

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIOLOGIE, ANDRAGOGIKY A KULTURNÍ
ANTROPOLOGIE

VLIVY A PROMĚNY RODINY PŘI PORUCHÁCH PŘÍJMU
POTRAVY

Bakalářská práce

Obor studia: sociální práce

Autorka práce: Bc. Pavla Ševčíková

Vedoucí práce: PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.

Olomouc 2021

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma *Vlivy a proměny rodiny při poruchách příjmu potravy* vypracovala samostatně a že jsem uvedla veškerou literaturu a ostatní zdroje, které jsem v textu použila.

V Olomouci dne

Podpis

Anotace

Jméno a příjmení:	Bc. Pavla Ševčíková
Katedra:	Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie
Obor studia:	sociální práce
Obor obhajoby práce:	sociální práce
Vedoucí práce:	PhDr. Ondřej Skopal, Ph.D.
Rok obhajoby:	2021

Název práce:	Vlivy a proměny rodiny při poruchách příjmu potravy
Anotace práce:	Cílem práce je zjistit, jak rodina ovlivňuje vznik a průběh poruch příjmů potravy u osob s poruchami příjmů potravy. Teoretická část vymezuje poruchy příjmu potravy, rodinu a charakterizuje rodinu s PPP. V empirické části je užito smíšeného výzkumu a použita metoda dotazování.
Klíčová slova:	poruchy příjmu potravy, rodina, dotazník
Title of Thesis:	The influences and changes of family during the eating disorders
Annotation:	The aim of the work is to get to know how family influences and changes the beginning and the course of the eating disorders. The theoretical part defines the eating disorders and the family and describes the family with eating disorders. In the empirical part is used mixed research and method of questionnaire.
Keywords:	eating disorders, family, questionnaire
Počet literatury a zdrojů:	32
Rozsah práce:	63 s. (91 591 znaků s mezerami)

Obsah

Úvod.....	5
TEORETICKÁ ČÁST.....	7
1 Poruchy příjmu potravy.....	7
1.1 Typy PPP.....	7
1.1.1 Mentální anorexie	8
1.1.2 Mentální bulimie.....	9
1.1.3 Další typy PPP.....	10
1.2 Etiologie PPP	10
1.2.1 Biologické faktory	11
1.2.2 Psychologické faktory.....	12
1.2.3 Sociokulturní faktory	13
1.3 Prevence PPP.....	15
1.4 Léčba PPP.....	16
1.4.1 Rodinná terapie.....	17
2 Rodina	19
2.1 Funkce rodiny.....	20
2.2 Typologie rodin.....	22
2.3 Styly výchovy	23
3 Rodina a PPP.....	25
3.1 Charakteristika rodin s PPP	26
EMPIRICKÁ ČÁST	30
4 Metodologie	30
4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	30
4.2 Výběr výzkumného vzorku a sběr dat.....	31
4.3 Použité metody a zpracování dat	31
4.4 Etika.....	32
4.5 Předvýzkum	33
5 Interpretace získaných dat.....	33
5.1 Popis výzkumného vzorku	34
5.2 Dětství	34
5.3 Období před diagnostikováním PPP.....	39
5.4 Období léčby.....	42
5.5 Příčina vzniku nemoci	48
6 Diskuze.....	53
6.1 Limity výzkumu.....	54
7 Závěr.....	57
Použitá literatura.....	60

Úvod

Předkládaná bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy¹ jakožto onemocněním, jež ovlivňuje nejen jedince samotného, ale i jeho rodinu. PPP jsou v naší společnosti stále aktuálním tématem, je na ně nahlíženo z mnoha úhlů pohledu, kupříkladu z pohledu psychického, společenského či biologického. Odborníci zkoumají problematiku PPP s ohledem na příčinu vzniku nemoci, zabývají se dopadem nemoci na psychiku i somatiku postiženého jedince, věnují se prevenci či léčbě tohoto onemocnění. Tato bakalářská práce se zaměřuje především na rodinu v rámci PPP, na její proměny v průběhu tohoto onemocnění, na dopady (ať už pozitivní či negativní), které tato porucha v rodině zanechává. Rodina je důležitou součástí při léčbě mnohých nemocí, PPP nevyjímaje. Přístup rodiny, stejně tak jako pacienta samotného, může průběh nemoci ovlivnit jak negativním, tak pozitivním způsobem. Pro nás bylo primární vnímání samotných pacientů s PPP, tedy jejich pohled na svou primární rodinu.

Cílem této bakalářské práce je zjistit, jak rodina ovlivňuje vznik a průběh PPP, a to z pohledu samotného nemocného. Změny budou zjišťovány v oblasti rodinných vztahů, komunikace a emocí. Pro dosažení našeho cíle jsme se rozhodli pro smíšený typ výzkumu, konkrétně pro kvalitativní výzkum se základními prvky výzkumu kvantitativního. Potřebná data získáme pomocí dotazníku adresovaného lidem, kteří trpí či v minulosti trpěli PPP.

Teoretická část je rozčleněna do tří hlavních kapitol. První kapitola se zabývá vymezením PPP a jejich typů, zaměřuje se také na etiologii onemocnění s podrobnějším výčtem biologických, psychologických a sociokulturních faktorů ovlivňujících PPP, prostor je věnován také prevenci a léčbě tohoto onemocnění. Druhá kapitola teoretické části je věnována rodině, konkrétně různým pohledům

¹ dále v textu pod zkratkou PPP

na rodinu, na její funkce, různé typologie a styly výchovy v rodině. Třetí, poslední kapitola se zabývá oběma předchozími tématy souhrnně, tedy rodině s PPP, konkrétně se snaží postihnout typické znaky rodin s tímto onemocněním.

Empirická část této bakalářské práce obsahuje metodologii, konkrétně přiblížení cíle výzkumu a výzkumných otázek, sběr dat, použité metody a popis výzkumného vzorku. Nechybí ani část věnovaná etice výzkumu. Stěžejní část empirického výzkumu je věnována interpretaci získaných dat.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

„Přijímání potravy je základní podmínkou pro udržení tělesného a psychického zdraví, tedy i zachování života. Nedostatek energie a živin může být příčinou řady závažných poruch a nemocí. Proto jakákoliv porucha v oblasti příjmu jídla může navodit řadu negativních důsledků“ (Nývltová, 2008, s. 159).

Při pohledu na PPP můžeme na jedné straně vidět zaujetí dietami, štíhlou postavou a fyzickou dokonalostí, na straně druhé fyzickou slabost a ztrátu hmotnosti, patologický strach ze ztloustnutí a poruchy vnímání těla. Nejčastěji se PPP objevují u adolescentních dívek a mladých žen, které jsou tudíž v tomto směru ohroženou populací (Kocourková, 1997).

Velmi časté je u pacientů s PPP přesvědčení, že přijímání i nepřijímání potravy budou mít vždy pod kontrolou. PPP jsou však typické tím, že celý proces přijímání potravy nelze vůlí ovlivnit. Jedinec proto musí ve většině případů přejít do péče lékařů; je pouze malá pravděpodobnost, že jedinec a jeho okolí zvládnou problém vyřešit sami (Nývltová, 2008).

1.1 Typy PPP

Za obvyklé syndromy PPP jsou považovány mentální anorexie² a mentální bulimie³. Vzájemné propojení těchto nemocí je však složité, MB je někdy považována za chronickou variantu MA, a to z důvodu, že bulimickou symptomatiku vyvine přibližně 30 až 50 % mentálně anorektických dívek (Kocourková, 1997). Obě poruchy v sobě sice zahrnují dva velmi rozdílné stavy, v realitě mají ovšem spoustu společných rysů a u konkrétního jedince se můžou

² dále v textu pod zkratkou MA

³ dále v textu pod zkratkou MB

vyskytovat současně. Hlavní diferenci obou poruch spatřujeme zejména v metodách, jež jsou pacienty ke kontrole hmotnosti užívány (Nývtová, 2008).

My v této práci vycházíme z dělení podle Mezinárodní klasifikace nemocí ve své nejnovější, 10. revizi⁴, která platí v České republice od roku 1994. Ta kromě MA a MB vymezuje také atypickou MA a atypickou MB (MKN-10, 2020). Jednotlivé syndromy si vymezíme v dalších podkapitolách.

Za další typy PPP můžeme podle MKN-10 považovat například přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné PPP, kam řadíme například hysterickou ztrátu chuti k jídlu či picu, tedy požívání látek nesloužících ke konzumaci, a poruchu příjmu potravy NS, tedy blíže nespecifikovanou poruchu vztahující se k jídlu (MKN-10, 2020).

1.1.1 Mentální anorexie

MA je „porucha charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje“ (MKN-10, 2020). Chorobu provází specifická psychopatologie, kdy u pacienta přetrvává vtíravý strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla, kvůli níž pacient usiluje o stále nižší tělesnou váhu. Chorobu obvykle provází podvýživa spojená s poruchami tělesných funkcí. Mezi příznaky patří omezený výběr potravy, nadměrná fyzická činnost, vyvolávání zvracení a průjmu a užívání léků potlačujících chuť k jídlu či diuretik zvyšujících vylučování vody z těla (MKN-10, 2020).

Jedinci trpící MA si často vytváří nejrůznější pseudoteorie o tom, proč potravu musí omezovat (zamořenost potravy jedovatými látkami apod.). Zpočátku se jedná o záměrné odmítání potravy, po objevení se negativních důsledků podvýživy však přichází ztráta chuti až odpor k jídlu a jedinec se dostává do fáze, kdy již nastartoval patologický proces, jenž nejde vůlí zastavit. V důsledku

⁴ dále v textu pod zkratkou MKN-10

dlouhotrvající podvýživy dochází k tělesným a psychickým změnám, které mohou končit i smrtí (Nývltová, 2008).

MA se vyskytuje zejména u dívek a mladých žen, výskyt u mužů se dle různých studií mezi všemi diagnostikovanými jedinci pohybuje v rozmezí mezi 4 a 13 %. Porucha může probíhat ve formě opakujících se epizod, nebo jako epizoda jediná. „O mentální anorexii se hovoří tehdy, kdy tělesná hmotnost je minimálně 15 % pod optimální úrovní (posuzováno podle indexu BMI)“ (Nývltová, 2008, s. 161).

Atypická MA splňuje některá kritéria MA, ale celkový klinický obraz k této diagnóze neopravňuje, jelikož chybí některý z klíčových příznaků. Důležitým kritériem pro stanovení této nemoci je, že pacient nezhubl v důsledku jiné nemoci, ale cíleně (MKN-10, 2020).

1.1.2 Mentální bulimie

„MB je syndrom charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel“ (MKN-10, 2020). MB má určité rysy společné s MA, zejména neustálé pozorování vlastního těla. Opakované zvracení zvyšuje riziko tělesných dysfunkcí (MKN-10, 2020).

MB se může vyskytovat samostatně, v kombinaci s MA, případně může na MA přímo navazovat. Za hlavní projevy MB považujeme silnou a neodolatelnou touhu se přejíst, záchvaty přejídání, chorobný strach z tloušťky, extrémní kontrolu tělesné hmotnosti, pocity viny z přejídání se či vyhýbání se ztloustnutí pomocí projímadel či vyvolávání zvracení. O MB se hovoří v případě, že dochází k záchvatovitému přejídání se minimálně dvakrát týdně po dobu alespoň čtvrt roku. K záchvatům přejídání dochází většinou v tajnosti a nezřídka jsou spojeny s nějakou stresovou situací. Porucha často nastává po závažných změnách v životě jedince, samotné záchvaty pak nezřídka přichází bezprostředně po nepříjemné situaci, přičemž se nemusí jednat o nijak závažnou záležitost. Jedinci trpící MB

hůře odlišují emoce od tělesných pocitů a na emoce vyvolané mírně stresovými situacemi mohou reagovat jako na pocit hladu. V takových případech tedy uspokojují pomocí jídla svoje emoce (Nývltová, 2008).

Atypickou MB odlišuje od MB absence některého ze základních rysů nemoci. Může se například jednat o nadměrné přejídání a užívání projímadel, ale bez velké změny váhy (MKN-10, 2020).

1.1.3 Další typy PPP

Jak už bylo zmíněno výše, mezi další typy PPP je řazeno přejídání spojené s psychologickými poruchami. Jedná se o přejídání způsobené stresujícími událostmi, jakými mohou být například smrt blízkého člověka, nehoda či narození dítěte.

Dalším typem PPP je zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami. Zde hovoříme o psychogenním zvracením spojeném se stresem, kdy zvracení může být reakcí na stresující událost, může se však vyskytnout i před samotnou událostí (např. před odchodem do školy při fobii ze školy) (Nývltová, 2008).

Jiné poruchy PPP v sobě dle MKN-10 zahrnují picu u dospělých a psychogenní ztrátu chuti k jídlu. Posledním druhem PPP je dle MKN-10 porucha příjmu potravy NS, tedy blíže nespecifikovaná porucha související s jídlem.

1.2 Etiologie PPP

MA a MB mohou být důsledkem hladovění a držení nejrůznějších redukčních diet, ale ne každý, kdo takovou dietu vyzkouší, musí PPP trpět. Pro vznik PPP jsou tedy pravděpodobně nutné ještě další rizikové okolnosti (Nývltová, 2008).

„Až dvě třetiny anorektiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí. Nejčastěji uvádí různé narážky týkající se tělesného vzhledu, životní změny nebo problémy v rodině“ (Krch, 2002, s. 55). Zároveň je však těžké odlišit, která z charakteristik je příčinou, a která důsledkem onemocnění (Krch, 2002).

Vágnerová (2012) uvádí, že PPP jsou komplexním problémem, při jehož vzniku hrají roli biologické, psychické a sociální faktory. Podobně i Krch (2002, s. 57) zmiňuje, že MA „je důsledkem vlivu socio-kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů.“

V dalším textu vymežíme některé z těchto faktorů, jež zmiňují mnozí odborníci. U sociokulturních faktorů se pak budeme věnovat také aspektům rodinným, které však podrobněji popíšeme v samostatné kapitole *Rodina a PPP*.

1.2.1 Biologické faktory

„Ženy všech věkových skupin a ras mají tendenci tloustnout víc než muži. Během dospívání přibývají na tělesném tuku, zatímco muži spíše na svalové hmotě“ (Krch, 2002, s. 56). Ženské pohlaví uvádí Krch (2002) jako jeden z nejvýznamnějších rizikových faktorů pro rozvoj MA. Tradičně je pro ženy vzhled důležitější a tělesné proporce hrají rozdílnou roli v životě muže i ženy. Ženy připisují vzhledu významně důležitější hodnotu než muži, ale současně mají oproti mužům v průměru nižší sebehodnocení právě na základě vzhledu. A ač jsou ženy často se svou postavou spokojeny, stejně chtějí pořád dál hubnout (Krch, 2002).

