

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie



SOUVISLOSTI MENTÁLNÍ ANOREXIE A RODINNÝCH VZTAHŮ

**(RELATIONS BETWEEN ANOREXIA NERVOSA AND THE
FAMILY RELATIONSHIPS)**

Bakalářská diplomová práce

Autor: Markéta Pavelková

Vedoucí: PhDr. Martina Fülepová

Olomouc

2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Souvislosti mentální anorexie a rodinných vztahů“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem PhDr. Marty Fülepové a uvedla jsem všechny použité zdroje a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala zejména vedoucí práce PhDr. Martině Fülepové za podporu mojí kreativity a samostatnosti, ale také za cenné a věcné připomínky a rady, za lidský přístup a pochopení.

Děkuji také všem respondentům za ochotu a čas.

Moc děkuji své rodině za veškerou podporu, inspiraci a citové zázemí. Děkuji svým přátelům za pomoc a povzbuzení. Děkuji Bohu.

OBSAH

ÚVOD	5
1 MENTÁLNÍ ANOREXIE	6
1.1 Poruchy příjmu potravy.....	6
1.2 Výskyt mentální anorexie	7
1.3 Vymezení, diagnostika, diferenciální diagnostika mentální anorexie.....	8
1.4 Rizikové faktory mentální anorexie	11
1.4.1 Sociokulturní faktory	11
1.4.2 Individuální faktory.....	12
1.4.3 Rodinné faktory.....	14
1.5 Zdravotní komplikace mentální anorexie.....	16
1.6 Léčba a terapie mentální anorexie.....	17
1.6.1 Hospitalizace	18
1.6.2 Realimentace	19
1.6.3 Psychoterapie	20
1.6.4 Farmakoterapie.....	22
2 RODINNÉ VZTAHY	24
2.1 Rodinný systém a vztahy	24
2.2 Citová vazba.....	26
2.2.1. Raná citová vazba	26
2.2.2. Typy citové vazby	27
2.2.3 Citová vazba v dospělosti.....	31
2.2.4 Citová vazba a mentální anorexie	32
2.3 Separáční proces u mentální anorexie.....	36
2.3.1 Teorie tzv. sociálního porodu.....	36
2.3.2 Otcovská a mateřská role v separaci dítěte	39
2.4 Rodina a mentální anorexie.....	41
3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, HYPOTÉZY A CÍLE VÝZKUMU	45
3.1 Cíle výzkumu	46
3.2 Hypotézy	46
4 METODOLOGICKÝ RÁMEC	47
4.1 Typ výzkumu	47
4.2 Metody získávání dat	47
4.2.1 Dotazník ECR	48
4.2.2 Dotazník s-E. M. B. U.....	49

4.3	Metody zpracování a analýzy dat.....	51
4.4	Etické otázky a způsob jejich řešení	51
5	SOUBOR.....	52
5.1	Způsob výběru výzkumného a kontrolního souboru z populace.....	52
5.2	Charakteristika výzkumného a kontrolního souboru	53
6	ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ.....	55
5.3	Porovnání vztahové úzkosti a vyhýbavosti	55
6.1.1	Testování hypotézy č. 1.....	55
6.1.2	Testování hypotézy č. 2.....	56
5.4	Porovnání odmítání, emoční vřelosti a hyperprotektivity v rodičovském chování.....	57
6.2.1	Testování hypotézy č. 3.....	57
6.2.2	Testování hypotézy č. 4.....	58
6.2.3	Testování hypotézy č. 5.....	59
5.5	Další výsledky.....	59
6.3.1	Porovnání vnímaného rodičovského chování otců a matek	59
6.3.2	Souvislosti mezi proměnnými citové vazby a vnímaným rodičovským chování	61
6.3.3	Zastoupení stylů citové vazby	62
6	DISKUZE.....	64
7	ZÁVĚRY.....	70
	SOUHRN.....	71
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	74

ÚVOD

Tématem této bakalářské diplomové práce jsou souvislosti mentální anorexie a rodinných vztahů. Diagnózou mentální anorexie se zabírá poměrně velké množství literatury, jedná se o onemocnění s nejasnou etiologií, bez jednoznačného způsobu léčby a vyvolávající mnoho otázek u odborníků, rodin takto nemocných dívek i u široké veřejnosti. Anorexií nejčastěji trpí mladé dívky, pro ty se jako důležité jeví prostředí rodiny a zázemí vztahů s blízkými.

V souvislosti s rodinnými vztahy se nabízí koncept citové vazby. Nejistá citová vazba je totiž některými odborníky dávána do souvislosti s psychopatologiemi. Kromě citového připoutání k rodičům považují na základě studia literatury za důležité také chování rodičů k dětem. Výzkumnou část práce zaměřím právě na tyto rodinné souvislosti. Cílem bude srovnat osoby s mentální anorexií a osoby bez poruch příjmu potravy v dimenzích citové vazby – úzkostnosti a vyhýbavosti, jakožto dvou charakteristik vztahové nejistoty, a srovnat vnímané rodičovské chování ve třech charakteristikách – odmítání, emoční vřelosti a hyperprotektivité. Ty považuji za faktory, jež ovlivňují rodinné vztahy a celkové klima rodiny.

Jednou z inspirací mé práce byla takto nemocná kamarádka, v jejímž životním příběhu vnímám silné působení rodinného kontextu na rozvoj a udržování nemoci.

Ráda bych touto prací navázala na dřívější výzkumy a přispěla novými zjištěními, která napomohou hlubšímu vhledu do celé problematiky a to především s ohledem na možné terapeutické působení. Hlavní motivací je pro mě snaha rozšířit poznatky z této oblasti o užitečné závěry, které by se daly aplikovat v praxi.

1 MENTÁLNÍ ANOREXIE

Mentální anorexie je psychické onemocnění charakteristické zejména zkresleným vnímáním vlastního těla, postavy a hmotnosti, které vede k patologickému vztahu k jídlu. Ten se může projevovat odmítáním potravy, držením hladovek, ale také cvičením, zvracením či zneužíváním projímadel. Typickým obdobím pro rozvoj této poruchy je adolescence. Často se jedná o dívky perfekcionistické a uzavřené. V souvislosti s rozvojem anorexie se uvažuje o vlivu ideálu štíhlosti, proklamovaném ve společnosti zejména prostřednictvím médií, ale také o vlivech rodinných, především s ohledem na separačně-individuační procesy. Mentální anorexie spadá do okruhu poruch příjmu potravy.

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou čím dál častější onemocnění spojovaná s kulturními a sociálními tlaky společnosti na ideál štíhlosti, zdravou výživu a zaměření na výkon a úspěch. V mladším věku může být těmito poruchami narušen vývoj, a to jak biologický, tak i psychologický a sociální. Dvěma nejčastějšími poruchami z této skupiny jsou mentální anorexie a mentální bulimie. Dívky s **mentální anorexií** hubnou, drží diety, hladovky a cvičí. Bývají, především z počátku onemocnění, živé, aktivizované, podávají dobré výkony. Většinou dochází k postupné redukci potravy, začínají vynecháním kaloričtějších potravin, postupně omezují i další složky stravy až nakonec mohou omezovat i tekutiny. Nemají realistický náhled na svůj skutečný vzhled. Obvykle jsou pocity, že jsou tlusté, hlavně že mají velké břicho, hýždě, stehna. Projevují velký zájem o jídlo, mluví o něm, nebo třeba vaří pro rodinu. Dívky s **mentální bulimií** se naopak přejídají, přičemž následně se snaží sněžené jídlo vyzvracet nebo jinak dostat z těla, aby nepřibraly a udržely si tak vysněnou váhu. Ta přitom nemusí být nijak extrémně nízká, naopak se většinou jedná o váhu zcela v normě. Patologický je u těchto dívek jejich postoj, že si danou váhu musí udržet za každou cenu, záchvaty přejídání a vyvolávané zvracení (Kocourková, 1997).

