či nedostatečná komunikace v rodině**
- Rozvod rodičů a vztahy s nevlastními otci**
- Hádky a sourozenecké boje v rodině**
- Výchovný styl v rodině**
- Dokonalá, výkonná, úspěšná**
- Nevhodné komentáře ohledně vzhledu a tělesné váhy**
- Významné životní události**
- Emoční a hierarchická nevyváženost v rodině**
- Hodnocení atmosféry rodiny** (pozn. omezujícím faktorem je jeden člen rodiny, časovou diskontinuitou se rozumí narušení atmosféry v době nemoci PPP)
- Reakce a postoje rodičů na nemoc dcery**
- Rodiče nejsou o nemoci informováni**

Tabulka č. 7 – Deficity v rodinách z pohledu dívek

Deficity v rodině z pohledu dívky	Julie	Sandra	Karla	Aika	Marta	Jana	Kora	Anička	Eliška	Adéla
Vlastnosti matky a její sklon k alkoholismu	X								X	
Nedostatek soukromí			X							
Nedostatečné projevy lásky a pochopení	X					X				
Vztah mezi matkou a otcem							X		X	
Velký tlak na výkon							X			
Málo kamarádství v rodině								X		X
Málo tolerance								X		
Alkoholismus u otce										X
Absence řádu a pravidel v rodině					X					
Rozvod rodičů					X					
Sklony k závislostem v rodině	X									
Chaos a nepravidelný jídelní režim	X									
Pocit bezpečí domova								X		
Žádná změna, žádné deficity		X		X						

PŘÍLOHA VIII.

Tabulka č. 8 – Popisované charakteristiky matek a otců a jejich srovnání s příklady typů z typologie matek a otců

Pozn.: Partnerské dvojice vyskytující se v rodině jsou uvedeny v tabulce souběžně v jedné řadě.

Popisované charakteristiky matek dívkami	Odpovídající typ z příkladů typologie matek (viz příloha č. IV.)	Popisované charakteristiky otců dívkami	Odpovídající typ z příkladů typologie otců (viz příloha č. V.)
zvýšeně sebekritická, nedůvěra k mužům, neschopnost přijímat a dávat, citově uzavřená, chladnější, sklon k pití, problém přijmout sama sebe	matka-alkoholička	despekt a kritika k ženám, neumí jednat s dospívající dcerou, nedává najevo city, obézní, nemocný, vzor a autorita	žena o muže pečuje; vyjadřuje se obvykle těmito slovy: nechte tatínka, musí se šetřit, nesmí se rozčilovat
neprůbojná, submisivní, hodná, zanedbávaná otcem, slabá, nevěří si, obětavá, snaha dceru k sobě připoutat, podceňuje se, hodně „mateřská“	matka je hyperprotektivní	přísný, zásadový, chytrý, schopný, pedant, šovinista, „asociální“, povrchní, vzor a autorita	otec nedokáže přijmout ženský svět
obětavá, kamarádka, vytvářející s dcerou koalici proti otci, tolerantní, dceru používá jako důvěrnici	mezi matkou a dcerou vzniká kamarádský vztah; matka má potřebu udělat z dcery spolčnici, zpovědnici	samotář, introvert, mívá hysterické nálady, sobecký, cholerik, hodný, skrytý despota, zásadový, rozpačitý při komunikaci s dcerou, nedostupný, utíká před problémy, vytvářející koalici s dcerou proti matce, orientovaný na výkon, vzor a autorita, bohém	akcentuje výkon a projevuje neosobní postoj k dceři
chytrá, sečtělá, dá se s ní mluvit o problémech, náladová, impulzivní		úžasný, vždycky ve všem vyhověl, splnil přání, komunikativní, zdravě řeší problémy	
přísná, komunikativní, málo kamarádská		nedostupný, nemá zájem o rodinu, neměl výchovnou funkci v rodině, alkoholik	otec je alkoholik
bezcitná, dráždivá, samotářka, nevrhá, pracovitá, citlivá, stará o domácnost, výbušná, urážlivá, nevypočitatelná, vnáší do rodiny zmatek, nervózní, netrpělivá, vyvolává nepokoje, málo komunikativní, lže, bez autority, alkoholik	matka reaguje nevypočitatelně, chaoticky; matka-alkoholička	šikovný, pracovitý, nápaditý, přátelský, starostlivý, vždy vedl naši výchovu, má nás rád, je úžasný, vzor a autorita	v rodině došlo k výměně sociálních rolí
citově chladná, uzavřená, unavená, neempatická, přísná, neschopnost přijímat a dávat	málo citlivá vůči potřebám své dcery, citově chladná	cholerik, pracovitý, citově uzavřený, kritický, přísný	neschopnost naslouchat vlastním dětem
tolerantní, vzdělaná, inteligentní		cholerik, tolerantní, pracovitý, dominantní	