Za biologický základ dispozice ke vzniku PPP považuje Vágnerová (2012) změny funkce hypotalamu, jenž je důležitý při regulaci příjmu potravy. Tato dysfunkce se však výrazněji projevuje až v korelaci se zvýšeným stresem, i proto jsou zátěžové situace často považovány za vyvolávající mechanismy.

Dalším faktorem zvyšujícím riziko vzniku PPP může být podle Vágnerové (2012) genetická dispozice. Byl zjištěn častější familiární výskyt tohoto onemocnění, až pětikrát častěji než průměr populace jsou ohroženy například sestry anorektických pacientek. Autorka však dodává, že v tomto případě nelze vyloučit ani vliv

totožných sociálních faktorů, kdy v jedné rodině nalézáme stejný hodnotový systém, obdobný životní styl a identické mezilidské vztahy v rodině.

1.2.2 Psychologické faktory

Rizikové postoje a rizikové chování před samotným vznikem MA či MB popisuje Nývltová (2008) následovně: držení nerozumných redukčních diet, snížené sebevědomí související zejména se vzhledem jedince, zkreslené vnímání vlastního těla, extrémní kritičnost, nespokojenost se sebou samým, touha po dokonalosti, sklony k perfekcionismu.

Krch (2002) zmiňuje v souvislosti s PPP také poruchy nálad a emocionální problémy. Uvádí, že „negativní sebehodnocení a pocity nedostačivosti významně zvyšují riziko vzniku mentální anorexie“ (Krch, 2002, s. 55). Krch (2002) dodává, že hubnutí a sebekontrola v oblasti stravování představují lákavou cestu k posílení sebevědomí.

Pavlová (2010) označuje za jedno z možných vysvětlení záchvatovitého přejídání nedostatečnou kontrolu impulzů; zvýšená impulzivita je spojována také s MB. U dívek trpících PPP a jejich přímých příbuzných nacházíme také zvýšenou úroveň perfekcionismu, zdá se tedy, že tenhle rys je dědičný. Riziko onemocnění PPP roste ve chvíli, kdy se k perfekcionistickým rysům přidává i nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem.

Ke vzniku PPP mohou přispět i zátěžové situace související s dospíváním, může se jednat o změny biologické (změny těla během dospívání), sociokulturní (přestup na jinou školu) či psychologické. Zvláště pro vznik MA je dospívání rizikovým obdobím, přináší s sebou psychickou zátěž spojenou s rozvojem vlastní identity, s osamostatněním od rodiny či s přijetím ženské role, a to včetně sexuality. Některé dívky se s tímto obdobím nedokážou vyrovnat. Ženská role v nich vyvolává odpor a strach a snaží se jí vyhnout. MA lze pak chápat jako projev přehnaně asketického postoje těchto dívek, který jim jakožto obranný

mechanismus napomáhá potlačovat negativní pudy, s nimiž si nevědí rady, a naopak udržovat rovnováhu osobnosti. MA pak pro tyto dívky funguje jako jakási pomoc v oddálení dospívání, jakožto prostředek biologické a psychické regrese (Vágnerová, 2012).

U MB je přejídání a následné zvracení někdy vysvětlováno jako vnitřní konflikt při odmítání milovaných osob či „vyvrhování“ negativních vlastností, o jejichž existenci jsou pacienti přesvědčeni (Smolík, 2002).

1.2.3 Sociokulturní faktory

Kocourková (1997, s. 185) tvrdí, že „jídelní poruchy se nejčastěji objevují v zemích západního světa, s hodnotovou orientací výrazně zaměřenou na osobní individualitu, úspěch, výkon, prestiž a sebeovládání. Štíhlost je spojovaná s mládím, zdravím, úspěšností, aktivitou a nezávislostí.“

Společnost, ve které daný jedinec žije, má tedy také velký podíl na vzniku PPP. Za jeden z hlavních faktorů vzniku PPP považuje Nývltová (2008) negativní hodnocení tělesného vzhledu daného jedince jeho sociálním okolím. Velkou roli hrají v tomto směru v dětství a dospívání zejména vrstevníci, od nichž může být i žertovná poznámka na úkor vzhledu brána velmi vážně. Ve výsledku se však i na psychických a osobnostních faktorech (např. nespokojenosti se sebou samým či nízkém sebevědomí) podílí společenské prostředí. V osobních a rodinných anamnézách pacientů léčících se s PPP se proto zpravidla nachází i nějaký vztahový, interpersonální problém (Nývltová, 2008).

„Sociální vlivy jsou považovány za významné spouštěcí i posilující faktory. Předpokládá se, že jednou z možných příčin vzniku poruchy příjmu potravy mohou být dlouhodobě dysfunkční rodinné vztahy“ (Vágnerová, 2012, s. 469).

Zaujetí štíhlostí mezi dospívajícími dívkami nepochybně podporuje společenské zdůrazňování štíhlosti, jež je spojována s atraktivitou ženy. Společenské ideály

krásy tedy poskytují základ, od něhož se nespokojenost s vlastním tělem odvíjí, nejdůležitějším prvkem ohledně chování souvisejícího se zdravím je však rodina. Představy a přesvědčení v rámci rodiny jsou tak pravděpodobně zásadním faktorem při rozvoji nespokojenosti s vlastním tělem (Jurkechová & Osad'án, 2014). „Rodiče mohou ovlivnit vývoj nespokojenosti s tělem a váhou mnohými způsoby. Mohou například vyjádřit nespokojenost s hmotností dcery buď nepřímým sledováním, nebo omezováním přístupu k jídlu, nebo přímo kritizováním či porovnáváním s jinými dětmi“ (Jurkechová & Osad'án, 2014, s. 147).

Dle výzkumů vleklé rodinné problémy opakovaně předcházejí onemocnění MA. Pacientky trpící MA dle těchto výzkumů zažívaly nepřiměřený tlak ze strany rodičů, a to jak v oblasti akademické či sportovní, kdy po nich byly požadovány neadekvátní výkony s ohledem na jejich schopnosti, tak v oblasti sexuální, kdy tyto rodiče vedli s dcerami rozhovor o sexualitě dříve, než na něj byly dcery připraveny. Spadá sem také naléhání ze strany rodičů, aby se dcery chovaly více žensky. Problémem s ohledem na riziko propuknutí MA jsou také chronické neshody mezi rodiči či chronické onemocnění jednoho z nich, kdy bylo vážně narušeno rodinné fungování. Dívky s MA podle těchto průzkumů zažily přibližně rok před svým onemocněním chronické problémy se svým sourozencem, tudíž může být jejich nemoc chápána jako snaha získat si zpět rodičovskou pozornost, která byla předtím věnována právě tomuto sourozenci (Hoersh et al., 1996; Pavlová, 2010).

Kromě vlivů rodiny zmiňuje Krch (2002) také velký vliv médií a módního průmyslu, které šíří názor, že i lehká nadváha je pro zdraví škodlivá a nejdůležitějším aspektem ženské atraktivity je štíhlost. Ženy jsou vystaveny silnému tlaku sdělovacích prostředků, které neustále přesvědčují o tom, že jejich krása, osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na štíhlosti. Neustále jsou předkládána zdravotní pozitiva štíhlosti, zatímco škodlivým důsledkům diet není věnována téměř žádná pozornost (Krch, 2002).

1.3 Prevence PPP

Prevence je předcházení nežádoucím jevům či vzniku rizikových situací. Obecně ji dělíme na primární, sekundární, terciární a kvartální. Primární prevence cílí na běžnou populaci a zahrnuje opatření připravující tuto populaci na setkání s rizikem. Řadíme sem zlepšení informovanosti či změnu vzorců chování žádoucím směrem. Sekundární prevence zahrnuje aktivní vyhledávání rizikových osob se záměrem zabránit dalšímu prohlubování rizikového chování. Tato fáze prevence v sobě zahrnuje zpravidla poradenskou činnost či léčbu. Terciární prevence se snaží zamezit působení negativních činitelů na okolí. Kvartální prevencí poté rozumíme navrácení osob do běžných podmínek (Janiš a kol., 2017).

Jak uvádí Papežová (2010), s ohledem na nové technologie a mediální vliv je stále náročnější vytvořit kvalitní a účinnou prevenci proti vzniku PPP. Dívky nespokojené se svou postavou drží často drastické diety, které jsou velmi výnosné z hlediska komerčního. Proti těmto komerčním zájmům je těžké bojovat. Technika dnes dokáže upravit sebemenší nedokonalost na těle modelek, narůstá počet soutěží krásy, kdy výherkyně často balancují na hranici MA. Papežová (2010) dále pokračuje tím, že dle odborníků je velkým problémem skrývání těchto stravovacích obtíží rodinou, a tím oddalování odborné péče. Včasný kvalifikovaný zásah odborníků ovlivňuje výsledek léčby a můžeme ji považovat za jeden z faktorů sekundární prevence.

Preventivní program ovlivňující hodnotový systém dětí a dospívajících, který by byl dlouhodobý a kvalitní, je v oblasti PPP vzácný. Například v porovnání s drogami a alkoholem, kde si většina populace uvědomuje škodlivost při jejich nadužívání, a to zejména u dětí, je v oblasti PPP argumentace mnohem obtížnější (Papežová, 2010). „Dominující orientace na zevnějšek spojený s úspěšností a zdravým životním stylem a s obavami z obezity dává různým dietám zdánlivě zdravý racionální rámec“ (Papežová, 2010, s. 312).

Papežová (2010) odkrývá možná místa umožňující preventivní opatření proti rozvoji PPP. Jedním z nich jsou televizní (v dnešní době spíše už internetové) reklamy, které často k takovým dietám lákají. Nezřídka se také v reklamách dozvídáme, že negativní emoční stavy utlumíme jídlem. Autorka nabádá ke kontrole dodržování zákonů v oblasti PPP a v případě nevhodných reklam žádá o jejich nápravu. Vedle boje proti těmto komerčním kampaním však také zmiňuje důležitost předávání pozitivních hodnot, které budou mladou generaci orientovat na hodnoty důležitější než zevnějšek jednotlivce. Dalším důležitým bodem je podle ní snížení rizika nevhodnými příklady, jakým například může být učitelka držící diety. Autorka v tomto smyslu zmiňuje také důležitost léčby PPP a prevenci relapsu u generace předchozí v rodinách, kde se již PPP objevily, tedy u rizikových rodičů (Papežová, 2010).

Za nejdůležitější body prevence tedy můžeme považovat snahu zabránit nezdravým dietám, podporu fyzické aktivity, podporu pozitivního vnímání vlastního těla, společné příjemné rodinné stolování či podporu rodin, aby méně mluvily o tělesné hmotnosti (Papežová, 2010).

Krch (2002) navíc zmiňuje pár faktorů, které mohou napomáhat předcházení PPP. Jsou jimi aktivní řešení problémů, žádné či pouze malé užívání alkoholu, nízké užívání redukčních diet a vyrovnaná nálada.

1.4 Léčba PPP

„Z psychoterapeutických technik je užívána léčba prostředím s režimovými prvky a rekreačními aktivitami, skupinová psychoterapie pro dívky i jejich rodiče, individuální psychoterapie, rodinná terapie“ (Kocourková, 1997, s. 187). Kocourková (1997) dodává, že užívána je také farmakoterapie, a to zejména v případech, kdy PPP provází další symptomy, například deprese.

Kocourková (1997) uvádí, že většinu pacientů s PPP je obtížné léčit a u 20 až 30 % pacientů získává onemocnění chronickou podobu. Pacientky trpící MA se obvykle

necítí nemocné a s léčbou buď nesouhlasí, nebo ji akceptují ambivalentně, tedy jen „naoko“, kdy verbální projev a sliby nesouhlasí s výsledným chováním. Bulimičky hledají pomoc sice častěji samy, ale samotná spolupráce s nimi bývá také obtížná. Autorka pokračuje tím, že velký váhový úbytek či výrazné konflikty s rodiči bývají častým důvodem k hospitalizaci, která je v našich podmínkách nejčastější metodou léčby. Za cíl léčby můžeme kromě váhového příbytku a zlepšení celkového tělesného stavu považovat i změnu v prožívání pacientek a zlepšení vztahů. Zejména u dospívajících pacientek je pak důležitá psychoterapeutická práce s celou rodinou, protože právě rodina může proces léčby velmi ztížit, nebo naopak podpořit.

1.4.1 Rodinná terapie

Rodinná terapie je indikována zejména u mladistvých pacientů trpících MA a je účinná ve většině těchto případů. Rodinné poradenství a rodinná terapie v sobě zahrnují různé přístupy, z nichž zřejmě největší uplatnění má systemická rodinná terapie. Z jejích základů vychází několik dalších přístupů, můžeme jmenovat například uplatňování metafory rodiny jakožto sociální dělohy či metaforu ostrova jakožto rodiny, kde je využíváno prostorové znázornění rodiny měnící se v kontextu nemoci. Důraz je u rodinné terapie kladen na význam sociálního okolí klienta, na klíčové interpersonální vztahy jedince, komunikaci a respekt k realitě, již si každý pacient sám vytváří (Papežová a kol., 2010).

Ač je směrů a metod rodinné terapie mnoho, všechny mají jedno společné: ve středu zájmu nestojí sám jedinec, ale celá rodina. Pacientem je tedy celá rodina se všemi svými členy. Základním principem rodinné terapie je totiž předpoklad, že individuální poruchy jedince úzce souvisí s dynamikou celé rodiny či dokonce že individuální porucha je obrazem narušení rodinných vztahů (Langmeier a kol., 2010).

K rodinné léčbě MA se Langmeier a kol. (2010, s. 374) vyjadřují takto: „Léčba vyžaduje určité, zpočátku velice obávané změny v rodinném soužití od všech členů, jimž dosud onemocnění sloužilo jako účinný (třebaže ve svých konečných výsledcích zhoubný) prostředek k vyrovnávání narůstajících vztahových rozporů.“ Za zdařilou považují psychoterapii Langmeier a kol. (2010) tehdy, když po zvládnutých somatických problémech dokáže pacient vnímat a prožívat sám sebe jako člověka, který si zaslouží lásku v soužití s rodinou, a když je schopen se otevřít individuálním potřebám a společenským kontaktům i mimo rodinu.