Podobnost mentální anorexie a bulimie je v touze po štíhlosti, strachu ze ztloustnutí a obecně přehnaném zaměření na vlastní vzhled a hmotnost. Mentální anorexie a bulimie se odlišují v prostředcích kontroly tělesné hmotnosti. Obě poruchy spojuje podobná psychopatologie, obvykle se jedná o dívky s nízkým sebevědomím a problematickými interpersonálními vztahy. Společnými znaky jsou také podrážděnost

a uzavřenost. Mnohé z těchto charakteristik poruch příjmu potravy jsou však běžnými i u zdravé populace. Pro velkou provázanost obou poruch někteří autoři dokonce uznávají jedno základní onemocnění poruchy příjmu potravy, které má dvě nejčastější varianty právě v mentální anorexii a bulimii, nebo také považují mentální bulimii za chronifikaci anorexie. Je pravda, že onemocnění mentální anorexii se může rozvinout do bulimie, ale nezhledka tomu bývá i právě naopak. Uvádí se, že asi třetina případů anorexie se rozvine do bulimie a 50 % bulimiček má v anamnéze anorexii (Krch, 2005). Většina autorů se však v souladu s diagnostickými kritérii shoduje na rozlišení dvou samostatných onemocnění ze skupiny poruch příjmu potravy. Co mají společné je „*typické extrémní zaujetí tělem, jeho vzhledem a strachem z tloušťky, typické jsou patologické projevy příjmu potravy a způsoby kalorické redukce.*“ (Kocourková, 1997, 16).

1.2 Výskyt mentální anorexie

Mentální anorexie se rozvíjí nejčastěji mezi 13 až 20 lety, oproti tomu mentální bulimie mezi 16 až 25 lety. Jídelní abnormality většinou vznikají postupně. „*Mentální anorexie a bulimie mohou proběhnout jako jediná epizoda s úplnou remisí nebo velmi dlouhodobým průběhem, nebo ve formě epizod po mnoho let se opakujících.*“ (Krch, 2005, 21). Prognóza je u mentální bulimie považována za příznivější, oproti anorexii dochází u nemocných k menšímu počtu úmrtí oproti anorexii. Vliv na prognózu mají demografické faktory (pohlaví, sociální postavení), dále klinické příznaky týkající se tělesné hmotnosti, zvracení a stresových životních faktorů (Krch, 2005).

Prevalence, tedy počet případů v populaci, je u všech poruch příjmu potravy jen těžko určitelná. Číselné údaje se dají získat jen obtížně, jelikož zejména anorektičky často vůbec nevyhledávají pomoc. Různé údaje se velmi liší, obecně však lze říci, že prevalence mentální anorexie se pohybuje kolem 1 % populace (Krch, 2005; Říčan, & Krejčířová, 1997). Nejčastěji je uváděno, že muži tvoří 10 % z tohoto počtu (např. Oltmanns, & Emery, 2004; Říčan, & Krejčířová, 1997). Vrchol výskytu je v období střední adolescence, zejména mezi 13 – 14 lety a 17 – 18 lety.

Co se týče **incidence**, tedy počtu nových případů, ta u mentální anorexie narůstala v západní Evropě zhruba do 70. let, pak se počet případů stabilizoval. V USA pak nejspíš narůstala ještě po celá 80. léta. Podle některých údajů výskyt mentální anorexie u určitých věkových skupin stále roste. Například v ČR byl prokázán nárůst hospitalizací pro poruchy příjmu potravy v devadesátých letech (Papežová, 2010). Především dříve se v literatuře

uváděl také vztah k sociální příslušnosti, přičemž častěji se měly poruchy příjmu potravy vyskytovat u dívek z vyšších až středních vrstev (Kocourková, 1997). V současnosti se však v euroamerickém světě socioekonomické rozdíly do jisté míry stírají, což může být důvod pro to, že se tato souvislost už tolik neuvádí. Zmínky nacházíme spíše ve starší literatuře.

Smrt dle Powers a Fernandez (1984, in Kocourková 1997) nastává zhruba v 6 % případů, ale uvádí se i číslo okolo 20 %. Zhruba v 1 % případů smrt nastává v důsledku sebevraždy (Kocourková, 1997). Podle Oltmanns a Emery (2004) je úmrtnost až 10 %, na vyhladovění, sebevraždy či přidružené zdravotní komplikace.

1.3 Vymezení, diagnostika, diferenciální diagnostika mentální anorexie

Jak už bylo zmíněno, mentální anorexie se nejčastěji rozvíjí u adolescentních dívek či mladých žen. Jedná se o vážnou diagnózu, kterou provází narušené vnímání vlastního těla a chorobný strach ze zvýšení tělesné hmotnosti. Projevuje se držením diet a hladovek a nadměrným pohybem. Charakteristická je touha po dokonalosti, která může končit i smrtí. Anorektičky neztrácí chuť k jídlu, naopak bojují se svou chutí a hladem na jedné straně a uspokojením ze sebekontroly na straně druhé. Lidé obvykle nachází v jídle potěšení, avšak u nemocných mentální anorexií je tomu jinak, v nich jídlo vyvolává úzkost. Svě ohrožení se snaží tlumit právě sebeovládáním a askezí. Pokud se přestanou kontrolovat, spustí to v nich pocity viny a sebenávisti (Kocourková, 1997).

„Mentální anorexie je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2005, 14). U mentální anorexie se běžně rozlišují dva typy: **nebulimický (restriktivní)**, který spočívá v hladovce a snižování hmotnosti, a **bulimický (purgativní)** typ, který je charakterizován epizodami záchvatovitého přejídání. Podstatné jsou zejména tři znaky:

1. Udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti.
2. Strach z tloušťky.
3. Amenorea (nepřítomnost menstruace).

Odmítání udržet si minimální normální tělesnou váhu je nejobvyklejším a současně nejnebezpečnějším příznakem. Často to může začít pouze touhou shodit pár kilo, která však skončí až na nebezpečně nízké váhové hodnotě vzhledem k výšce a věku. Nemocní si to často uvědomí až ve chvíli, kdy je jejich váha život ohrožující. Intenzivní strach ze

ztloustnutí jde proti snahám terapeutů, kteří radí přibrat. Představa přibírání na váze anorektičky děsí. Paradoxně strach bývá často tím větší, čím nižší je jejich hmotnost (Oltmanns, & Emery, 2004).

Strach z tloušťky a udržování nízké hmotnosti může souviset s narušením hodnocení váhy a postavy, a to na úrovni percepční, kognitivní i afektivní. Nemocné typicky popírají jakékoli problémy s váhou, i když jsou s tím konfrontovány druhými lidmi, nebo když vidí samy sebe v zrcadle. Může to vycházet z narušeného sebeobrazu, nesprávnosti v tom, jak vidí a vnímají své tělo (Oltmanns, & Emery, 2004). Někdy se dívky cítí tlusté, ale v konfrontaci s obrazem v zrcadle rozeznávají rozpor, ovšem jindy je tomu tak, že se dokonce i vidí jako tlusté. Jako příčina tohoto jevu se uvádí kognitivní dysfunkce ve vnímání vlastního těla, ale také ve vnímání bolesti a hladu. Dívky již nedokážou správně vnímat a interpretovat pocit hladu, tudíž pro ně není signálem se najíst. Nevnímají ani fyziologické poškození těla vznikající v důsledku podvýživy. Tato necitlivost vůči bolesti je připisována rané separaci od matky, na základě které ztratí dítě pocit bezpečí, prakticky si zvykne na bolest, a později už stresová situace nevyvolá stejně silnou reakci (Papežová, 2010). Ne všichni lidé s anorexií však mají narušené vnímání vlastního těla. V každém případě všichni jsou přehnaně ovlivněni tělesnou váhou a postavou ve svém sebehodnocení (Oltmanns, & Emery, 2004).