<u>Popisované charakteristiky matek dívkami</u>	Odpovídající typ z příkladů typologie matek (viz příloha č. IV.)	<u>Popisované charakteristiky otců dívkami</u>	Odpovídající typ z příkladů typologie otců (viz příloha č. V.)
hodně kamarádká, hodná, všechno dovolí, neumí vychovávat, sklon k pití	mezi matkou a dcerou vzniká kamarádký vztah; matka nestanoví dceři žádné hranice	cholerik, diktátor, rázný, neumí řešit věci, sklon k pití (pozn. nevlastní otec)	otec je alkoholik
ochotná, kamarádká, tolerantní	mezi matkou a dcerou vzniká kamarádký vztah	inteligentní, vzdělaný, neschopný se zapojit do běžného, prostředí, nedokáže normálně komunikovat, divný, alkoholik (pozn. nevlastní otec)	otec je alkoholik

PŘÍLOHA IX.

Informovaný souhlas pro účastníky výzkumu

Výzkumný projekt v rámci bakalářské práce: „**Rodinné vlivy jako rizikový faktor při poruchách příjmu potravy**“

Období realizace: 1/2013 – 2/2013

Řešitel projektu: Jana Povolná

Vážená slečno,

obracím se na Vás s prosbou o účast v malém výzkumu, který je podkladem pro mou bakalářskou práci.

Cílem mé práce je na základě autentických výpovědí mladých žen trpících PPP zmapovat jejich rodinné prostředí a rodinné vztahy a zjistit, jak na svou rodinu nahlíží a jak ji hodnotí.

Smyslem výzkumu je poznat, na základě reflexe vycházející ze subjektivních pocitů, prožitků a zkušeností osob postižených PPP, jaké vztahy obecně v primární rodině panovaly, jaký vztah měla postižená s matkou, otcem či sourozenci, jak hodnotí ženy svou rodinu jako emocionální a komunikační základnu a jak na ni pohlíží z hlediska vzájemné tolerance, porozumění a sounáležitosti. Pro dokreslení komplexnějšího obrazu rodinného systému mě zajímá, jak žena vnímala proměnu rodiny po objevení nemoci, jak rodiče přistupovali ke zdravotnímu problému (PPP) svého dítěte, příp. zda se zapojili do psychoterapie pod odborným vedením spolu s postiženou.

Sběr dat bude proveden formou polostrukturovaného rozhovoru, v trvání cca 1 hodinu, který bych s Vaším souhlasem nahrávala na diktafon. Účast ve výzkumu je anonymní a data v něm získaná budou použita pouze pro analýzu k tématu bakalářské práce. Po přepisování rozhovoru bude nahrávka smazána. V případě nesouhlasu s použitím nahrávacího zařízení budu rozhovor zapisovat.

Váš souhlas s účastí na projektu může být udělen ústně nebo písemně. Při volbě písemného souhlasu připojte svůj podpis, kterým souhlasíte s níže uvedeným prohlášením.

Prohlášení

Prohlašuji, že souhlasím s účastí na výše uvedeném projektu. Řešitel projektu mne informovala o podstatě výzkumu a seznámila mne s cíli, metodami a postupy, které budou při výzkumu používány. Souhlasím s tím, že všechny získané údaje budou použity jen pro účely výzkumu a že výsledky výzkumu mohou být anonymně publikovány. Jsem informována, že mám možnost kdykoliv od spolupráce na projektu odstoupit, a to i bez udání důvodu.

Tento informovaný souhlas je vyhotoven ve dvou stejnopisech, každý s platností originálu, z nichž jeden obdrží účastník projektu a druhý řešitel projektu.

Jméno, příjmení a podpis řešitele projektu:

_____ V _____ dne: _____

Jméno, příjmení a podpis účastníka v projektu:

_____ V _____ dne: _____