1.4.1.1 Vícerozinná terapie

Jedním z novějších typů rodinné terapie při léčbě zejména MA je vícerozinná terapie. Mezi cíle a základní principy tohoto terapeutického přístupu patří:

- umožnit rodinám hovořit otevřeně o svém problému s rodinami nacházejícími se v podobné situaci, učit se ze zkušeností ostatních rodin a podílet se na vývoji a progresech v léčbě MA;
- poskytnout rodinám možnost vyprostit se ze sociální izolace, která PPP často provází nejen v případě samotného pacienta, ale celé jeho rodiny;
- společně utvořit prostředí plné naděje, solidarity a otevřené pomoci;
- pomoci rodinám odvrátit pozornost od PPP;
- napomoci rodinám k obnově pozitivně fungujícího interakčního zázemí (Papežová a kol., 2010).

Součástí této terapie je dvojice hlavních terapeutů a přibližně čtyři koterapeuti, u všech je nezbytná zkušenost v oblasti PPP a/nebo rodinné terapie. Neoddělitelnou součástí celé terapie je společné stolování, jehož se musí účastnit všichni členové terapie. Strava přitom nezahrnuje žádné diety. Vhodné je, když se na přípravě pokrmů podílí i rodiny, žádoucí je pak ponechat servírování porcí samotným pacientům s PPP. U vícerozinného programu se počítá s délkou trvání 24 týdnů,

příčemž po absolvování tohoto programu formou skupinových setkání přechází každá rodina zvlášť do individuální péče terapeuta (Tomanová & Papežová, 2006).

2 Rodina

Rodina je systém, skupina vzájemně propojených subjektů, jejichž interakce tvoří „třetí“ realitu, jež neodpovídá prostému součtu částí. Rodina tedy není pouhým součtem svých členů, jedná se o složitý celek se specifickou charakteristikou. To znamená, že pokud chceme zkoumat chování jednotlivce, musíme zkoumat i rodinný kontext, tedy vztahy, které daný jednatel vytváří s ostatními členy rodiny (Erriu et al., 2020).

Na rodinu můžeme nahlížet jako na konstrukt biologický nebo sociální. Gjuričová a Kubička (2009) zastávají hledisko sociálního konstruktivismu v pojetí rodinného systému. Rozdíl v tom, koho jednotliví členové za rodinu považují a koho naopak ne, mohou napomoci k porozumění různým rodinným sporům. Přibližně od 80. let minulého století se začíná mluvit o rodině v plurálu, tedy o rodinách či formách rodin. Pojem rodina tím ztratil původní význam soužití rodičů a dětí, jež se u nás nazývá nukleární či vícegenerační rodina, tento pojem se zproblematizoval a již není tak jednoznačný.

Historický pohled na rodinu napovídá tomu, že se forma rodin postupně proměňovala a vždy existovaly vedle tradičního modelu rodiny i formy minoritní. Za tradiční, tedy nukleární rodinu však bývá tradičně považován manželský pár a jeho biologické děti (Gjuričová & Kubička, 2009).

„Změny v rodinách probíhají neustále, jak se přizpůsobují vnějším nárokům: Očekáváním dané kultury i biologickým, sociálním a psychologickým tlakům na změnu v souvislosti s vývojem členů rodiny“ (Gjuričová & Kubička, 2009, s. 114). Rodinné změny nemají časové hranice, rodiče se celý život učí od dětí a naopak (Gjuričová & Kubička, 2009).

Změny, jež se v rodině odehrávají, mohou být dle Matějčka (1992) kontinuální a diskontinuální, přičemž každé přináší rodině jiné obtíže. Kontinuálními změnami má autor na mysli změny pozvolné, dané například stárnutím jednotlivých členů. Diskontinuální změny jsou náhlé, dané různými událostmi (například rozvod rodičů, narození dítěte apod.), které s sebou přinášejí na rodinu určité nároky a zátěže. Rodina po nich už není tím, čím byla před nimi. Avšak i takto narušený rodinný systém má tendenci se znovu stabilizovat, byť třeba za cenu určitých obětí.

Jako sociální dělohu, která chrání plod před nepříznivými vlivy přicházejícími zvenčí, pak rodinu chápou Trapková & Chvála (2009). Kromě ochrany zajišťuje děloha, tedy rodina, také výživu až do doby, než je jedinec schopný snést nároky okolních vlivů. Stejně jako u dělohy a plodu, tak i u rodiny vznikla potřeba odlišit vše, co dovnitř patří a co naopak ne. V případě výskytu něčeho negativního pak přichází potřeba ono vyloučit, aby to uzavřené bylo schopné dál nerušeně prospívat.

2.1 Funkce rodiny

Šulová (2011) za základní funkce rodiny považuje funkci reprodukční neboli biologickou, funkci ekonomickou neboli materiální, funkci výchovnou neboli socializační a funkci emocionální.

Aby rodina dobře fungovala, musí podle Sobotkové (2012) umět plnit následující funkce:

- začlenit jedince do rodinného systému, tím mu poskytnout pocit sounáležitosti;
- ekonomicky podpořit, tedy poskytnout základní i rozvojové potřeby svým členům;
- pečovat, vychovávat, socializovat; dovolit fyzický i psychický růst, umožnit duchovní a sociální rozvoj svých členů, zprostředkovat sociální hodnoty a normy;

- ochránit své zranitelné členy (Sobotková, 2012).

Dle Možného (2008) lze ve většině kultur pozorovat shodu v tom, co společnost od rodičů směrem k dítěti očekává, konkrétně má dle něj každé dítě nárok na to, aby mu rodiče „zajistili a poskytli výživu, oblečení, ubytování, zdravotní péči a přístup ke vzdělání alespoň takovému, aby ho jeho nedostatek v dospělosti nevylučoval na okraj společnosti“ (Možný, 2008, s. 155).

Matoušek (2003) tvrdí, že dítě ke svému vývoji potřebuje nejen zajištění primárních potřeb, jako jsou teplo či potrava, ale také domov a přítomnost rodičů, jež se na jeho vývoji velmi angažují. Rodič a dítě se vzájemně ztotožňují, podporují se, spoléhají jeden na druhého, ale samozřejmě dochází i ke vzájemným konfliktům.

Rodina je prvním modelem společnosti, se kterým se dítě setkává. Formuje osobní rozvoj dítěte a jeho postoj k jiným skupinám ve společnosti, a to podle vlastního hodnotového systému a podle vlastní tradice. Rodina reprodukuje člověka nejen jako organismus, ale také jako kulturní bytost. Dítě si z rodiny odnáší představu o světě, kterou může během svého života přehodnotit a ponechat to, co mu přijde důležité a pozitivní (Matoušek, 2003).

V případě výskytu vážných fyzických či psychických nemocí může rodina představovat velkou oporu a snažit se všemi možnými prostředky o dosažení původního, zdravého stavu. Rodina by měla pro každého svého člena představovat pocit bezpečí, ideálně bezpodmínečně. Důležitou součástí rodiny je komunikace, během níž dochází k upevňování rolí a vytváření hodnot (Matoušek, 2003).

Dunovský (1999) zmiňuje emocionální funkci jako velmi významnou, zvláště v dnešní hmotné době. Emocionální funkce představuje jistotu a citové zázemí pro všechny členy rodiny; zájem rodiče o dítě pak pramení právě z emocionality. Tato funkce zajišťuje harmonii rodiny.

Pozitivní emocionalita a celková rodinná atmosféra pak dle Dunovského (1999) ústí v nejdůležitější funkci, funkci socializačně-výchovnou. Ta v sobě zahrnuje upřímný zájem o dítě a kvalitní péči, jeho přijetí se všemi jeho chybami, porozumění mu a napomáhání v jeho rozvoji.

Třemi základními nosnými principy dobrého fungování v rodině jsou podle Sobotkové (2012) soudržnost, adaptabilita a komunikace. Soudržnost souvisí s rodinnou intimitou a sounáležitostí. Zdravá soudržnost představuje i zdravou míru samostatnosti a nezávislosti jednotlivých členů. Adaptabilita ukazuje schopnost rodiny přizpůsobit se nárokům života, flexibilní rodiny jsou schopny snáze změnit své fungování, pokud to situace vyžaduje. Rodinná komunikace je pak stěžejním bodem při vytváření dobré rodinné atmosféry či řešení problémů. Přímý a otevřený způsob komunikace může být ochranným faktorem v soužití rodiny, naopak komunikace narušená či nejasná může vést ke stresu a konfliktům (Sobotková, 2012).

2.2 Typologie rodin

Každý rodinný systém je unikátní a neopakovatelný, přes veškeré snahy vymezení jednotlivých typů se většina rodin nedá k žádnému z nich zařadit, jelikož fluktuují mezi jednotlivými typy. Pro utřídění velmi nepřehledné a proměnlivé oblasti, jakou rodina představuje, bylo vyčleněno několik typů rodin. Sobotková (2012) zmiňuje tři základní typy rodin dle míry její otevřenosti:

- uzavřený rodinný systém;
- otevřený rodinný systém;
- náhodný (nepravidelný) rodinný systém.

V uzavřeném systému se můžou někteří jeho členové cítit bezpečněji, postupem času se však tyto systémy stávají nepohyblivými a nejsou schopny umožnit rozvoj svých členů a reagovat na změny. Rodina nemá dostatek kontaktů, nevytvořila si podpůrnou síť a je v krizích zranitelnější. Otevřené rodinné systémy jsou naopak

adaptabilní, mají schopnost přijímat nové výzvy a měnit jednotlivé nefunkční vzorce. Podpůrná síť je široká, schopná kompenzovat dočasné výkyvy v chodu rodiny. Náhodný rodinný systém je pak nestabilní ve všech svých strukturách (Sobotková, 2012).

Další nabízená typologie dle Sobotkové (2012) charakterizuje rodiny dle citové angažovanosti na rodinu nespojitou, rodinu vyhýbající se citům, rodinu narcistickou, rodinu empatickou a rodinu propletenou. Dle kontroly pak můžeme vymezit rodiny rigidní, flexibilní, ležérní a chaotické.

Dunovský a kol. (1999) pak nabízí dělení rodin podle funkčnosti na funkční, problémovou, dysfunkční a afunkční. Funkční rodina zajišťuje dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch. Takových rodin je dle autora v běžné populaci většina, až 85 %. Rodiny problémové v sobě zahrnují závažnější poruchy svých funkcí, které však výrazně neohrožují systém rodiny či dítěte samotného a rodina je schopná tyto problémy řešit vlastními silami. Dysfunkční rodiny v sobě zahrnují závažnou poruchu některé ze svých funkcí, jež vážně ohrožuje rodinný systém, zvláště pak vývoj dítěte. Není v silách rodiny, aby tyto dysfunkce sama zvládla, na řadu přicházejí nejrůznější sanace zvenčí. V rodinách afunkčních jsou pak problémy tak velké, že rodina přestává plnit svou základní funkci a dítěti vážně škodí či dokonce ohrožuje jeho existenci. Sanace v tomto případě ztrácí smysl a jediným řešením je odebrání dítěte z této rodiny (Dunovský, 1999).

2.3 Styly výchovy

Možný (2008) hovoří o tradiční a liberální koncepci rodiny, která naznačuje, do jaké míry jsou rodiče oprávněni vyžadovat po svém dítěti, aby po nich převzalo jejich koncepci dobra a dobrého života, a jaké nástroje mohou využívat k tomu, aby toho dosáhli. Tradiční koncepce rodičovské autonomie dává rodičům právo a povinnost přenést na dítě svůj hodnotový systém, přičemž pro to mohou užít všech prostředků, jež sami považují za ty nejlepší. Zároveň mohou omezit dítě

v možnosti seznámit se s těmi hodnotami a postoji, které sami neschvalují. Oproti tomu koncepce liberální předpokládá, že rodiče nebudou dítě vůbec ovlivňovat ve volbě životních hodnot, že nechají na dítěti samotném výběr toho, co bude pro jeho život nejlepší. Zároveň mají dítě chránit před vlivy, které by mu jeho svobodný výběr znemožňovaly (Možný, 2008).

U obou těchto koncepcí uvádí Možný (2008) výhody i nevýhody. Tradiční koncepce převážně posiluje soudržnost v rodině, zároveň však vede k nepochopení a nevraživosti vůči rodinám odlišných hodnot. Navíc je pro dítě vychovávané v tomhle stylu těžké se samo rozhodovat a vede až k extremismu. Tomuto negativnímu bodu se snaží vyhnout modernější verze této koncepce, a to koncepce demokratická. Ta také předpokládá povinnost dětí převzít hodnoty rodičů, ale nabízí v rodině možnost diskuze o hodnotách jiných. Zároveň odmítá nucení dětí k převzetí hodnot, ty musí být pro tyto hodnoty vnitřně získány.

Liberální koncepce je pak pozitivní už jen tím, že neobsahuje negativa koncepce tradiční, spolu s tím navíc otevírá sociální dynamiku. Nevýhodou liberální koncepce může být fakt, že je rodina postupně rozvolňována tím, že nedochází k předávání hodnot, oslabuje se mezigenerační porozumění. Verzí této koncepce je umírněně liberální koncepce, jež umožňuje rodičům, aby předali dítěti vlastní hodnoty, ovšem zároveň předpokládá, že rodiče podporují dítě v tom, aby se seznámilo i s jinými hodnotovými systémy (Možný, 2008).

Matějček (1992) tvrdí, že výchovný postoj rodičů k dítěti je tvořen postupně a souvisí s celkovou osobností rodiče. Roli hraje osobní zkušenost z dětství, vztahy k vlastním rodičům, prozatímní citový vývoj jedince, inteligence a vzdělání rodiče, systém hodnot, ale také veškerý stres, napětí a konflikty, které se ve vztahu mezi rodičem a dítětem vyskytnou.