V rámci diferenciální diagnostiky uvažujeme v první řadě v souvislostech všech diagnóz z okruhu poruch příjmu potravy. Pro jejich rozlišení tedy uvádím podrobnější popis příznaků.

„Mentální bulimie je porucha charakterizovaná zejména opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“ (Krch, 2005, 17). Taktéž se rozlišují dva typy: **purgativní** typ, který je charakteristický zvracením a zneužíváním laxativ, případně diuretik, a **nepurgativní** typ, který zahrnuje dodržování diet, hladovky či cvičení.

Důležité pro diagnostiku jsou taktéž tři znaky:

1. Silná touha se přejídat.
2. Snaha zabránit tloustnutí (zvracením, purgativy, dietami, cvičením).
3. Chorobný strach z tloušťky.

Pro diagnostikování mentální anorexie a bulimie je třeba naplnit všechna kritéria. Kromě těchto poruch se dále rozlišují atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy. Do této kategorie spadají například subklinické formy mentální anorexie a mentální bulimie a také formy, které nesplňují všechna diagnostická kritéria, i když je naplněn téměř typický klinický obraz nemoci. V MKN-10 se tyto formy klasifikují jako **atypická mentální anorexie** a **atypická mentální bulimie**. Dále je také stanovena kategorie **jiné nespecifikované poruchy příjmu potravy**. Tam lze zařadit například případy vykazující znaky mentální anorexie či bulimie, které se však nevyskytují v takové frekvenci, aby mohla být splněna diagnostická kritéria, nebo další případy vybočující z normy. Patří zde také tzv. „**syndrom nočního přejídání**“, **záchvatovité přejídání** apod. (Krch, 2005).

Kromě poruch příjmu potravy uvažujeme v rámci diferenciální diagnostiky také o **depresi**. Při depresi se totiž typicky objevuje nechutenství a hubnutí a onemocnění mentální anorexií také běžně doprovází depresivní symptomatika (Oltmanns, & Emery, 2004). Mentální anorexií však nedoprovází nechutenství jako takové, odmítání jídla má zde záměrný reduktivní charakter, nemocní mají hlad, ale přemáhají ho, aby zhubli, a kromě restrikce jídla je obvykle přítomná také přehnaná aktivita a cvičení (Kocourková, 1997). Při anorexií bývá přítomná lehká deprese, smutné nálady, podrážděnost, nespavost a snížený zájem o sex. Nesrovnalosti v náladě mohou hrát roli při vzniku anorexie, ale také mohou být reakcí na onemocnění. Depresivní stavy jsou běžnější u purgativní formy anorexie, při které dochází k epizodám záchvatovitého přejídání následovaným pocitu viny a kompenzací sněženého formou zvracení, zneužívání léků či cvičením. Naopak u restriktivní formy anorexie jsou depresivní symptomy méně časté a závažné (Oltmanns, & Emery, 2004). Dále se zvažují **psychotické poruchy** schizofrenního okruhu, které může provázet odmítání jídla kvůli bludům a jiným psychotickým projevům (Kocourková, 1997). Oltmanns a Emery (2004) nakonec uvádí pro diferenciální diagnostiku ještě **obsesivně kompulzivní poruchu** a obsesivně kompulzivní poruchu osobnosti. Tyto nemoci mohou být příčinami, znaky nebo reakcemi na mentální anorexií. Souvislost kompulzivně obsesivního chování s anorexií je v posedlosti jídlem, dietami a kompulzivními rituály ohledně jídla. Ty vznikají pravděpodobně jako důsledek hladovění. Některé rituály tak mohou být reakcí, jiné se pravděpodobně mohou podílet přímo na rozvoji nemoci. Tuto myšlenku podporuje Keys et al. (1950, in Oltmanns, & Emery, 2004), který provedl výzkum na vojácích, které nechal hladovět. Postupně se u vojáků vyvinuly obsese jídlem a kompulzivní rituály spojené s jídlem.

1.4 Rizikové faktory mentální anorexie

Mentální anorexie je obecně považována za psychickou poruchu s multifaktoriální etiologií. Mluví se zejména o celostní, biopsychosociální podmíněnosti (Krch, 2005). Říčan a Krejčířová (1997) dělí rizikové faktory vzniku mentální anorexie na predispoziční, spouštěcí a udržující:

1. **Predispoziční faktory** jsou obecné charakteristiky sociokulturní, rodinné a osobnostní, kterými je ovlivněna velká skupina lidí (např. společenský ideál štíhlosti, důraz na výkon, úspěch a individualitu v rodinách i ve společnosti).
2. **Spouštěcí faktory** přímo produkují anorektické symptomy (např. problémy se separací, akceptací pohlavní identity, problémy v rodině či sexuální zneužívání).
3. Konkrétní projevy nemoci mohou mít podíl na udržování symptomů a stagnaci v nemoci, považujeme je za **udržující faktory** (např. sekundární zisk z nemoci, endokrinní změny nebo včasnost a vhodnost intervence).

Rizikových faktorů mentální anorexie je celá řada a různí autoři je dělí do různých skupin. Dělení, které mi připadá nejprehlednější, a které zde také uvedu, kopíruje etiologické hypotézy vzniku mentální anorexie dle Kocourkové (1997): faktory sociokulturní, individuální a rodinné.

1.4.1 Sociokulturní faktory

Mezi nejpodstatnější a nejvíce probírané rizikové faktory patří tzv. **ideál štíhlosti** prezentovaný společností. Předkládaná štíhlost, nebo spíše vyhublost, pravděpodobně zvyšuje nespokojenost s vlastním tělem a posléze může vést k držení různých diet, potažmo k rozvoji poruch příjmu potravy. Kult štíhlosti je nejvýrazněji proklamován v **médiích**, na internetu, v televizi, časopisech, v reklamách a na billboardech (Papežová, 2010). Podle Krcha (2005) svou roli sehrává také svět módy a informace o způsobech hubnutí zprostředkované sdělovacími prostředky. Média přináší nerealistické a nezdravé vzory pro dospívající, které podlamují jejich sebedůvěru a posilují nezdravý zájem o svůj vzhled. Oltmanns a Emery (2004) například uvádí dramatické zvýšení incidence poruch příjmu potravy v době, kdy se ideál ženské krásy posunul směrem k velké hubenosti. Zároveň zmiňují větší podíl poruch příjmu potravy v industrializované společnosti oproti neindustrializovaným zemím, kde je preferován obléjší tvar těla. Nejdůležitější ovšem

není, co média prezentují, ale jak dívky internalizují a ztotožní se s kulturním ideálem krásy.

Vliv může mít i **sociální status**, přičemž anorexií jsou ohroženy primárně dívky ze středních či vyšších sociálních vrstev, aspoň takto to bylo dříve uváděno. Taktéž se uvádí vliv **držení diet** indikovaných lékařsky, například u diabetes mellitus, potravinových alergií apod. (Krch, 2005).

Existují také **rizikové profese** pro vznik mentální anorexie. Patří sem zejména modeling, balet (či obecně tanec) a gymnastika. Jedná se o prostředí, kde je štíhlost a zaměření na vzhled důležitou součástí profesní identity, přičemž je to ještě navíc provázáno zvýšenou mírou pohybu (Papežová, 2010; Krch, 2005).

Jistý vliv těchto sociokulturních faktorů je patrný, ovšem nelze vše svalovat na společnost či média. Pro rozvoj anorexie musí být vedle těchto faktorů přítomny ještě další. Pokud však dívky mají zvnitřněný obraz ideálu štíhlosti kvůli tlaku médií, jsou pak zranitelnější vůči jiným vlivům (Oltmanns, & Emery, 2004).