Gillernová (2011) zmiňuje model čtyř výchovných stylů založený na citlivosti a vnímavosti rodičů vůči dítěti a množství a druhu požadavků, jež rodiče na dítě kladou:

- I. *Autoritářský styl* je charakterizován rodiči náročnými, odmítavými a kontrolujícími, kteří nerespektují přání a potřeby dítěte; typické je užívání „silových“ výchovných prostředků vůči dítěti; příkladem jsou rodiče vyžadující po svém dítěti nejlepší možné školní výsledky, aniž by mu pomáhali či brali v potaz jeho reálné schopnosti;
- II. *Autoritativně vzájemný styl* popisuje také rodiče náročné a kontrolující, ale zároveň akceptující potřeby a přání dítěte, podporující diskuzi a pracující společně s dítětem na společně vytvořených pravidlech, jejichž dodržování je pro ně důležité; příkladem jsou rodiče vyžadující po dítěti dobré školní výsledky, přičemž mu na cestě k jejich dosažení pomáhají a podporují ho;
- III. *Zanedbávající styl* zobrazuje rodiče lhostejné vůči dítěti; tito rodiče nekladou na dítě žádné nároky, nejeví o dítě a jeho rozvoj sebemenší zájem, mohou být k dítěti chladní až odmítaví;
- IV. *Shovívavý styl* se vyznačuje porozuměním, emoční podporou a přijímáním dítěte, zároveň jsou však dítěti ze strany rodičů předkládány jen minimální požadavky, čímž jsou velmi nejasně vymezeny hranice (Gillernová, 2011).

3 Rodina a PPP

Novák (2010) zmiňuje rodinu jako důležitý faktor nejen vzniku PPP, ale také průběhu celé nemoci, kdy způsob, jak se rodina k situaci spjaté s nemocí postaví, může mít vliv na její průběh.

Krch (2002) uvádí, že v rodinách s pacienty trpícími PPP se lze častěji setkat s dietami, obezitou a posedlostí zdravou výživou, případně s alkoholismem a

deprese. Nebezpečí při vzniku PPP hrozí také ze strany rodičů orientovaných na výkon.

Špatné vztahy mezi jednotlivými členy a poruchy v rodinných funkcích znižují mnozí autoři zabývající se rodinami s výskytem PPP (viz dále). Tyto poruchy se objevovaly jak v dětství pacientů, tak při rozvoji nemoci.

Co se týče rodinných vztahů po propuknutí PPP, uváděla většina dívek, jež se zúčastnily výzkumu občanského sdružení Anabell pod vedením Zuzany Kocábové (2006), zlepšení. Dívky cítily ze strany rodičů větší podporu i lásku. Paradoxně tak nemoc v mnoha případech vedla ke sblížení dcer s rodiči, zejména s matkami. Nebylo tomu tak ovšem ve všech případech, někdy nemoc špatné rodinné vztahy ještě prohloubila.

Pocity viny ze strany rodičů pak Papežová (2020) vidí jako častý důvod k tomu, proč je léčba pacientů s PPP oddalována a celý problém popírán.

Přes všechny výsledky studií dokazující souvislost mezi rodinným prostředím a PPP je současnou mezinárodní vědeckou literaturou odmítáno považovat rodinu za jedinou příčinu či za hlavní rizikový faktor vzniku PPP. Je opakováno, že PPP by měly být chápány jako výsledek působení genetických, biologických, psychologických, sociokulturních a rodinných vlivů (Erriu, 2020).

3.1 Charakteristika rodin s PPP

Jak již bylo zmíněno výše, u rodin s dlouhodobě dysfunkčními vztahy je riziko výskytu PPP vyšší. Při zkoumání dysfunkcí ve fungování rodiny, které mohou přispět k rozvoji PPP, byly navrženy modely rodin, jejichž specifické vzorce rodinné interakce mohou napomáhat rozvoji a udržování nemoci. Tyto modely vychází z klinických pozorování a popisují rodiny s výskytem MA jako velmi rigidní, jednotné a přespříliš obětavé. Matka bývá označována za extrémně

kritickou a netolerantní, otec v rodině často chybí. V tomto rodinném prostředí chybí emoční podpora, pacientka se cítí osamocená (Erriu et al., 2020).

O charakteristiku rodin s výskytem PPP se pokusila Vágnerová (2012). V takových rodinách bývají mezi jednotlivými členy rigidní vztahy, vyskytuje se zde tendence k přehnané ochraně a vzájemné manipulaci. Typická je neschopnost věcné komunikace a řešení konfliktů. V takových rodinách je zvykem potlačovat problémy a nevyjadřovat emoce. Rodina se bojí sebemenší změny, je zvyklá na daný stav, který touží udržet, jelikož pro ni představuje rovnováhu, navenek se prezentuje jako bezproblémová. Často se jedná o rodiny, v nichž je hlavní hodnotou úspěch a výkon, který vyžadují ode všech bez rozdílu, i od dětí. „Za těchto okolností je pro dospívajícího problém se osamostatnit, protože rodina na jakýkoli podobný pokus reaguje úzkostí a chováním, jehož cílem je zachování současného stavu. (...) Mentální anorexii by bylo možné interpretovat jako projev pasivní vzpoury omezené na oblast jídla, protože jiný způsob je nedostupný“ (Vágnerová, 2012, s. 469).

Při vzniku PPP, zejména pak MA, bývá zdůrazňován vztah mezi matkou a dcerou. Matky anorektických pacientek bývají často nedostatečně empatické a perfekcionistické, dbají na dodržování pravidel a dosahování kvalitního výkonu. Jejich vztah k dcerám bývá hyperprotektivní, zároveň však přehnaně kritický. Tyto matky se často přehnaně angažují, čímž mohou své dcery omezovat a manipulovat. Samy jsou však málo sebevědomé a nezřídka nejisté v mateřské roli. Problém tkví v neschopnosti těchto dívek odpoutat se z této mateřské vazby (Vágnerová, 2012).

Langmeier a kol. (2010) tvrdí o rodinách s výskytem MA následující: „Příznačná pro tyto rodiny bývá zdánlivě dokonalá harmonie, rušená jen nepochopitelným chováním anorektického dítěte. Zde bývá nezbytné tento obraz rozrušit a – přes

odpor rodičů – uplatňovat postupy, jimiž se dosud skrývané rodinné konflikty ozřejmují a řeší“ (Langmeier a kol., 2010, s. 374).

Langmeier a kol. (2010) charakterizovali typické rodinné vztahy u anorektických pacientů. U rodin s výskytem anorexie zmiňují:

- Propletenost potřeb, kdy jsou osobní hranice zastřeny rodinou. Jeden člen rodiny myslí či dokonce jedná za druhého. Individuální potřeby jsou tak odsunuty stranou.
- Přehnanou péči, kdy se o sebe vzájemně v rodině všichni až nezdravě starají a myslí na prospěch druhých.
- Strnulou nepřizpůsobivost zahrnující neschopnost rodiny jako celku přizpůsobit se jakýmkoliv změnám či potřebám jednotlivých členů.
- Neschopnost řešit konflikty, kdy o těchto konfliktech není dovoleno mluvit a probíhají pouze skrytě (Langmeier a kol., 2010).

Také Erriu et al. (2020) zmiňují omezování myšlenek, pocitů a celkově omezování sebe sama u členů rodin s výskytem PPP. V těchto rodinách je zakázáno diskutovat, řešit problémy a mluvit o věcech, které by mohly přinést negativní atmosféru.

O potlačovaných emocích a vnitřních konfliktech v rodinách s výskytem PPP hovoří i Jedlička (2011), podle nějž se v takových rodinách jídlo stává symbolem starostlivosti a způsobem, jak s druhými manipulovat.

Novák (2010) uvádí jako hlavní hodnoty rodin s výskytem MA výkon, kariéru a pracovní morálku, přičemž rodiče v těchto rodinách dbají nadměrně o vzhled, krásu a dobrou kondici.

Některé výzkumy se snaží odlišit rodiny s výskytem MA od rodin s výskytem MB. Výsledky takových výzkumů ukazují, že v rodinách s anorektickými pacienty se vyskytuje přehnaná ochrana a neschopnost vyjadřování emocí, pozorujeme zde

také strnulost a nemožnost se přizpůsobit změnám. Rodiny s bulimickými pacienty jsou podle nich naopak neorganizované a často se v nich vyskytuje výrazný problém ztráty sebekontroly, například v podobě alkoholismu. V rodinách s MA je mnohem větší problém v otázce soudržnosti a také co se týče orientace na výsledky než v rodinách s výskytem MB (Erriu et al., 2020; Kocourková, 1997).

Krch a kol. (1999) a nověji Scarborough (2020) kladou důraz na roli matky, která bývá v případě pacienta s PPP často hyperprotektivní a dominantní. Otec bývá v těchto případech často pasivní a udržuje si emoční odstup. Podobné role si oba rodiče drží i při léčbě, konkrétně rodinné terapii. Otec stojí často v pozadí, nezřídka bývá oporou matce, ale do samotného průběhu terapie – na rozdíl od matky – velmi nezasahuje.

Dle Krcha a kol. (1999) uváděla nadpoloviční většina pacientů s PPP rodinné vztahy v dětství jako neuspokojivé, konfliktní.

Zároveň však bylo zjištěno, že pacienti vnímají fungování rodiny jako mnohem horší než jejich rodiče. Zatímco rodiče považovali rodinu za velmi soudržnou, pacienti ji vnímali jako konfliktní (Erriu et al., 2020).

EMPIRICKÁ ČÁST

4 Metodologie

V následující kapitole uvedeme cíl výzkumu, výzkumnou otázku naší práce a dílčí výzkumné otázky, popíšeme výzkumný vzorek a sběr dat, zmíníme použité metody a zpracování získaných dat a nakonec zmíníme etické aspekty naší práce.

4.1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Hlavní cíl naší práce s názvem Vlivy a proměny rodiny při poruchách příjmu potravy zní: *Zjistit, jak rodina ovlivňuje vznik a průběh poruch příjmů potravy u osob s poruchami příjmů potravy.*

Naším cílem je tedy zjistit, jak chování rodiny může ovlivnit vznik a průběh PPP, s jakými úskalími ze strany rodiny se osoby s těmito poruchami setkávají, jestli vnímají ze strany rodiny negativní tlak, nebo spíše podporu. Chceme zjistit, jak se rodina v průběhu léčby PPP proměňuje.

Hlavní výzkumná otázka naší práce zní: *Jak rodina ovlivňuje vznik a průběh poruch příjmů potravy u klientů s poruchami příjmů potravy?*

Tuto hlavní výzkumnou otázku jsme rozčlenili na čtyři podotázky, na něž postupně budeme hledat odpovědi. Tyto dílčí výzkumné otázky zní:

1. Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v průběhu svého dětství?
2. Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v období před diagnostikováním PPP?
3. Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v průběhu léčby PPP?
4. Které faktory vnímali respondenti jako důležité v období vzniku nemoci?

Pomocí těchto dílčích výzkumných otázek chceme popsat rodinné vztahy od dětství přes vznik nemoci až po její léčbu u osob trpících PPP.

4.2 Výběr výzkumného vzorku a sběr dat

Při výběru výzkumného vzorku jsme využili metodu záměrného (účelového) výběru. Za takový postup označujeme ten, kdy jsou účastníci výzkumu vybíráni dle určitých vlastností. Kritériem výběru je právě vybraná vlastnost, případně stav. Na základě zvoleného kritéria jsou poté účastníci výzkumu cíleně vyhledáváni (Miovský, 2006).

Respondenty jsme tedy vybírali záměrně podle jednoho předem daného kritéria, kterým je fakt, že daný respondent musel v životě trpět PPP, a to bez podmínky, zda tomu tak bylo v minulosti, nebo onemocnění stále probíhá. K naplnění tohoto kritéria jsme využili sociální síť facebook, konkrétně tři facebookové skupiny zaměřené na PPP. Předpokládali jsme, že v takových skupinách se sdružují lidé trpící PPP, případně ti, kteří si touto nemocí v minulosti prošli. V těchto skupinách jsme zveřejnili dotazník s prosbou o vyplnění.

Dotazník byl otevřený s výjimkou prvních tří otázek zaměřených na pohlaví, věk a druh PPP, kterým daný respondent prošel či prochází. Další 14 otázek bylo otevřených, zjišťovali jsme v nich, jak se měnily rodinné vztahy od dětství přes vznik PPP až po léčbu nemoci. Poslední otázka byla nepovinná, s možností se k tématu dodatečně vyjádřit.

Dotazník byl zpřístupněn od 24. 11. 2020, kdy ho vyplnila první respondentka, do 5. 2. 2021, kdy ho vyplnila respondentka poslední.

4.3 Použité metody a zpracování dat

Pro náš výzkum jsme použili kvalitativní metodu se základními kvantitativními ukazateli. Kvalitativní metoda bývá charakterizována delším trváním výzkumu, intenzitou a zabýváním se tématem do hloubky. Výzkum je pružný a

nestrukturovaný, díky čemuž ho – oproti kvantitativním výzkumům – nelze v podstatě replikovat. Vzhledem k omezenému počtu jedinců, s nimiž kvalitativní výzkum pracuje, nelze jednoduše výsledky výzkumu zobecnit, jsou unikátní. Pomocí kvalitativní metody získává výzkumník detailní popis jednotlivých případů (Hendl, 2005).

Jako techniku pro náš výzkum jsme využili fenomenologickou analýzu. Při fenomenologické analýze se dle Hendla (2005) výzkumník zaměřuje na osobní zkušenost, kdy u několika jedinců jsou hledány společné rysy tohoto prožívání. Danou osobní zkušenost poté výzkumník popisuje pomocí jazyka blízkému této zkušenosti. Výzkumník musí při interpretaci výsledků odstranit veškeré osobní předsudky a zaujatost.

„Fenomenologické zkoumání usiluje o popis a zachycení základních významů lidské zkušenosti. Cílem je zodpovědět otázku: Co znamená daná zkušenost?“ (Hendl, 2005, s. 267)

„Po analýze dat se sestavuje zpráva, která obsahuje bohatý popis prožívaných zkušeností, jenž má čtenáři umožnit vcítění a prožití popisované situace. Účelem takového výzkumu je přispět k porozumění určitým fenoménům, aby bylo možné na ně lépe reagovat a přijmout určitá opatření“ (Hendl, 2005, s. 267).

4.4 Etika

Stěžejním bodem etiky výzkumu je dobrovolnost. V našem případě byla účast všech respondentů dotazníku dobrovolná – kdo nechtěl, dotazník vyplnit nemusel. Dalším důležitým bodem je anonymita, o níž byli všichni respondenti našeho dotazníku informováni. V případě uvedení konkrétního jména některou z respondentek jsme místo daného jména uvedli písmeno X.

V našem případě se jedná o velmi citlivé téma psychického onemocnění, takže další důležitou zásadou pro nás bylo netraumatizovat, nenutit respondenty do

ničeho, o čem hovořit nechtějí. Na každou z otázek mohli odpovědět dle svého uvážení, zmínit pouze to, co jim připadá důležité a vhodné, případně co v nich nevyvolává skrytá traumata.

V případě jakéhokoliv nesouhlasu či připomínky se mohli respondenti vyjádřit na konci dotazníku, kde jim byla vymezena takto zaměřená otázka.

4.5 Předvýzkum

Předvýzkum nám pomáhá ověřit, zda námi navržené metody a postupy přináší očekávaná data. V případě nespokojenosti s výsledky předvýzkumu můžeme měnit zvolené techniky, případně je jakkoliv doplňovat či kombinovat, aby nakonec vedly k požadované kvalitě námi získaných dat (Miovský, 2006).

Nám předvýzkum pomohl odhalit, zda jsou otázky v dotazníku srozumitelné a zda na ně bude odpovídáno tak, jak jsme předpokládali. Dotazník vyplnily dvě respondentky, přičemž odpovědi obou byly vhodné, odpovídající na položené otázky. Tento fakt nám pomohl předpokládat, že dotazník je položen srozumitelně a získáme pomocí něj data, jež pro nás budou směrodatná a použitelná.

Odpovědi těchto dvou respondentů nebyly do výsledků výzkumu zahrnuty.

5 Interpretace získaných dat

V následující kapitole nejdříve popíšeme výsledný výzkumný vzorek, s nímž jsme nakonec pracovali. Poté postupně zanalyzujeme odpovědi na otázky z dotazníku a odpovíme na výzkumné otázky. Pomůže nám k tomu rozčlenění odpovědí na tři časové úseky: na období dětství, na období těsně před diagnostikováním PPP a na období léčby PPP. Ve všech těchto životních obdobích jsme se dotazovali na vztahy, komunikaci a emoce v rodině.

Dále jsme odpovědi na jednotlivé otázky rozdělili do tří kategorií: na odpovědi s pozitivní konotací, odpovědi s negativní konotací a odpovědi neutrální. Tato kategorizace nám pomůže při porovnávání jednotlivých časových období.

Jednotlivé odpovědi byly upraveny tak, aby v nich nebyly základní gramatické chyby, jinak jsme se snažili je ponechat tak, jak je daní respondenti napsali.

5.1 Popis výzkumného vzorku

Výzkumu se vyplněním dotazníku zúčastnilo 39 respondentů, všechny byly ženy. Věkové složení respondentek zahrnovalo sedm respondentek mladších 18 let, 19 žen ve věku 19 až 26 let, devět žen bylo ve věku 27 až 35 let a čtyři respondentky byly starší 35 let.

Při otázce, kterou PPP respondentky trpí či trpěly, uvedlo 31 žen MA. Záchvatovité přejídání zaznačilo jako odpověď 19 z nich a bulimii 13. Jedna z respondentek poté uvedla i ortorexii, tedy patologickou posedlost zdravou stravou. Co se týče kombinací nemocí, jimiž respondentky onemocněly, byl nejčastější výskyt pouze MA, a to u 13 z nich. Osm žen poté uvedlo kombinaci MA a záchvatovitého přejídání, pět žen výskyt MA i MB. Čtyři ženy uvedly kombinaci MA, MB i záchvatovitého přejídání, tři ženy kombinaci MB a záchvatovitého přejídání a stejný počet žen pouze záchvatovité přejídání. Jednou se v odpovědi objevila kombinace MA, záchvatovitého přejídání a ortorexie, jednou samostatná MB. Jedna žena poté odpověděla, že trpěla střídavě hladověním a přejídáním.

5.2 Dětství

První tři otázky v dotazníku se týkaly dětství respondentek. První z nich zněla: *Jaké byly vztahy ve Vaší rodině v období Vašeho dětství?*

Na tuto otázku bylo sedm odpovědí jednoznačně kladných, pozitivních, 23 odpovědí jednoznačně záporných, negativních, a devět odpovědí neutrálních (např. s pozitivní konotací, jejíž součástí však bylo nějaké negativum, případně

naopak), kdy nebylo možné jednoznačně zařadit do žádné z předchozích kategorií (viz tabulka č. 1).

Mezi odpovědi jednoznačně pozitivní patří například odpovědi „*skvělé, mnoho radosti, dobrá nálada, komunikativost*“ nebo „*harmonické, bezproblémové*“. Tento typ odpovědí nebyl respondenkami rozepsán nijak detailněji, jako tomu bylo často u obou dalších kategorií, kde byla detailněji rozvedena zmíněná negativa.

Mezi odpovědi jednoznačně negativní patří například odpovědi „*mamka ode mě utekla, když mi bylo 9 let. Taťka nevládní – alkoholik. 3 roky jsem byla sexuálně zneužívána*“, „*rodiče se brzy rozvedli, neustále jsem se stěhovala od jednoho k druhému a ani jednomu místu se nedalo říkat domov*“ nebo „*špatné, otec mě manipuloval a snažil se mě poštvat proti matce a její rodině*“.

Mezi odpovědi neutrální jsme zahrnuli například odpověď „*s matkou byl vztah harmonický, jasně jsem věděla, co si mohu dovolit. Na otce mám vzpomínky jen ty, že večer přišel z hospody a všechno bylo špatně. Křičel na mě, na matku, na babičku, rozbíjel věci. Ačkoliv – nikdy nikoho z nás nebil...*“, kde vztah s matkou je jednoznačně pozitivní, ale otec představuje negativum, nebo odpověď „*když nepočítám nepřítomnost otce, tak skvělé. Zle dělal občas tordohlavý děda, který musel mít svou pravdu a šel i přes mrtvolu v podobě uplakaných členů rodiny. Nejvíce mě.*“

Druhá z otázek týkajících se dětství byla zaměřena na komunikaci a zněla následovně: ***Jakým způsobem jste během Vašeho dětství v rodině komunikovali?***

I zde byla převaha odpovědí s negativní konotací, konkrétně 21 odpovědí. Pozitivních odpovědí bylo osm a mezi neutrální odpovědi jsme zařadili deset odpovědí (viz tabulka č. 1).

Mezi pozitivní odpovědi řadíme například „*otevřeně, upřímně, někdy bylo vzhledem k italskému charakteru dost křiku, hádek, ale brzy byl zase mír... Válečná sekera nebyla*

nikdy vykopaná dlouho, spíš se to vždy přehnalo jako nějaká krátká bouřka“ nebo „otevření, bavili jsme se úplně o všem, a pořád se smáli“.

Za negativní odpovědi považujeme například „snažila jsem se mluvit, bohužel reakce rodičů nebyly nejlepší, tak jsem občas psala dopisy... jinak ale celkově jsem se uzavřela a nesvěřuji se jim moc“ nebo „nikdy jsme moc nekomunikovali. Když někdo něco chtěl, napsal e-mail. Slovně jsme to neuměli“.

Mezi odpovědi s neutrální konotací, případně ty, kde se negativa a pozitiva vyrovnávají, podle nás patří „vlivem otcových nálad poměrně málo, nebyl moc prostor pro vyjádření vlastních pocitů. Ale když jsme byly s maminkou samy, mohla jsem jí říct naprosto cokoli“ či „s maminkou dobré, ale s tátou moc ne. Měl svou novou rodinu“.

Poslední otázka zaměřená na dětství se týkala emocí: *Jak jste v rodině byli během Vašeho dětství zvyklí vyjadřovat emoce?*

Zde je převaha odpovědí s jednoznačně negativním obsahem nejznatelnější, konkrétně jich bylo 27. Pozitivních i neutrálních odpovědí bylo shodně šest (viz tabulka č. 1).

Mezi pozitivní odpovědi na tuto otázku řadíme například: „matka byla přísná, ale hodná a citlivá. Když mi bylo smutno, plakala beze slov se mnou a dokázala mě utiřit.“ Do této kategorie jsme řadili i odpovědi naznačující, že v rodině probíhaly nejrůznější emoce, pozitivní i negativní, bez specifikace toho, který druh byl častější, například: „všemi možnými způsoby, smích, povídání, společný čas, pláč.... Všechno“ či „vztekem, pláčem, smíchem, úsměvem“.

Negativní odpovědi na tuto otázku jsou například „emoce jsem vyjadřovat nemohla, když mi něco bylo, musela jsem to zvládnout sama, nebo byly mé emoce zesměšňovány“, „skrývání se, trestání sama sebe, ublizování. Emoce jsem vyjadřovala zejména v noci křičením že spaní každou noc až do dospělosti. Také pláčem. Někdy hněvem vůči své mámě“ nebo „emoce byly zakázané. Nikdy pozitivní emoce doma ani nikdo nepoužil. Nevěděla

jsem, ze existují“. Často bylo respondentkami zmiňováno, že byly emoce potlačovány, případně byly projevovány jen negativní emoce. Objevilo se také několik odpovědí vyjadřujících fakt, že projevené emoce byly trestány, že rodiče (ať už oba či jednoho z nich) obtěžovaly. Nevyjadřování emocí a vyjadřování emocí pouze negativních řadíme do této kategorie.

Mezi neutrální odpovědi byla zařazena například odpověď *„jsme velmi emočně založená rodina, takže všechny druhy emocí se vyjadřovaly v jejich extrémní formě (láska, hádky, zlost, apod..). Nikdy však násilí“*, která sice naznačuje vyjadřování všech emocí, tedy složku pozitivní, ale v extrémní formě, která jim přidává negativní konotaci, proto ji ve výsledku řadíme do kategorie s konotací neutrální. Další příklady z této kategorie: *„já a táta jsme zvyklí emoce skrývat, bratr a máma jsou naopak velmi impulzivní a emotivní“* či *„já osobně velice otevřeně. Má sestra moc ne. Mamka vyjadřovala hlavně ty špatné emoce“*. Tuto odpověď jsme zařadili do kategorie neutrálních odpovědí z důvodu, že u některých členů je konotace negativních, u některých pozitivní, ve výsledku tedy neutrální.

Tabulka č. 1 zobrazuje přehled počtu pozitivních, negativních a neutrálních odpovědí na výše zmíněné otázky v dotazníku týkajících se dětství:

DĚTSTVÍ	pozitivní	neutrální	negativní
vztahy	7	9	23
komunikace	8	10	21
emoce	6	6	27

Tabulka č. 1: Přehled odpovědí týkajících se dětství

Dílčí výzkumná otázka zaměřená na období dětství zněla: *Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v průběhu svého dětství?*

Jako skvělé či dobré své dětství ve výsledku všech tří kategorií (vztahy, komunikace, emoce) hodnotilo 8 respondentek, z toho 4 neuvedly v období dětství žádné problémy v žádné z těchto oblastí. U zbylých čtyř respondentek se určitá negativa objevila, u tří z nich byly za skvělé označeny obecně vztahy a komunikace, za mírně problémové potom vyjadřování emocí. V jednom případě pak hodnotila respondentka jako problém v dětství rozvod rodičů a neustálé stěhování se od jednoho k druhému, negativně popisovala přítomnost nových partnerů obou rodičů.

Jako špatné vnímalo své dětství 23 žen, které se zúčastnily výzkumu. V těchto případech byly jmenovány téměř výhradně negativní vzpomínky, pozitiv bylo uvedeno minimum. Respondentky uváděly jako hlavní problémy rozvod rodičů, alkoholismus, násilí v rodině, ignoraci ze strany rodičů či neustálé hádky. V jednom případě bylo zmíněno sexuální násilí, další žena uvedla vyrůstání v dětských domovech a jedna respondentka poté popsala preferování starší sestry matkou na úkor své osoby. Komunikace byla ve většině případů nulová a emoce vyjadřované křikem, skrývané či trestané.

Za ucházející poté svoje dětství popsalo 8 respondentek. Nejčastější byl problém se vztahem k otci, který jmenovaly 4 ženy. Konkrétně se jednalo v jednom případě o vyzdvihování bratra otcem na úkor dané respondentky, v dalších o otcovu nepřítomnost, když si otec založil novou rodinu. Vztahy s matkou byly v těchto případech to pozitivní na dětství, panovala v nich láska. V jednom případě tomu bylo naopak, kdy vztah s matkou byl komplikovaný a vztah s otcem tím pozitivním na dětství. Častým problémem bylo také vyjadřování emocí, které byly popisovány jako skrývané či vyjadřované pouze záporně.

5.3 Období před diagnostikováním PPP

Další tři otázky z dotazníku se týkaly období před diagnostikováním PPP. Opět byly položeny otázky zjišťující vztahy, komunikaci a emoce v rodině. První otázka zněla: *Jaké byly vztahy ve Vaší rodině v období před diagnostikováním PPP?*

Opět jsme řadili jednotlivé odpovědi do kategorií pozitivní, negativní a neutrální. Pozitivních odpovědí bylo 8, negativních 20 a neutrálních 11 (viz tabulka č. 2). Odpovědi byly často strohé, jednoslovné či několikaslovné. Oproti vztahům v dětství neproběhly většinou větší změny, respondentky proto neměly potřebu se podrobněji vyjadřovat.

Příklad odpovědi z kategorie pozitivních odpovědí: *„Pomalou se zlepšily, nastoupila jsem na psychiatrii po pokusu o sebevraždu a rodičům došlo, že to není sranda“*. Zde je zmíněn posun k lepším vztahům v rodině, proto jednoznačně pozitivní konotace.

Mezi negativní odpovědi řadíme například následující: *„Špatné. Nepochopení, hádky. Chtěla jsem utíkat z domu a několikrát se i zabít. Řezala jsem se kvůli hádkám, že na mě řvou“* či *„velmi napnuté! Komunikace velmi vážla a setkávala jsem se s neustálým nepochopením“*.

Mezi neutrální odpovědi pak řadíme například: *„obvyklé vztahy, obvyklé neshody, nic zásadního“* nebo *„docela dobré, ale samozřejmě byly občas hádky“*.

Druhá otázka z období před diagnostikováním PPP: *Jakým způsobem probíhala komunikace ve Vaší rodině před diagnostikováním PPP?*

I zde respondentky často odkazovaly na dětství, že komunikace byla podobná. V několika případech však došlo ke zhoršení, kdy se respondentky uzavřely více do sebe a komunikace byla z jejich strany obtížnější. Celkem bylo 5 pozitivních odpovědí, 24 negativních a 10 neutrálních, nezařaditelných (viz tabulka č. 2).

Mezi pozitivní odpovědi patří: „Rodiče mi začínali být více vstřícní, komunikace byla lepší, navštěvovali jsme rodinné terapie“ nebo „skvělé, otevřené, svěřovali jsme se v rodině se vším, minimálně 2 hod denně společného povídání si“.