1.4.2 Individuální faktory

Mezi individuální faktory řadíme biologické a osobnostní faktory. **Pohlaví** je silným rizikovým faktorem, neboť u žen je v porovnání s muži prevalence mentální anorexie zhruba 10 x vyšší. Existují i výzkumy o odlišném sexuálním zaměření mužů anorektiků, které skutečně může hrát roli, ovšem spolehlivý výzkum, který by toto prokázal, zatím nebyl proveden (Papežová, 2010). Jedna z etiologických teorií anorexie říká, že tyto dívky nechtějí přijmout roli ženy, brání se dospět. Pohlavní specifickosti anorexie pravděpodobně úzce souvisí s fyzickými projevy dospívání u dívek. Ty totiž oproti mužům rychle nabírají váhu a tuk a výrazně se jim mění proporce těla. To může být pro dívku těžké přijmout. Více ohrožené vznikem anorexie jsou tak dívky, které vyspívají velmi brzy až předčasně, v době, kdy ještě nejsou na změny připraveny (Krch, 2005). Také Beattie (1988) charakterizuje mentální anorexii jako rodově specifické psychické onemocnění. Odůvodňuje to například tím, že sebeúcta a sociální akceptace žen je v naší kultuře postavena na fyzickém vzhledu. Na rozdíl od mužů, jejichž sebeúcta a sociální akceptace je postavena na aktivitě a kompetencích. Poněšický (2004) navíc zmiňuje pohlavně dané predispozice ke vzniku některých psychických onemocnění v souvislosti s typickými problémy odrážejícími pohlavně specifickou úzkost.

Etnický původ se považuje také za rizikový faktor vzniku anorexie. Některé výzkumy uvádějí častější onemocnění u žen bílé pleti kavkazského typu. Afroameričanky jsou podle studií spokojenější se svým vzhledem. Ovšem výzkumy posledních let ukazují, že se tyto rozdíly hodně srovnávají. Je možné, že se jedná spíše o vliv ideálu štíhlosti prosazovaného v euroamerické společnosti, výzkumy mimo tyto euroamerické země totiž uvádí nižší incidenci (Papežová, 2010). Podle některých autorů může být anorexie do jisté míry spuštěna také zážitkem odloučení, například odchodem z domova, zvláště předčasným a záměrným. Byl také zjištěn vztah s akulturací, tedy zvykáním si na život v jiné zemi a kultuře. Podle výzkumů ženy, které žijí v zahraničí, mají větší riziko vzniku některé formy poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010). Například Oltmanns a Emery (2004) zmiňují, že u arabských či asijských žen, které žijí či studují v západních zemích je anorexie obvyklejší než u těch, které jsou ve svém domácím prostředí.

Perfekcionismus je hlavní osobnostní charakteristikou, o které se uvažuje v souvislosti s mentální anorexií (Papežová, 2010; Kocourková, 1997). Perfekcionismus se projevuje v nerealisticky vysokých standardech, sebekritičnosti, v oblasti jídla, ale i v obecných požadavcích na sebe. Anorektičky také kontrolují projevy svých emocí, je možné se domnívat, že je to může vést až k nerozpoznávání, zda jsou šťastné či smutné nebo mají hlad, že vlastně neví, jak se cítí (Oltmanns, & Emery, 2004). Papežová (2010) dodává, že pokud se spolu s perfekcionismem objevuje také nízké sebevědomí a nespokojenost se sebou, riziko vzniku anorexie se tím ještě zvyšuje. Jako další osobnostní charakteristiky se uvádí také **rysy obsedantně kompulzivní** osobnosti, ve smyslu stálého soustředění na jídlo, hubnutí, hladovky a cvičení, a také vyšší skóre **závislosti** v Eysenckově dotazníku. Kocourková (1997) mezi osobnostní charakteristiky anorexie zařazuje také **přizpůsobivost** (stejně i Poněšický, 2004) a **zodpovědnost**. Dívky si nemoc obvykle nechtějí připustit, nemají náhled, kvůli tomu lžou a podvádí, na denním pořádku jsou konflikty s rodiči, především kvůli jídlu. Poněšický (2004) také charakterizuje dívky nemocné anorexií jako vzorné studentky, **vyhovující** lidem okolo, snažící se splnit jejich očekávání. Podle něj může být anorexie jistou formou úniku do světa, který má dívka jen pro sebe a v kterém si může dělat, co chce. Oltmanns a Emery (2004) zdůrazňují navíc **boj o kontrolu**, který zkoumala už Hilde Bruch. Hubnutí je pro dívku způsobem, jak získat kontrolu nad tím, co jí, a tak kontrolovat alespoň tuto malou část svého života. Pokud jsou úspěšné, tedy dostatečně hubnou, jsou na svou sebekontrolu patřičně hrdé.

Mezi psychologické faktory řadí Oltmanns a Emery (2004) navíc nespokojenost s vlastním tělem, problémy v sexualitě, strach ze samostatnosti, nízkou sebeúctu a dysforii či **depresi**. Tyto faktory se mohou podílet na propuknutí nebo udržování anorexie. U deprese se většinou jedná až o sekundární problém, jelikož ženy s poruchami příjmu potravy jsou zaujaté svým sociálním self, tím, jak je druzí hodnotí a co si o nich myslí. Je pro ně důležitá vlastní sebe prezentace, soustředí se na svůj vzhled a často se bojí být samy sebou. **Dysforie** nebo negativní stavy nálady běžně spouští epizody přejídání a zvracení přítomné u purgativní formy anorexie. Negativní nálady vznikají kvůli sociální kritice, konfliktům, nespokojenosti s jezením či dietami nebo přetrvávající depresi. Dívky obecně mívají **negativní sebeobraz**, vysoce kriticky hodnotí svou váhu a postavu. To může být problematické v kombinaci s dalšími rizikovými faktory, jako jsou perfekcionismus a nízká sebeúcta. Vliv na rozvoj mentální anorexie mohou mít také dietní omezení, tedy přímé důsledky omezení jídla, nevhodného úsilí kontrolovat váhu a nevhodného dodržování diet. Držení diet může přímo způsobit symptomy anorexie, které jsou zesilovány strachem, že ztratí kontrolu, proto raději nechtějí jíst vůbec (Oltmanns, & Emery, 2004).

1.4.3 Rodinné faktory

Rodina je prostředím, které dítě výrazně ovlivňuje v jeho postojích a hodnotách. Odehrává se v ní spousta procesů, které mohou mít podíl v etiologii anorexie. Rodiče například mohou děti ovlivnit svým příkladem a tím, co u nich podporují a co nikoliv.

Oltmanns a Emery (2004) uvádí **problémové rodinné vztahy** jako faktor zvyšující vulnerabilitu vůči anorexii. Rodiny anorektiček jsou popisovány často jako kohezivní a nekonfliktní, na první pohled dobře fungující. Ve skutečnosti jsou však příliš uzavřené s propletenými vztahy, tedy velkou angažovaností v životech svých členů. Bývají také posedlé v kontrolování jídla, není však jasné, zda je to příčinou či důsledkem. Minuchin (1978, in Říčan, & Krejčířová, 1997) tvrdil, že rodiny pacientů s poruchami příjmu potravy se podobají těm s psychosomatickým onemocněním. Popisuje je jako „*rodiny s poruchami hranic v subsystémech, nadměrně ochraňující, rigidní*“ (185), nevyjadřující emoce a potlačující konflikty. Separační procesy jsou považovány za ohrožující, zejména u rodin s výskytem restriktivní anorexie, při které rodiče extrémně a rigidně kontrolují jídlo. Navíc je v rodinách zvýšená sebekontrola, odpovědnost vůči druhým, vzorné chování, přítomné je snížené vyjadřování emocí a naopak zvýšené sebeovládání. Tyto charakteristiky do

značné míry kopírují osobnostní charakteristiky anorektiček uvedené výše. Papežová (2010) popisuje také dlouhodobé rodinné problémy před vznikem mentální anorexie, pacientky uvádí zážitky tlaku, naléhání na výkon, ženskost, dále také dlouhodobé problémy ve vztazích mezi rodiči, se sourozencem nebo chronickou nemoc v rodině.