Kategorie s negativními konotacemi zahrnuje například: „jak popisuju výše. Nikdo s nikým nemluví. Ani s manželem skoro nekomunikujeme. Ani jeden nevíme jak, vyrostli jsme v rodinách, kde jsme se to nenaučili“ nebo „asi ve stejném smyslu jako jsem psala o dětství. Nejdřív se mě snažili přemlouvat, pak i vyhrožovali, že mě přestanou podporovat finančně (byla jsem už dospělá, studovala jsem VŠ) apod. Pokud jde o mě, tak jsem neustále lhala, hovorům o jídle a mé váze jsem se vyhýbala, chovala jsem se hrozně“.

Mezi neutrální odpovědi pak řadíme například: „Opět o všem otevřeně, až na tohle mé tajemství“, kdy je pozitivní obsah anulován faktem, že o PPP komunikace neprobíhala vůbec, ať už byl důvod jakýkoliv.

Poslední otázka z tohoto životního období, tentokrát zaměřená na emoce: **Jak jste v období před diagnostikováním PPP vyjadřovali v rodině emoce?**

I zde byly časté odkazy respondentek k dětství, největší změnou je však posun od nevyjadřování emocí po vyjadřování aspoň mírné. Odpovědi byly znovu často velmi stručné a nezařaditelné, neutrální. Do skupiny neutrální jsme zařadili celkem 13 odpovědí, do pozitivní kategorie odpovědí 7 a negativních odpovědí jsme zaznamenali 19 (viz tabulka č. 2).

Pozitivně hodnotíme například: „Hodně jsem je svěřovala svojí starší sestře a mamce“, kdy považujeme za stěžejní přítomnost někoho, před kým mohla respondentka emoce projevit, nebo „stále celkem beze strachu a otevřeně“, kdy je pro nás pozitivní nepřítomnost strachu při vyjadřování emocí i jejich otevřenost.

Za odpovědi s negativním obsahem považujeme kupříkladu: „To se nejspíše změnilo. Díky bulimii jsem si udělala nepatrný odstup, ale asi to šlo znát. Prostě rodiče mě začali brát více dospěleji, než bych chtěla, a i když vím, že mě mají moc rádi, přestali to

dávat najevo“, kdy za negativum považujeme zejména ukončení vyjadřování pozitivní emoce projevu lásky, či *„já jsem se hodně uzavírala do sebe, táta řval a máma utápěla stesk v alkoholu“*.

Neutrální jsou dle našeho názoru kupříkladu následující výpovědi: *„Střídaly se hádky a pokusy o upřímné rozmluvy. Rodiče se v té době hádali hodně, kvůli mně... Na mě se snažili jít po dobrém, ale někdy to bouchlo“*, kdy je pro nás stěžejní přítomnost i pozitivních emocí, ač by byly střídány s těmi negativními, nebo *„o emocích jsem mluvila spíše s babičkou a s mámou jen, když bylo nejhůř, s tátou jsme o nich mluvili jen na terapiích“*, kdy je důležitá přítomnost alespoň někoho v rodině, komu se respondentka může s emocemi svěřit. Navíc je pro nás důležitý i fakt, že matce dokázala respondentka svěřovat emoce alespoň v těch nejtěžších chvílích.

Tabulka č. 2 zobrazuje přehled počtu pozitivních, negativních a neutrálních odpovědí na výše zmíněné otázky v dotazníku týkajících se období před diagnostikováním PPP:

PŘED PPP	pozitivní	neutrální	negativní
vztahy	8	11	20
komunikace	5	10	24
emoce	7	13	19

Tabulka č. 2: Přehled odpovědí týkajících se období před PPP

Dílčí výzkumná otázka zaměřená na období před diagnostikováním PPP zněla: *Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v období před diagnostikováním PPP?*

Čtyři ženy zhodnotily toto období jako pěkné, bez závažnějších rodinných problémů. Za pozitivní považovaly dobrou komunikaci, možnost svěřit se s problémy.

Jako velmi špatné popsalo období před diagnostikováním PPP 25 respondentek. V odpovědích byla užitá slova jako nedůvěra, nepochopení, ženy zmiňovaly také hloupé poznámky ze strany rodičů a vlastní strach s nimi o čemkoliv hovořit. Respondentky se dle vlastních slov často uzavíraly do sebe, do vlastního světa. Dvě z nich se přiznaly k sebepoškozování, jedna z respondentek uvedla, že uvažovala kvůli špatným vztahům s rodiči o útěku z domova a o sebevraždě, další vlivem neshod s matkou z domova utekla. Zmíněn byl také alkoholismus a nevěra mezi rodiči.

Jako ucházející popsalo toto období 10 žen, které zmínily v rodinném fungování jak pozitiva, tak negativa. Popsány byly narážky otce na postavu jedné z respondentek a změna ve vyjadřování emocí, kdy rodiče přestali vyjadřovat dceři lásku. Zároveň však respondentka zmiňuje velkou lásku k otci a vnímá, že část chyby byla na její straně, protože „brala všechny kravinny, co vypustil z legrace z pusy, vážně“. Další respondentka popsala zlepšení vztahů v rodině po svém pokusu o sebevraždu a nastoupení na psychiatrii, kdy rodiče začali být vlivem strachu více vstřícní, emoce však zůstávaly spíše skryté. Další z respondentek pak zmínila skvělé vztahy s matkou v tomto období, ale uvedla, že otec, s nímž byla v kontaktu pouze přes sociální sítě, začal vyhrožovat fyzickým napadením. Některé respondentky také uvedly, že se se svými problémy rodičům nesvěřily.

5.4 Období léčby

Další tři otázky dotazníku byly směřovány k období léčby PPP, respondentky byly stejně jako v předchozích případech dotazovány na vztahy v rodině, komunikaci a emoce. První otázka zněla: *Jaké byly vztahy ve Vaší rodině v průběhu Vaší léčby PPP?*

Na tuto otázku jsme vyhodnotili osm odpovědí jako kladných, 14 odpovědí s negativní konotací a 17 odpovědí neutrálních, nemožných jednoznačně zařadit do žádné z předchozích kategorií (viz tabulka č. 3).

Mezi pozitivní odpovědi patří například: *„Bylo to v souvislosti se smrtí babičky. To nás stmelilo. Otcim přestal se svým chováním. Spíš mě ignoroval. Matka a starší sestra mě podporovaly. Víc jsme se k sobě přiblížily.“* V tomto případě považujeme za velmi pozitivní zlepšení vztahu s matkou a sestrou i zmírnění vyhroceného vztahu s otčímem. Další příklad: *„Harmonické... Všem se nám ulevilo, po období temna bylo zase najednou dobře. Cítila jsem podporu a byla jsem ráda, že už se kvůli mě netrápí.“*

Negativní konotaci naopak nesou například tyto odpovědi: *„Otec mou nemoc ignoroval, absolutně se nezajímal. Mamka věděla, ale nijak se k tomu nestavěla. V té době (90. léta) se PPP neřešily“, „nikoho nezajímala moje léčba. Když jsou bezcitní, tak se přece nemůžou začít chovat jinak“* nebo *„celkem špatný – rodiče to nechápou a zlehčují“*. Zlehčování či nevěnování pozornosti rodiči byly častými odpověďmi ze strany respondentek.

Neutrální konotaci pak dle našeho názoru nesou tyto odpovědi: *„Moje maminka a sestra mi byla obrovskou oporou. Otcí to bylo jedno a jevil nezájem“* či *„vyhrocené mezi mnou a otcem. S matkou se vztah zlepšil“*, kdy se stírají pozitivní vztahy s částí rodiny s negativními vztahy s jinými rodinnými členy.

Otázka na komunikaci byla následující: ***Jakým způsobem probíhala komunikace ve Vaší rodině v období léčby PPP?***

Odpovědi na tuto otázku znovu často odkazovaly k minulosti, že se komunikace nezměnila, že probíhala pořád stejně. Zmíněny však byly i posuny ke komunikaci klidnější a častější, stejně tak jako několik případů zhoršené komunikace a častějších hádek. Celkem jsme zaznamenali 9 pozitivních odpovědí, 17 odpovědí negativních a 13 odpovědí neutrálních (viz tabulka č. 3).

Příklady pozitivních odpovědí: „Mamka za mnou jezdila do nemocnice a snažili jsme se o tom problému mluvit“ nebo „lépe než před PPP, jelikož se báli o můj život“. V prvním případě byla komunikace s matkou i v minulosti kladná, za pozitivní rys považujeme zejména snahu o mluvení o nemoci, netabuizování tématu. Druhý případ je vnímán pozitivně samotnou respondentkou, když zmiňuje kladný posun v komunikaci.

Za negativní obsah odpovědi považujeme například: „Nekomunikovala jsem, rodiče se mi taky vyhýbali, byla jsem protivna, paranoidní“ či „špatně, většinou přes psychiatra a psychologa, nadávání a hádky“. Vyskytovaly se také stručné odpovědi, že komunikace vůbec neprobíhala nebo že byla špatná.

Neutrální odpovědi byly například tyto: „byla jsem v nemocnici, hodně se báli, začali se o mě starat, neustále mi volali a psali, do telefonu mi brečeli a říkali, jak je to ničí apod. což mi opravdu stav nepřilepšovalo“, kdy za pozitivní považujeme snahu rodiny o komunikaci a sblížení, negativní vnímání samotné respondentky však tuto snahu neutralizuje. Další případ zahrnuje negativní komunikaci s otcem, ale zlepšení komunikace s matkou, ve výsledku tedy neutrální konotaci: „s otcem jsem nemluvila a on semnou taky ne a s matkou se komunikace zlepšila.“

Dotaz na vyjadřování emocí v období léčby: ***Jak jste v průběhu Vaší léčby PPP vyjadřovali v rodině emoce?***

Odpovědí na tuto otázku bylo 25 s negativní konotací, 8 s konotací pozitivní a 6 nemožných zařadit jednoznačně ani do jedné z předchozích kategorií (viz tabulka č. 3).

Za pozitivní odpovědi považujeme: „Upřímně ale žádný vztek ani výčitky. Jen pokora a smutek. Někdy radost. Od té doby jsme se nikdy nepohadali“ nebo „hodně jsem brečela a vypovídávala jsem se (což bych normálně nedělala), oni brečeli také“ nebo „mírněji, většinou pláčem, občas jsme mluvili o mých pocitech“.

Negativní odpovědi byly například: „Vztekem, ignorováním, odmítáním, hysterickými záchvaty, pláčem, uzavřením se do sebe“ nebo „vše zůstalo při starém, po každé návštěvě doma se můj stav zhoršil“, kdy respondentka popisovala u otce jako běžné vyjadřování emocí křik a u matky stažení se do sebe. Častými odpověďmi zařazenými do této kategorie byly odpovědi respondentek přiznávající nevyjadřování žádných emocí či jejich potlačování před rodinou.

Za odpověď s neutrální konotací pak považujeme například následující: „Pred otcem vubec a pred matkou jakkoliv bylo potreba, např pláčem“, kdy se nevyjadřování emocí před otcem (negativní) vyrovnává se schopností vyjadřovat jakékoliv emoce před matkou (pozitivní).

Tabulka č. 3 zobrazuje přehled počtu pozitivních, negativních a neutrálních odpovědí na výše zmíněné otázky v dotazníku týkajících se období léčby PPP:

LÉČBA	pozitivní	neutrální	negativní
vztahy	8	17	14
komunikace	9	13	17
emoce	8	6	25

Tabulka č. 3: Přehled odpovědí týkajících se období léčby PPP

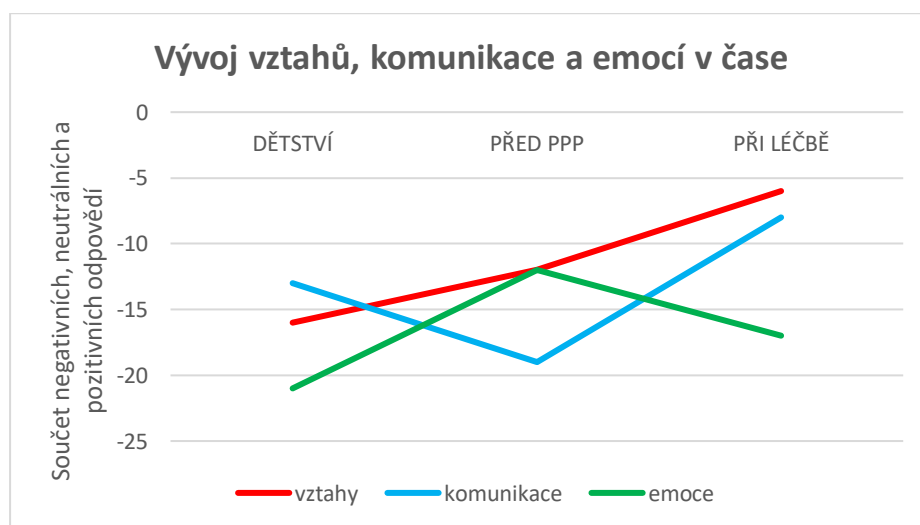
Dílčí výzkumná otázka zaměřená na rodinu v období již propuknuté nemoci zněla: *Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v průběhu léčby PPP?*

Pouze tři respondentky označily tohle období jako skvělé z pohledu rodinného soužití, dalších 19 z nich se vyjádřilo o tomhle období jako o jednoznačně negativním, 17 žen poté toto období popsalo jako uspokojivé.

Pozitivně znějící odpovědi zahrnovaly ve dvou případech zlepšení oproti bouřlivému rodinnému souznění v předchozím období, zmíněna byla větší upřímnost a otevřenost v rodině, další respondentka označila toto období jako úlevné a ze strany rodiny podporující. V posledním případě byly vztahy ve všech sledovaných obdobích kladné, nic se nezměnilo ani s příchodem PPP.

Ženy, které popisovaly tohle období v rodině jako jednoznačně negativní, zmiňovaly prázdnou komunikaci či komunikaci plnou křiku a hněvu, stahování se do sebe, nevyjadřování emocí. Uvedeno bylo také nepochopení ze strany rodičů a zlehčování celé situace. Jedna žena například uvedla: „byla jsem za krávu, co chce pozornost“, další vylíčila slova rodičů po své první hospitalizaci následovně: „to nemůže být tak hrozný, vzchop se“.

U několika žen bylo v tomto období zmíněno zlepšení v rodinném soužití, ale ne dostatečně, respondentky stále vnímaly velké nedostatky. Jedna žena zmínila velkou snahu rodiny o zlepšení vztahů, ale vlastní odmítání těchto snah, zároveň však přiznala schopnost otevřenějšího projevování emocí před rodinou. Jedna z respondentek poté uvedla zlepšení vztahů v rodině až po svém odchodu z domova. V kategorii odpovědí vyhodnocených jako uspokojivé bylo nejčastější odpovědí zlepšení vztahů s matkou, ale stále špatné vztahy s otcem.



Graf č. 1: Vývoj vztahů, komunikace a emocí

Graf č. 1 naznačuje vývoj rodinných vztahů od dětství přes období před diagnostikováním PPP až po léčbu nemoci. Hodnot na ose y , tedy součtu negativních, neutrálních a pozitivních odpovědí, bylo dosaženo po sečtení všech odpovědí v daném období v dané kategorii tak, že každá pozitivní odpověď představovala hodnotu +1, každá neutrální odpověď znamenala nulovou hodnotu a s každou negativní odpovědí se odečítalo číslo 1.

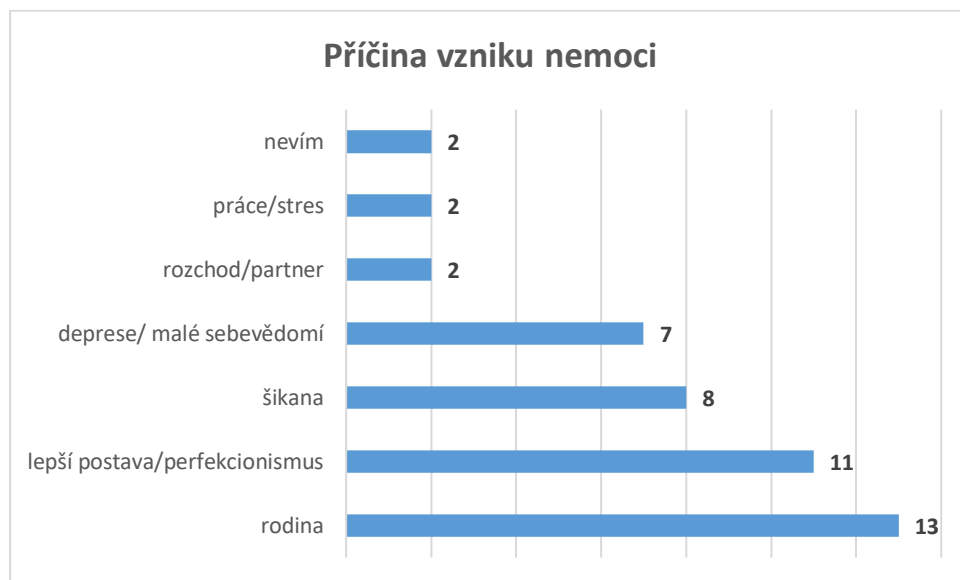
Výsledky našeho výzkumu naznačují, že rodinné vztahy obecně se postupem času u našich respondentek zlepšily. Po špatném dětství přišlo zlepšení v období před vznikem poruchy, které se pak při léčbě nemoci ještě zvýraznilo a vztahy v rodině se dále zlepšovaly.

Oblast komunikace měla u našich respondentek odlišný vývoj. Po období dětství, kdy byla komunikace dle našich respondentek na dobré úrovni, se v období před diagnostikováním nemoci velmi zhoršila. Rodina nebyla schopná komunikovat buď vůbec, nebo komunikovala pouze negativně. Po propuknutí nemoci, při její léčbě, pak ovšem nastalo zlepšení a rodina dokázala zase komunikovat na mnohem lepší úrovni, mnohem otevřeněji.

Oblast vyjadřování emocí představuje opačný vývoj než oblast komunikace. V dětství byla většina našich respondentek velmi uzavřená, neschopná vyjadřovat emoce či vyjadřovat emoce pouze negativní, stejně tak jako členové jejich primární rodiny. V období před diagnostikováním PPP dokázali dát členové rodiny i naše respondenty emocím průchod, a to pozitivním způsobem. Během léčby se však respondenty znovu stáhly do sebe a emoce nebyly schopné dostatečně vyjadřovat, případně je vyjadřovaly – stejně jako jejich rodinní příslušníci – velmi negativně.

5.5 Příčina vzniku nemoci

Další otázka dotazníku zjišťovala, jaký faktor vnímají respondentky jako ten hlavní při vzniku jejich onemocnění. Zněla následovně: *Co považujete za hlavní příčinu vzniku PPP u Vás?*



Graf č. 2: Příčina vzniku nemoci

Odpovědi byly variabilní, zahrnovaly například touhu po lepší postavě, jedna žena chtěla konkrétně zhubnout do svatebních šatů, další zmínila neustálé porovnávání se s ostatními a nespokojenost s vlastní postavou spolu s malou sebedůvěrou; malé sebevědomí zmínila další z nich. Uvedena byla také přehnaná snaha o dokonalé tělo či nedostatek sebelásky. Další žena uvedla jako důvod vzniku nemoci snadnou ovlivnitelnost a podléhání depresím.

Uvedena byla také potřeba mít něco pod kontrolou, být v něčem nejlepší a všem to ukázat, což další respondentka popsala jako perfekcionismus. Ten byl zmíněn i další ženou, a to spolu s vysokými požadavky.

Zmíněna byla několikrát i šikana ve škole (přičemž jedna z žen uvedla, že to bylo konkrétně kvůli vzhledu) či nedostačující zájem spolužáků ve škole. Jedna

respondentka poté kromě šikany uvedla také svou kamarádku, která byla anorektičkou.

Do odpovědí byla zahrnuta také rodina, jedna z respondentek uvedla konkrétně chaos v rodině, další odpověděla jednoslovně, avšak značně emotivně pomocí několika vykřičníků „matka!!!“, dalších několik odpovědí zahrnovalo špatný vztah s otcem. Jedna z odpovědí byla šikana ve škole spolu s problémy v rodině. Jedna z respondentek pak uvedla: *„Pracovní stres, nevyslechnutí. Snažila jsem se o tom mluvit půl roku před PPP, všichni jen mávli rukou s hláškou ‚X, ty jsi nejveselejší člověk na světě, ty nevíš, co je mít problémy‘.“* Žena, která uvedla odchod matky ve svých 9 letech a sexuální zneužívání, uvedla jako příčinu zážitky z dětství a šikanu. Rodina byla zahrnuta taky v následující odpovědi: *„Můj první přítel, který mě nazval tlustou krávkou a ponižoval mě. Nicméně postupem času si myslím, že je to tím, že mě táta nechtěl, když už mě máma čekala (shodil ji ze schodů, aby potratila).“* Další z žen uvedla neshody v rodině a s partnerem a vysoké nároky na sebe. Rodina byla součástí i odpovědi následující: *„Děda spáchal sebevraždu a já ztratila chuť k jídlu. Měla jsem výčítky. Pak si lidi všimli a já chtěla zhubnout víc a víc.“* Rodinu uvedla také další respondentka, konkrétně vztah s otcem a matčino neustálé řešení diet, poté její úmrtí. I další z žen uvedla vztahy v rodině, konkrétně *„rozvrácená rodina. potřebovala jsem, aby si někdo všiml, že jsem nešťastná, proto jsem začala hubnout“*.

Pouze dvě z respondentek odpověděly, že netuší, co by mohlo být příčinou jejich nemoci.

Další otázka v dotazníku byla zaměřena přímo na rodinu jako potenciální faktor vzniku PPP či jako podporu při nemoci: ***Jak ovlivnila atmosféra v rodině Vaši diagnózu PPP?***

Devět respondentek uvedlo, že rodina vznik poruchy neovlivnila. Další dvě ženy poté uvedly, že neví.

Ostatní odpovědi poté byly rozděleny mezi negativní a pozitivní ovlivnění rodinou. Těch pozitivních bylo výrazně méně, patří mezi ně například „*moje rodina mi byla velkou oporou, já bych to bez jejich motivace nikdy nezvládla*“.

Do negativního ovlivnění rodinou poté spadají například odpovědi: „*asi hodně, protože jsem byla odstrkována, snažila jsem se předvádět aby si mě konečně všimla, asi proto jsem začla s anorexií*“, „*asi to negativně hodně ovlivnila přílišná důvěra mých rodičů ve mě. Pezproblemové dítě musí mít přece skvělé výsledky*“ či „*velmi, myslím, že to byl hlavní důvod. Neměla jsem nikde stabilitu, tak jsem si ji našla v nemoci*“.

Další otázka z dotazníku se zaměřovala konkrétně na výchovu a na to, zda ji respondentky spojují se svou nemocí: ***Jak ovlivnila výchova Vaši diagnózu PPP?***

Osm žen odpovědělo jednoznačně, že výchova nijak jejich PPP neovlivnila, dalších 11 poté nevědělo, jak odpovědět.

Mezi zbylé odpovědi patří například přiznání, že kvůli matce, která neustále řeší diety a váhu, má respondentka averzi vůči určitým druhům jídla a řeší svou postavu. Další z žen uvedla, že hádky v rodině vše zhoršovaly. Jedna respondentka uvedla, že výchova rodičů vliv neměla, negativně však byla ovlivněná oběma jejich novými partnery. Další z žen odpověděla: „*mohla jsem být vedená jiným způsobem... ne k tomu, že se můžu mít ráda jen jako hubená*.“ Další z respondentek projevila smutek z přístupu rodičů: „*Hlavní problém je, že i když to pořád není na 100% pryč a mám problémy, rodiče to berou tak, že mám léky a chodím na terapie, tak jsem ok... to mě nejvíce mrzí a nechápou moje zkratky, co jsou během léčby*.“

Jedna respondentka přiznala, že ji velmi ovlivnil nezáměr o její osobu a preferování nemocného bratra, kvůli tomu se snažila být dobrá a pěkná. Další žena přiznala snahu dokázat matce, že nemá pravdu, její přesná odpověď zněla takto: „*Asi dost. Mamka vždy říkala že mi geny nikdy nedovolí být hubená. Chtěla jsem jí dokázat, že to jde*.“ Vliv spíše ze strany otce naopak vnímá další respondentka: „*Částečně jo, protože jsem odmítala stát se ženou kvůli svému otci. Chtěla jsem být vyhubla a skončit*“

v nemocnici, protože jsem doufala, že mě budou mít potom rádi a nebudou na mě křičet, ale neměla jsem tehdy vůli k tomu to dotáhnout tak daleko.“

Pozitivní vliv ze strany rodiny naznačuje tato odpověď: *„Vlastně pozitivně, maminka mě učila si zdravě věřit, takže jsem si v jisté chvíli řekla: když se mi povedlo prokázat silnou vůli v nejudení, zvládnou se dostat i zpátky...“*

Poslední povinná otázka v dotazníku zněla: ***Jsou nějaké konkrétní události, které ovlivnily Vaši diagnózu PPP? Pokud ano, jaké?***

Osm respondentek uvedlo, že si žádnou konkrétní událost nevybavují.

Odpovědi, v nichž není zahrnut vliv rodiny, jsou například: *„Stresové faktory plynoucí ze studia vysoké školy. Mezilidské vztahy mezi vrstevníky a zejména s opačným pohlavím“, „ano, přestupy ze školy na školu, šikana a deprese“* nebo *„vztah s narcistou, instagramové modelky“*.

Odpovědi, v nichž figuruje rodina, bylo mnohem více, například: *„Týrání od otčíma, nedostatečná láska od všech rodičů, vždy brána jako na obtíž, ta nevychovaná, až ta třetí ze sourozenců, nehezke dítě, oba sourozenci krásní, focení jako modelové do časopisů, příliš podobná matce, tudíž druhá strana rodiny mě nemusela“, „občasné otcovy poznámky k mojí postavě v dospívání... Vždycky jsem měla spíše podváhu (nezáměrně), ale komentoval rostoucí prsa, nelíbilo se mu, když jsem se v pubertě začala vyhýbat fyzickému kontaktu s ním“, „když mi otec řekl v 8 letech, že kdybych se narodila postižená, zřekl by se mě. Naštěstí jsem se narodila zdravá, ale s velkou prdelí“* nebo *„mamka a její nekonečná snaha zhubnout, diety atd. A taky její nespokojenost s tím, jak vypadá“*. Je tedy zřejmé, že odpovědi zahrnující rodinu jsou různorodé, ženy vnímaly zásadní negativní vliv ze strany jak otce, tak matky.

Poslední dílčí výzkumná otázka zněla: *Které faktory vnímali respondenti jako důležité v období vzniku nemoci?*

Na tuhle otázku lze odpovědět všemi odpověďmi respondentek, které byly velmi variabilní. Nejčastějšími odpověďmi však byly touha po dokonalé postavě, šikana a špatné vztahy v rodině.

Při odpovědi na dotaz na konkrétní událost, která ovlivnila vznik jejich poruchy, zmínila většina žen nějaký rodinný faktor, od špatných vztahů s otcem/matkou přes negativní komentář postavy z úst někoho z rodiny až po špatné jídelní návyky matky.

Pokud vezmeme v potaz poslední čtyři otázky dotazníku, tedy zjišťování hlavní příčiny vzniku PPP, dotaz na ovlivnění diagnózy rodinnou atmosférou a výchovou a konkrétní události ovlivňující diagnózu PPP, tak alespoň v jedné z těchto čtyř odpovědi zmínilo negativní rodinný vliv 32 z 39 žen, které se výzkumu zúčastnily.

6 Diskuze

Výsledky našeho výzkumu reprezentují pohled 39 žen, které mají zkušenosti s PPP, na svou primární rodinu, a to v oblasti vztahů, komunikace a vyjadřování emocí vždy v období dětství, v období před diagnostikováním PPP a v období léčby PPP.

Při porovnání příčin vzniku PPP, které zmiňují odborníci, s odpověďmi našich respondentek docházíme k závěru, že náš výzkumný vzorek nikterak nevybočuje z řady ostatních žen trpících PPP. Krch (2002) zmiňuje jako častou příčinu při vzniku tohoto onemocnění nejružnější narážky z okolí žen na jejich postavu, což zmiňovaly i naše respondentky. Dle Krcha (2002) dále zvyšují riziko vzniku poruchy pocitu méněcennosti, z našich respondentek zmínilo jako příčinu vzniku nemoci 7 žen právě malé sebevědomí. Druhou nejvíce zmiňovanou příčinou vzniku nemoci byla u našich respondentek zmiňována touha po lepší postavě a perfekcionismus, což za častou příčinu vzniku PPP považuje i Nývltová (2008). Mnozí odborníci (např. Hoersh et al., 1996; Nývltová, 2008; Vágnerová, 2012; Jurkechová & Osaďan, 2014) pak zmiňují jako častou příčinu vzniku či posilující faktor při vzniku PPP rodinu. Tu zmínilo jako příčinu v různých podobách 13 našich respondentek.