Jedním z často probíraných rizikových faktorů jsou nepříznivé životní události, především pak opakované **traumatizující události**. Ty se ovšem vyskytují i v etiologii jiných psychiatrických diagnóz. Anorektičky častěji uvádí opakovaná vystavení traumatickým zkušenostem, zvláště časté bývají zážitky vyvolávající stud v oblasti sexuality. Sexuální zneužívání se považuje za rizikový faktor především pro mentální bulimii a purgativní typ mentální anorexie. Sexuální zneužívání totiž vyvolává pocity studu či depresivní symptomatiku. Poruchy příjmu potravy jsou snahou otupit tyto pocity a pomoci změnit tělo, ke kterému mívají dívky negativní vztah (Papežová, 2010). Anorexie, která vznikla u osob, jež byly dříve zneužívány, souvisí s narušeným vztahem k sobě jako ženě. Odmítání ženského těla, sexuality, potažmo i odmítání jídla je důsledkem této narušené sebeúcty. Svůj vliv mohla mít (zejména dříve) restriktivní sexuální výchova, a to zvláště u dívek. Ta je zdrojem potlačované a nepřijímané sexuality a tělesnosti (Poněšický, 2004). Pro všechny prožité traumatické zkušenosti není důležitý pouhý zážitek, ale především způsob vyrovnání se s ním (Papežová, 2010).

Mezi hlavní rodinné faktory ovlivňující vznik anorexie patří **separačně-individuační problémy**. Kocourková (1997, 19) to popisuje následovně: „*jídelní patologie se začíná projevovat v rodinném kontextu, v období s typickými vývojovými problémy rodiny i dospívajícího dítěte. Zdůrazňuje se, že separačně-individuační procesy v období adolescence probíhají obtížněji u dětí, které byly v předchozích vývojových obdobích hodně přizpůsobivé*“. Z výše uvedených osobnostních charakteristik anorektiček vyplývá, že právě přizpůsobivost je pro ně typická, a lze proto přepokládat obtíže v separaci. Ta bývá obecně intenzivnější a konfliktnější u dívek, které se musí od matky oddělit a zároveň se ztotožnit s tím, co jejich matka jako žena reprezentuje, což je samo o sobě ambivalentní (Beattie, 1988). Typické je už samo období vzniku nemoci – adolescence. Právě tehdy jsou separace a individuace důležitými vývojovými úkoly (Poněšický, 2004). Vzhledem k zaměření práce považují právě separační procesy a rodinné souvislosti mentální anorexie za důležité, proto se jim podrobněji věnuji v kapitolách 2.3 a 2.4.

1.5 Zdravotní komplikace mentální anorexie

I když je mentální anorexie psychickým onemocněním, jsou s ní spojeny četné zdravotní komplikace, a to zejména v důsledku výrazného snižování váhy, ale i dalších souvisejících jevů. Těmi nejpodstatnějšími jsou amenorea, metabolické poruchy a endokrinní a humorální změny. Všechny tyto somatické komplikace umocňují závažnost poruchy a také značně ztěžují proces léčby.

Zástava menstruace, tzv. **amenorea**, je jedním z diagnostických kritérií pro mentální anorexii. Popisují ji jako: „*vynechání menstruačního krvácení u ženy v období pohlavní zralosti a plodnosti (mimo těhotenství)*“ (Vokurka, Hugo et al., 2005, 33) a znamená absenci nejméně tří po sobě jdoucích menstruačních cyklů. Amenorea je spíše reakcí na fyziologické změny než symptomem. Je způsobena hypotalamickými změnami, konkrétně nízkou koncentrací estrogenu (Oltmanns, & Emery, 2004). Krch (2005) ovšem uvádí, že nepravidelnosti menstruačního cyklu, příp. i amenorea mohou v některých případech nejen následovat, ale i předcházet vzniku anorexie. Většinou se však jedná spíše o důsledek diet a podvýživy v souvislosti s emočním stresem, které následně ovlivní endokrinní systém. Kocourková (1997) zase považuje podvýživu pouze za posilující faktor amenorey, ale ne za její primární příčinu.

Metabolické poruchy jsou převážně důsledkem hladovění a podvýživy, případně vyvolaného zvracení a užívání laxativ a diuretik. Zejména je zpomalen bazální metabolismus. Narušen je metabolismus glukózy, takže se vyskytují hodnoty jako při diabetu. Dochází k nedostatečnému vstřebávání a naopak zvýšenému výdeji kalcia, což způsobuje komplikace v tvorbě kostí. V krvi bývá zvýšená hladina cholesterolu (Krch, 2005). Častá je také dehydratace, která přispívá k hypotenzi a snížené tělesné teplotě. Zvracení či laxativa a diuretika způsobují hypokalémii, což je snížení koncentrace draslíku. Ta se v menší míře projevuje jako svalová slabost a únavnost, avšak ve větším měřítku, při kaliové depleci, může vyvolat až zástavu srdce a způsobit smrt (Kocourková, 1997).

Endokrinní a humorální změny souvisí hlavně s hypotalamem a projevují se změnami sekrece některých hormonů, například zvýšením kortizolu, snížením růstového hormonu nebo narušením regulace dopaminu, serotoninu a noradrenalinu. Poruchy hypotalamu ovlivňují psychiatrické i somatické faktory mentální anorexie. V hypotalamu jsou dvě centra, která řídí příjem potravy. Tato centra zpracovávají vůně, glykémie a hladiny hormonů (např. inzulínu), vše vyhodnocují a regulují tak příjem potravy prostřednictvím

pocitů hladu a sytosti. Není zcela jasné, zda se v případě změn hormonů jedná o primární příčinu vzniku mentální anorexie, či až důsledek této nemoci (Kocourková, 1997). Hypotalamus se však podílí také na amenorei. Snížením hladin LH a FSH, tedy pohlavních hormonů, se sníží i výdej estrogenů z vaječníků. Toto je pravděpodobně až důsledkem psychických změn. U mužů anorektiků je snížen také testosteron. Dochází ke zvýšení hladiny hormonu kortizolu a odchylky jsou také v hladině vazopresinu, které se jen těžko upravují zpět do normy (Krch, 2005). Funkce štítné žlázy bývá z důvodu nízkého nutričního příjmu utlumená, zejména je sníženo množství hormonu tyroxinu (T3). Změny však jsou reverzibilní, tedy po nápravě podvýživy se stav hormonů štítné žlázy opět vrátí do normálu (Kocourková, 1997).

Přidružené zdravotní komplikace u mentální anorexie jsou také gastrointestinálního původu, zejména zácpa a bolest břicha. Kvůli nízké váze a problémům s termoregulací je obvyklá zimomřivost a letargie. Také pokožka bývá suchá a popraskaná a někdy se vyskytuje **lanugo**, což jsou jemné chloupky na tváři, nebo trupu těla. Může se objevit i anémie (chudokrevnost), infertilita (neplodnost), poškozená funkce ledvin, kardiovaskulární obtíže, zubní obtíže, osteopenie, tedy: „*prořídnutí kostní tkáně*“ (Vokurka, Hugo et al., 2005, 605). Velmi nebezpečná je elektrolytická nerovnováha, porucha hladiny draslíku, sodíku, vápníku a dalších látek, které mohou vést k zástavě srdce nebo selhání ledvin. Komplikace doprovázející mentální anorexii mohou vyústit až ve velmi závažné zdravotní problémy, vedoucí i ke smrti (Oltmanns, & Emery, 2004).

1.6 Léčba a terapie mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je poměrně náročný proces, neboť jí anorektičky obvykle nejsou přístupné a nemají na svou nemoc náhled. Často nastupují léčbu pouze na naléhání rodiny, ne z vlastní vůle. Pro úspěšnou terapii je ovšem zapotřebí navázat kvalitní terapeutický vztah a motivovat pacientku ke spolupráci.

Zpočátku je často nezbytná hospitalizace a realimentace či alespoň nutriční terapie. Nejprve je totiž důležité předejít případné hrozbě smrti v důsledku nízké váhy a odstranit i všechny následky podvýživy, tedy navodit zpět normální váhu, aby se upravily tělesné funkce a obnovil se vývoj u dětí a dospívajících. Postupně se usiluje také o nezbytnou změnu postoje k jídlu, zařazuje se tedy nějaká forma psychoterapie. Důležitá je taktéž práce s rodinou a případnými přidruženými psychopatologickými projevy, jako jsou

například poruchy nálad. Svě důležité místo v terapii má také edukace o vhodné výživě, která je snahou předejít relapsu (Papežová, 2010).

Pro léčbu mentální anorexie jsou tedy důležitými hospitalizace, realimentace, později psychoterapie a také doplňková farmakoterapie. Postupně se budu všem těmto oblastem věnovat.

1.6.1 Hospitalizace

Hospitalizace bývá obvykle indikována na základě stanovených kritérií hmotnostního úbytku a jeho rychlosti, výrazných patologií v oblasti stravování a přidružených somatických obtíží doprovázejících malnutrici. K rozhodnutí o hospitalizaci mohou přispět také vážné problémy v rodině nebo ve vztazích (Kocourková, 1997).

Krch (2005) uvádí čtyři podmínky pro rozhodnutí o hospitalizaci:

1. Nezbytnost návratu k normální hmotnosti či alespoň zastavení hubnutí.
2. Zastavení přejídání, zvracení či užívání projímadel způsobující zdravotní problémy.
3. Jiné vážné zdravotní komplikace.
4. Potřeba léčby přidružených stavů (deprese, sebepoškozování, zneužívání psychoaktivních látek).

Hlediska pro hospitalizaci se mohou drobně odlišovat a vždy je potřeba hodnotit případy individuálně. Papežová (2010, 298) však uvádí, že: „*Pacientky s výraznou podvážou a fyziologickou nestabilitou, děti a adolescenti většinou vyžadují hospitalizaci.*“ Lze nařídít i nedobrovolnou hospitalizaci, ale je důležité brát v úvahu, že to může pacienta úplně demotivovat a odradit od jakékoli další léčby. Zároveň je třeba mít na paměti, že nemocní nemají náhled a neuvědomují si závažnost svého stavu. Navíc u nich probíhají kognitivní změny v důsledku malnutrice, kvůli kterým často ani nejsou zcela způsobilí se zodpovědně rozhodovat. Pokud ovšem dáme přednost ambulantní péči před hospitalizací, musíme proto mít důvod, kterým je v nejlepším případě dobrá motivace k léčbě. Hospitalizace se obvykle provádí na psychiatrických odděleních nemocnic nebo v psychiatrických léčebnách. Pobyty bývají obvykle dlouhé 3 – 4 měsíce, často opakované. Někdy jsou indikovány i pobyty v délce 6 – 12 měsíců (Papežová, 2010).

Pouhá hospitalizace pro uzdravení ovšem nikdy nestačí. Celý problém mentální anorexie je natolik složitý, že je potřeba dát terapeuticky do pořádku nejen tělo, ale i psychiku, vztahy apod. (Říčan, & Krejčířová, 1997).

1.6.2 Realimentace

V rámci hospitalizace se zpočátku nezaměřujeme na příčinu vzniku poruchy. Pacientky často totiž přichází už ve stavu kachexie. Kachexie je popisovaná jako „*silná celková sešlost, chátrání a hubnutí, spojené s výraznou slabostí*“ (Vokurka, Hugo et al., 2005, 401). V tomto stavu už regreduje jejich psychika a je potřeba se soustředit právě na realimentaci, kterou se obnoví správné tělesné fungování. Až posléze se pracuje s psychikou (Kocourková, 1997).

Realimentace je podstatnou částí léčby mentální anorexie, zejména u stavů velké podvýživy či kachexie. Před začátkem realimentace je potřeba znát aktuální stav metabolismu a hydratace pacientky. Samotná realimentace musí probíhat postupně. Kocourková (1997, 121) uvádí, že: „*V prvních dnech by kalorická hodnota stravy měla převyšovat pouze asi o 50 % odhadnutou energetickou hodnotu příjmu potravy před realimentací.*“ Pacientkám je podávána strava snadno stravitelná, v malých dávkách s menšími časovými rozestupy mezi jednotlivými jídly. „*Postupně se celková dávka zvyšuje během 1 – 2 týdnů až na doporučených 3000 – 3500 kcal.*“ (Kocourková, 1997, 121). Doporučuje se také pozvolná aktivita svalů, aby se mohla svalová hmota znovu obnovit a neukládal se jen tuk. Je doporučováno podávat stravu šestkrát za den. Strava obvykle obsahuje velké množství vitaminů a bílkovin. Z diagnózy samotné vyplývá, že se pacientky příjmu potravy brání, proto je nutný dohled. V průběhu realimentace si mohou nemocní stěžovat na různé zdravotní potíže spojené s gastrointestinálním systémem, jako bolesti břicha. Ty mohou mít reálný podklad (reakce na potravu po hladovce), ale také bývají psychosomatického původu. Pokud je léčba úspěšná, měla by hmotnost stoupat o 0,5 – 1 kilogram za týden (Kocourková, 1997).

Pokud nelze stravu přijímat klasicky ústy, je možnost zvolit enterální nebo parenterální výživu. Enterální výživa znamená podávání živin v roztoku do trávicího traktu, popíjením či zavedenou sondou, nejčastěji nazogastrickou, která se zavádí z nosu do žaludku. Rizikem je možnost zvracení či průjmů. Parenterální výživa je umělá výživa podávaná přímo do krve indikovaná při metabolickém rozvratu. Ta umožní dodat přesně dané

množství živin, minerální látek, vitamínů a stopových prvků, je ovšem velmi nákladná a také může způsobit komplikace ohledně zavádění jehel apod. (Papežová, 2010).

1.6.3 Psychoterapie

Když je postaráno o tělo a nehrozí smrt z podvýživy, je možné začít terapeuticky léčit psychické příznaky, ale především spouštěče mentální anorexie. Samotné zvýšení váhy totiž neléčí anorexii jako takovou. Pro to je potřeba dosáhnout změny postojů k jídlu. Děje se tak zejména prostřednictvím psychoterapie, dále také režimovými opatřeními. Kocourková (1997) uvádí využití léčby prostředím, relaxační či rekreační aktivity. Mentální anorexie je problém somatický, ale také psychický, emoční a vztahový. V léčbě je tedy potřeba věnovat se všem těmto oblastem a zahrnout je do léčebného plánu (Kocourková, 1997).

V rámci psychoterapie se obvykle stanovuje terapeutický plán přímo na míru konkrétní pacientce. Své využití zde nachází jak individuální, tak také skupinová či rodinná terapie. Dle Kocourkové (1997) jsou nejhojněji užívanými přístupy KBT, psychoanalýza, rodinná a skupinová terapie. Podle Papežové (2010) by měl výběr psychoterapie probíhat na základě motivace pacientky a toho, jak je schopna pracovat.