Co se týče rodinných vztahů po propuknutí PPP, můžeme porovnat výsledky našeho výzkumu s výsledky výzkumu občanského sdružení Anabell z roku 2006, kterého se zúčastnilo 19 dívek s PPP (viz Kocábová, 2004). Většina z těchto dívek uváděla zlepšení rodinných vztahů po propuknutí PPP, což koresponduje i s našimi výsledky, pokud bereme v potaz vztahy v rodině obecně. V několika případech u obou těchto výzkumů nemoc pomohla ke sblížení matek s dcerami. U obou výzkumů se však našly i případy opačné, kdy se vztahy v rodinách po propuknutí nemoci ještě zhoršily.

Když přihlédneme k charakteristickým rysům rodin s PPP, jež odborníci uvádějí, můžeme deklarovat, že naše výsledky se s těmito fakty vesměs shodují. Například Erriu et al. (2020) se mimo jiné věnuje roli otce v rámci PPP; tvrdí, že otec v těchto případech v rodině často chybí. V několika případech byl u našich respondentek otec tím z rodičů, se kterým zůstaly vztahy špatné, i když s matkou se zlepšily. Naše respondentky uváděly u otců často ignoraci, nezáměr. V jednom případě byl pak zmíněn odchod otce od rodiny a založení rodiny nové.

Erriu et al. (2020) zmiňuje také osamocenosť pacientek s PPP v rámci rodiny, což se u našich respondentek projevilo stahováním se do sebe, vytvářením si vlastních světů, dále například faktem, že rodičům nebyly sdělovány zásadní životní situace v životech těchto žen; ženy necítily ze strany rodičů podporu.

Vágnerová (2012) poté zmiňuje neschopnost věcné komunikace v rodině, ve které se vyskytly PPP. Kromě neschopnosti kvalitně komunikovat je typická i neschopnost vyjadřovat emoce. Oba tyto problémy byly zásadní u většiny našich respondentek, přičemž u komunikace tomu tak bylo zejména těsně před propuknutím nemoci, u emocí naopak v dětství těchto žen.

Na závěr je důležité říct, že cílem tohoto výzkumu nebylo označit rodinu jako příčinu vzniku PPP. Na vzniku této poruchy se podílí spousta faktorů a označit rodinu za ten hlavní by byla chyba. Výsledky podobných výzkumů však mohou napomoci při práci s rodinou, při stanovení terapie, samozřejmě však s přihlédnutím k individualitě každého rodinného systému. Mimo jiné by pak výsledky takových šetření mohly pomoci i sociálním pracovníkům při práci s klienty trpícími PPP a s jejich rodinami, ale také samotným rodinám těchto klientů.

6.1 Limity výzkumu

Výsledky výše předloženého výzkumu mohou být ovlivněny několika faktory. Prvním z nich je fakt, že respondentky odpovídaly na otázky v dotazníku, nejednalo se o přímý kontakt osobního rozhovoru. Nebylo tedy možné se dále

doptávat a zjišťovat informace dodatečně. Odpovědi tedy nemohly být dovysvětleny. K dotazníku jsme však přistoupili zejména kvůli šíření koronaviru, kdy distanční forma sběru dat znamenala bezpečnější cestu než případný osobní kontakt s respondentkami.

Dalším omezením našeho výzkumu může být skutečnost, že respondentky nemusely zmínit vše, nemusely říkat pravdu, případně ji mohly říct neúplnou. To je však omezení každého podobného výzkumu. Skutečnost, že veškeré informace jsou pohledem samotných dívek, které prošly či prochází PPP, je stěžejním bodem našeho výzkumu. Pohledy a názory například rodičů těchto dívek by však mohly být další zajímavou přidanou hodnotou v této problematice. Spousta zjištěných informací, které dívky uvedly, by se jistě od pohledu jejich rodičů odlišovala. Například Erriu et al. (2020) zkoumala právě rozdílnost pohledů pacientek a rodičů na rodinné vztahy a zjistila, že vnímání rodiny očima pacientek je mnohem horší než vnímání rodiny očima jejich rodičů. To, co považují rodiče za soudržnost, vnímají pacientky s PPP jako konfliktní prostředí. Komparace těchto odlišných pohledů by pak mohla být důležitým bodem při práci s rodinou.

Roli v tom, jak jednotlivé respondentky odpovídaly, mohl sehrát i časový odstup od nemoci. Předpokládáme, že ženy, které měly například neshody s matkou a nyní prochází těžkým obdobím PPP, mohou matku považovat za příčinu nemoci silněji než třeba ženy, které již mají nejhorší období za sebou a od nemoci a rodinných neshod mohou mít tedy větší odstup. Nelze to však považovat za pravidlo, vždy záleží na konkrétní situaci a charakteru té dané respondentky.

Individualita každé z respondentek se projevila také v charakteru odpovědí. Některé ženy odpovídaly detailněji, odpovědi obsahovaly pro náš výzkum cennější informace, některé z žen naopak odpovídaly velmi stručně, o to těžší pro nás bylo jednotlivé odpovědi vyhodnotit. Tyto rozdíly mohou být dány aktuálním

rozpoložením respondentek, schopností se písemně vyjadřovat, ochotou podělit se o vlastní zkušenosti či množstvím a bohatostí prožitých událostí.

V případě opakování výzkumu bychom nyní zvolili spíše možnost videohovoru, případně online chatování, a to zejména kvůli možnosti doptávat se na další otázky. Námí zvolená technika sběru dat, tedy dotazník, byla v tomto směru velmi limitující.

Výsledky výzkumu nelze samozřejmě považovat za obecné, platné pro celou populaci. Jedná se o názory a pocity 39 žen, které mají zkušenosti s PPP.

7 Závěr

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak rodina ovlivňuje vznik a průběh PPP u osob s PPP. K dosažení tohoto cíle jsme si stanovili výzkumnou otázku: *Jak rodina ovlivňuje vznik a průběh poruch příjmů potravy u klientů s poruchami příjmů potravy?* K dosažení cíle výzkumu jsme zvolili smíšený typ výzkumu, konkrétně kvalitativní výzkum se základními prvky výzkumu kvantitativního. Vytvořili jsme dotazník, který jsme poté adresovali lidem, jež v minulosti trpěli nebo v současnosti trpí PPP. Výzkumu se zúčastnilo 39 respondentů (všechny byly ženy), pomocí jejichž odpovědí jsme mohli zodpovědět čtyři dílčí výzkumné otázky, na něž jsme rozčlenili hlavní výzkumnou otázku.

První z nich zněla: *Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v průběhu svého dětství?* Jako pozitivní v součtu všech tří oblastí (vztahy, komunikace, emoce) označilo své dětství 8 respondentek, přičemž 4 z nich neuvedly v období dětství žádné negativum. Oblast, která byla v období dětství u těchto respondentek mírně problémová, byla oblast vyjadřování emocí.

Jako špatné své dětství popsalo 23 respondentek. Tyto účastnice výzkumu zmínily minimum pozitiv, negativní pocity jednoznačně převažovaly, a to ve všech sledovaných oblastech. Za nejčastější problémy byl označen alkoholismus v rodině, rozvod rodičů, násilí v rodině či ignorace ze strany rodičů. Komunikace byla buď nulová, nebo vedená pouze prostřednictvím hádek. Respondentky uváděly emoce jako skrývané či trestané.

Zbýlých 8 respondentek poté své dětství označilo v součtu všech tří kategorií jako ucházející, kdy nejčastěji byly problémy ve vztahu k otci, kdežto vztah s matkou byl harmonický. Nejproblémovější kategorií bylo vyjadřování emocí, které byly v rodině zpravidla skrývané.

Druhá dílčí výzkumná otázka zněla: *Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v období před diagnostikováním PPP?* Toto období popsaly jako pozitivní v součtu všech tří oblastí 4 respondentky. Komunikace v rodině podle nich probíhala kvalitně, vyzdvihly zejména možnost svěřit se se svými problémy. V žádné v oblastí neuvedly závažnější problém.

Naopak jako velmi problémové označilo toto období 25 žen. Zmiňovaly nedůvěru ve vztahu s rodiči, vzájemné nepochopení či hloupé poznámky ze strany rodičů mířené na jejich osobu. Velkou těžkostí v tomhle období byl v několika případech alkoholismus a nevěra mezi rodiči. V oblasti komunikace se ženy často svěřovaly, že pociťovaly strach s rodiči o čemkoliv hovořit. Emoce byly v rodině zpravidla potlačovány, respondentky se uzavíraly do sebe, do vlastních světů.

Ucházející vztahy v rodině v období před diagnostikováním PPP prožívalo 10 žen. Nejčastější překážkou v rodinných vztazích byla neschopnost či nemožnost svěřit se s problémy.

Třetí dílčí výzkumná otázka zněla: *Jak respondenti popisují svou primární rodinu z hlediska rodinných vztahů, komunikace a vyjadřování emocí v průběhu léčby PPP?* Kladně na tuto otázku odpověděly 3 ženy, kdy bylo zaznamenáno zlepšení v rodinném soužití oproti předchozímu sledovanému období. Rodiče i ženy samy začali být upřímnější a otevřenější. Ze strany rodiny cítily respondentky větší podporu. V jednom případě byly vztahy harmonické po celou dobu, od dětství až po léčbu PPP.

Negativně se o rodinných vztazích v období léčby vyjádřilo 19 respondentek. Zmiňovaly prázdnou komunikaci či komunikaci vyjadřovanou pouze křikem, stahování se do sebe a s tím související nevyjadřování emocí či zlehčování situace ze strany rodičů.

Uspokojivé vztahy poté popsalo 17 respondentek. Popsaly zlepšení vztahů, ale ne dostatečné, nejčastější bylo zlepšení vztahů s matkou, ale pořád špatné vztahy s otcem.

Poslední dílčí výzkumná otázka zněla: *Které faktory vnímali respondenti jako důležité v období vzniku nemoci?* Negativní vliv ze strany rodiny uvedlo 32 z 39 respondentek, a to buď v oblasti výchovy, celkové rodinné atmosféry či konkrétní události, která PPP ovlivnila. Hlavní příčinu vzniku PPP vidí v rodině 13 z našich respondentek. Jako další důležitý faktor byl zmíněn perfekcionismus či touha po lepší postavě, šikana v dětství či dospívání a malé sebevědomí našich respondentek.

Použitá literatura

Tištěné zdroje

- Dunovský, J. (1999). *Sociální pediatrie: vybrané kapitoly*. Praha: Grada.
- Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- Janiš, K., Skopalová, J., & Janiš, K. (2017). *Slovník vybraných pojmů k oblasti prevence rizikového chování*. Opava: Slezská univerzita, Fakulta veřejných politik.
- Jedlička, R. (2011). *Výchovné problémy s žáky z pohledu hlubinné psychologie*. Praha: Portál.
- Jurkechová, M. & Osad'án, R. (2014). Body image a její sociálně patologické projevy. In S. Fischer & J. Škoda, *Sociální patologie: Sociální patologie: závažné sociálně patologické jevy, příčiny, prevence, možnosti řešení* (s. 143–153). Praha: Grada Publishing.
- Kocourková, J. (1997). Poruchy příjmu potravy a spánku u dětí. In P. Říčan & D. Krejčířová a kol., *Dětská klinická psychologie* (s. 183–193). Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. a kol. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada Publishing.
- Krch, F. D. (2002) *Mentální anorexie*. Praha. Portál.
- Langmeier, J., Balcar, K. & Špitz, J. (2010). *Dětská psychoterapie*. Praha: Portál.
- Matějček, O. (1992). *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství.

- Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Možný, I. (2008). *Rodina a společnost*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm.
- Nývltová, V. (2008). *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
- Papežová, H. (2010). Prevence poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup* (s. 311–315). Praha: Grada Publishing.
- Papežová, H., Tomanová, J. & Pelková, L. (2010). Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup* (s. 351–358). Praha: Grada Publishing.
- Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup* (s. 36–55). Praha: Grada Publishing.
- Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy*. Praha: Maxdorf Jesenius.
- Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Trapková, L. & Chvála V. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.

Elektronické zdroje

Erriu, M., Cimino S. & Cerniglia, L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behavioral sciences*, 10 (4).

Dostupné z <https://www.mdpi.com/2076-328X/10/4/71/>

Gillernová, I. (2011). Změny rodičovských stylů výchovy v české rodině. In I. Gillernová, V. Kebza, M. Rymeš (Eds.), *Psychologické aspekty změn v české společnosti* (s. 445–498). Praha: Grada Publishing. Dostupné z <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologicke-aspekty-zmen-v-ceske-spolecnosti-404212/#>

Hoersh, N. et al. (1996). Abnormal Psychosocial Situations and Eating Disorders in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35, 921–927. Dostupné z [\(PDF\) Abnormal Psychosocial Situations and Eating Disorders in Adolescence | N. Horesh - Academia.edu](#)

Kocábová, Z. (2004). Výzkum: Rodinné prostředí dívek s poruchami příjmu potravy. *Zpravodaj Anabell*, 2006 (4), str. 3–4. Dostupné z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/cislo_04.pdf

MKN-10: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize. (2020, 1. ledna). *F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory*. Dostupné z <https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.8>

Papežová, H. (2020). Poruchy příjmu potravy, transgenerační přenos a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie*, 116 (4), str. 197–204. Dostupné z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1345>

Scarborough, J. (2020). Understanding Gendered Realities: Mothers and Father Roles in Family Based Therapy for Adolescent Eating Disorders. *Clinical Social Work Journal*, 48 (4), 389–401. Dostupné z <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=6547855a-a96e-48f2-9d5e-0942289d5c23%40pdc-v-sessmgr01>

Šulová, L. (2011). Současná česká rodina. In I. Gillernová, V. Kebza, M. Rymeš (Eds.), *Psychologické aspekty změn v české společnosti* (s. 392–444). Praha: Grada Publishing. Dostupné z <https://www.bookport.cz/e-kniha/psychologicke-aspekty-zmen-v-ceske-spolecnosti-404212/#>

Tomanová, J. & Papežová, H. (2006). Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 102 (7), str. 358–362. Dostupné z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_7_358_362.pdf