Kognitivně behaviorální terapie má své místo především při hospitalizaci, kdy pomáhá se zvyšováním tělesné hmotnosti. Využívá se při ní např. operantního podmiňování a desenzitizace. Pokud se však terapie soustředí pouze na přibývání na váze a neřeší samotnou příčinu nemoci, jakékoli zlepšení není dlouhodobé. Kognitivní terapie se tedy zaměřuje na změnu patologických myšlenkových postojů. U pacientek s anorexií se objevuje černobílé vidění světa, které je aplikováno na všechny oblasti života, tzn. na jídlo, ale také na úspěch, sebekontrolu apod. Vše je buď zcela dobré, nebo zcela špatné. Terapie se snaží tento myšlenkový styl změnit a zvýšit tím i sebeocení nemocných (Kocourková, 1997). Základem tohoto typu terapie je práce s přesvědčením anorektiček, že vzhled a hmotnost určují jejich hodnotu (Krch, 2005). Podle mého názoru je tento typ terapie vhodný pro vážnější případy mentální anorexie jako doplněk hospitalizace či medikace. Jeho plus vidím zejména ve vypěstování si zdravějších návyků či náhledů na nemoc. Jako obtížné vidím navázání spolupráce s pacientkou, která nemá na své myšlení ani svou nemoc náhled.

Psychodynamická terapie se zaměřuje na hlubší změny osobnosti, ne pouze na odstranění symptomů. Pracuje s prožíváním, zkušenostmi, myšlením a také chováním, které souvisí s nevědomím. Děje se tak prostřednictvím přenosu pocitů a přání na terapeuta. Podle původní pudové teorie je mentální anorexie spojená s tzv. orálním otěhotněním. Dochází k sexualizaci příjmu potravy, která se spojuje s incestním objektem (u dívek otec). Pozdější psychoanalytické názory se zaměřují na raný vztah s matkou jako stavební kámen mentální anorexie. Tato teorie vychází z problémů se separací jako příčiny vzniku MA, tyto problémy mohou mít mnoho podob: *„úzkosti spojené se strachem z opuštění, ale i podobu separační viny, spojenou se strachem, že separující se osoba poškodí toho, od koho se vzdaluje, primárně matku“* (Kocourková, 1997, 109). V terapii je podstatné, aby nemocná našla ideální emoční vzdálenost k matce, což jí přeneseně pomůže i v ostatních vztazích. V posledním pojetí psychoanalýzy je mentální anorexie pokládána za patologii v oblasti sebepojetí, sebeorganizace a nedostatku seberegulace, což vede k obtížím v separaci. *„V terapii je důležité propracování regresivních fantazií a přání (být malá), narcistických přání (být dokonalá) a hostilních a autodestruktivních přání (ublížit sobě znamená ublížit ostatním)“* (Kocourková, 1997, 109). Tento typ terapie bude nejspíše vyhovovat zejména pacientkám, které samy pociťují nějaké problémy ve vlastním životě, vztahu s matkou či v sebepojetí, které je mohou vést k rozvoji anorektických symptomů. Na místě je tato terapie určitě také při několikaletém léčení bez výrazných změn. K psychoanalýze je ovšem potřeba mít motivaci, neboť se jedná o léčbu značně dlouhodobou a také finančně náročnou. Myslím, že by se tato cesta měla volit až po vyzkoušení jiných, kratších způsobů terapie.

Hojně užívanou je také **rodinná terapie**, a to proto, že rodina má velký vliv na průběh a výsledky léčby. V rámci terapie se věnuje pozornost především rodině jako celku a vztahům v rámci rodiny. Zaměřuje se na zvládnutí separačně-individuačních procesů, dále na komunikační vzorce, zejména ty související s tematikou mentální anorexie, na vztahové problémy, hranice a současné transakční vzorce rodiny. Význam rodinné terapie je zdůrazňován zejména u mladších dětí a adolescentů, ale také u všech dalších, kteří dosud žijí v prostředí své primární rodiny a zázemí vztahů s jejími členy, které může významně ovlivňovat stagnaci či posun v nemoci. Vhodný je tento přístup také u déletrvajících případů (Kocourková, 1997). Dle Minuchina (1978, in Krch, 2005, 179) *„existuje specifický rodinný kontext, v němž vznikají poruchy příjmu potravy. Kolem symptomatického chování se rozvíjí specifický rodinný proces, charakterizovaný rigiditou,*

nerespektováním osobních hranic, vměšováním“. V rámci terapie se pracuje na změně fungování rodiny a dysfunkčních vztahů. Toto však nelze zevšeobecňovat. Mezi rodiny s členem s anorexií nebyla nalezena až taková podobnost, aby se dala jistě připisovat příčina vzniku onemocnění rodině. I kdyby však rodina nebyla spouštěčem nemoci, rozhodně člena trpícího touto poruchou ovlivňuje. V důsledku nemoci se také mění rodinné uspořádání, anorexie se v rodině často stává hlavním principem, podle kterého se organizuje její život. Rodiny stagnují, nevyvíjí se, zaobírají se nemocí, obtížněji pak řeší i jiné problémy, vše se točí pouze kolem anorexie. Pro práci s rodinou je důležité nebrat ji jako zdroj problému, nýbrž naopak jako zdroj pomoci. Nezaobírat se tím, co byla příčina, co následek, ale snažit se o změnu k lepšímu, ukázat možnosti, jak začít znovu dobře fungovat. Nejdůležitější je totiž pořád vyléčení nemoci, ne změna rodiny (Krch, 2005). Rodinná terapie se obecně podle výzkumů jeví jako nejúčinnější zvláště při práci s adolescenty. Papežová (2010) se také zmiňuje o tzv. vícerodinné terapii, která spočívá ve skupinové terapii „složené z několika rodin, v nichž jeden nebo více členů trpí poruchami příjmu potravy“ (294). Přístup rodinné terapie se mi jeví jako velmi vhodný pro léčbu anorexie a z popsanych klinických zkušeností také jako úspěšný, a to zejména u mladších pacientek, u kterých je předpoklad separačně-individuační stagnace či vlivu rodiny na rozvoj a zejména udržování nemoci. Využití tedy vidím především u pacientek, které ještě žijí v původní rodině, ale také u všech, u kterých zjistíme nějaké výrazné rodinné konflikty či problémy, jejichž vyřešení by mohlo napomoci vyléčení.

1.6.4 Farmakoterapie

U diagnózy mentální anorexie se v první řadě do terapie zařazuje psychoterapie a psychoedukace s nutričním poradenstvím či režimová opatření. Farmakoterapie je pouze doplňkovou léčbou zaměřenou především na zmírnění některých přidružených symptomů. Pokud se léky podávají, je potřebné vzhledem k nízké váze měřit koncentraci účinných látek v krvi. U dětí a adolescentů je třeba zvláštní opatrnosti při nasazení psychofarmak (Papežová, 2010). Význam farmakoterapie spočívá ve snaze podpořit nárůst hmotnosti a v léčbě přidružených psychických obtíží (např. deprese) a dalších souvisejících somatických onemocnění (Krch, 2005 Kocourková, 1997).

Byl sledován vliv některých antidepresiv, přičemž se zjistilo, že ty vázající serotonin neplní svou funkci. Je to z důvodu nedostatečné výživy, která způsobuje nepřítomnost všech potřebných látek pro účinnost SSRI. Jako účinný se naopak prokázal **fluoxetin** jako

prevence relapsu anorexie. Zkoumána byla také některá atypická antipsychotika s nejasnými výsledky. Jako účinné na zvýšení váhy (avšak pouze s malou změnou, nebo úplně beze změn postojů k jídlu a vlastnímu tělu, což je pro úspěšnou léčbu potřeba) se jeví **olanzapin** a **risperidon** (Papežová, 2010). Vliv olanzapinu byl prokázán studií Bissada, Tasca, Barbera a Bradwejna (2008), podle které k pozitivním výsledkům patří rychlejší zvýšení hmotnosti, dřívější dosažení požadovaného body mass indexu a snížení obsesivních symptomů. Vhodné je v léčbě také uměle dodávat zinek. Jedná se o prvek, který při nedostatku způsobuje typické anorektické symptomy jako snížení hmotnosti, potažmo ztrátu menstruace, změny v chuti k jídlu apod. Nasazení zinku do léčby může způsobit pozitivní změny v podobě nárůstu hmotnosti, ale také třeba snížení úzkostnosti a deprese. Také **tramadol** vedl ke zvýšení hmotnosti, avšak na základě dosavadních poznatků jej zatím ještě nelze doporučit ke standardní léčbě. Ke zmírnění potíží s trávením, které často anorexii doprovází, se může užívat **pankreatin** či **simetikon** (Papežová, 2010).

2 RODINNÉ VZTAHY

Mentální anorexie nejčastěji vzniká v období dospívání. Většina nemocných zatím žije ve svých primárních rodinách, které je ovlivňují v dobrém i špatném. Dopívající je ovlivněn vztahy, které má se svými rodiči či sourozenci, ale také rodinnou atmosférou, předávanými názory či hodnotami a v neposlední řadě i komunikací mezi rodinnými příslušníky. To vše může hrát svou roli při rozvoji mentální anorexie.

2.1 Rodinný systém a vztahy

Dle Sobotkové (2007) je rodina základním kontextem, ve kterém se jedinec vyvíjí a který jej tedy ovlivňuje. Rodina funguje jako základ utváření identity jedince, umožňuje psychosociální rozvoj a zároveň přizpůsobení společnosti. To, jak rodina funguje, zahrnuje vztahové procesy a plnění rodinných funkcí. Podle Minuchina (2013) rodina zastává dvě základní funkce, **socializace** (příprava pro život ve společnosti) a **psychosociální ochrana a podpora** (citové zázemí). Obecně se odborníci shodují na třech základních principech ovlivňujících rodinné fungování. Jsou jimi **soudržnost**, která zahrnuje blízkost a sounáležitost členů, **adaptabilita**, projevující se ve flexibilitě či rigiditě rodiny, a nakonec způsob **komunikace**, který ovlivňuje rodinnou atmosféru a významně se podílí na řešení problémů. Komunikaci v tomto ohledu rozdělujeme na dvě základní: otevřenou a přímou, nebo narušenou a nejasnou. Ludewig (2011) upozorňuje, že v rámci rodiny může v komunikaci figurovat trvalý problémový systém. Ten vzniká v důsledku stabilizace problémové komunikace, její ritualizace a trivializace, které problém udržují. Zvláště obtížné je, pokud je situace zúčastněnými vnímána jako nevyhnutelná, nemohou z ní tedy odejít a vzájemné interakce jsou tak časté, že na ně nemohou ani zapomenout. V takových případech už sama představa změny vyvolává strach, kvůli kterému se jí vyhýbají.

Někteří autoři rozlišují **rodiny funkční** (zdravé) a **dysfunkční**. Dříve bylo toto dáváno do souvislosti s úplností, popř. neúplností, rodiny. V současnosti jsou za podstatnější považovány procesy, které probíhají v rodinném prostředí. Sobotková (2007, 72) uvádí: „*rodinné procesy a vztahy jsou pro funkčnost a odolnost rodiny rozhodující*“. Mezi podstatné činitele ovlivňující rodinu patří subjektivní spokojenost, schopnost řešit problémy, uspokojování potřeb, efektivní komunikace, rodinná hrdost, spokojenost s vyjadřováním citů a postojem k sexualitě, soulad ohledně trávení volného času a dobré vztahy s příbuzenstvem. Obecně to lze shrnout tak, že funkční rodina není rodina, která by

neměla problémy, nýbrž rodina, která umí problémy účinně zvládat. Minuchin (2013) se staví proti rozlišování rodin na normální a abnormální ve výskytu problémů. Na rodinu nahlíží jako na systém fungování vztahů, přičemž struktura rodiny je vytvářena společensko-kulturním systémem. Rodina sama prochází vývojem, který vyžaduje restrukturalizaci a přizpůsobení se novým podmínkám a to proto, aby stále umožňovala psychosociální rozvoj.

Rodinná struktura je utvářena funkčními požadavky organizujícími chování jejích členů. Vytváří se na základě transakčních vzorců a vzájemných očekávání a vykonává své úkoly podle jednotlivých **subsystémů**, kterými je tvořena. Existují subsystémy manželé, rodiče, děti, ženy, muži, subsystémy utvářené podle zájmů a jiné blízkosti. Jedinec náleží k více subsystémům současně, přičemž v rámci každého zastává jinou roli, učí se odlišným dovednostem a náleží mu různý stupeň moci. Hranice subsystému vymezují pravidla. Zřetelnost hranic přispívá k dobrému fungování rodiny. Hranice by měly být jasné, ovšem ne rigidní. Měly by být jasně vymezeny funkce a současně umožněna plynulá komunikace mezi subsystémy. Extrémní podoby hranic nazýváme propletení (přílišná závislost) a rozvolnění (rigidita, oslabení komunikace). Obojí se často vyskytuje u rodin s nějakou patologií (Minuchin, 2013).

Mezi základní psychické potřeby každého člověka a zvláště dítěte patří **potřeba jistoty a bezpečí**. Ta je právě dána zejména citovými vztahy. Děti potřebují lásku rodičů a také rodiče lásku jejich. Pokud jsou vztahy láskyplné, bezpečné, stabilní a hluboké, uspokojují dobře potřeby dítěte a bývají protektivním faktorem proti různým patologiím. Dítě, které se cítí jisté a milované také snáze navazuje vztahy s druhými lidmi a stává se vyspělou osobností. Pokud je výchova v rodině spíše chladná, neprojevuje se láska, zájem, ujištění, že dítě patří k rodičům, hrozí citové ochuzení, nenaplnění potřeb a hluboký pocit nejistoty. V rodinných vztazích má každý svou roli a vůči ostatním také sehrává různé role, je to dáno vzájemnými vztahy. Rodinné dysfunkce pramení z nedorozumění, nedostatku lásky či vzájemného ohledu. Pro vytváření citové vazby k dítěti jsou důležití oba rodiče, kteří mají dávat dítěti jistotu. *„K oběma by se mělo dítě blížit s vědomím, že k nim patří, že je „nedají“, že lze na ně spoléhat a i když se třeba zlobí a hubují, že za tím vším je láskyplný vztah, který je nejmocnější ochranou proti všem nebezpečím světa.“* (Matějček, 1986, 59).

Rodina má také vliv na to, jakým způsobem budou probíhat u dítěte adolescentní změny. Když začne dítě dospívat, proměňují se postupně rodinné vztahy, přičemž cílem je

dosazení nové rovnováhy a rovnocennějšího vztahu mezi dětmi a rodiči. Děti samozřejmě touží po samostatnosti, ale zároveň ještě stále potřebují citové připoutání k rodičům, emoční oporu a určitou míru závislosti na primární rodině. Odpoutávání je proces postupný. Citová vazba k rodičům se nevytrácí, ale určitým způsobem se proměňuje. Pokud byla vazba jistá, pocit bezpečí trvá často i po celý život, i když už dítě s primární rodinou nežije, dokonce i když jeho rodiče zemřou. Zároveň je potřeba proces separace v adolescenci skutečně dokončit. Projeví se stabilizací vztahů a menším množstvím konfliktů. Kdyby byla extrémně nenaplněná touha po emancipaci, může to vyvolat dvojí reakci, buď setrvání v dětských vzorcích, nebo naopak rychlý odchod z domova (Vágnerová, 2012).

2.2 Citová vazba

Jak už bylo řečeno, jednou ze dvou základní funkcí, které má rodina, je psychosociální podpora a ochrana. Ta se naplňuje v citových vztazích. Pro dítě je velmi důležité, aby se mělo na koho spolehnout, aby kolem sebe mělo ty, kteří ho budou mít rádi a kteří ho ochrání před všemi nástrahami světa. To, jaké máme vztahy se svými rodiči a sourozenci ovlivňuje naše budoucí vztahy k přátelům, partnerům i k vlastním dětem. Citovou vazbou je myšlen způsob, jakým se dítě vztahuje ke své matce, od čehož se následně odvíjí způsob obecného vztahování se ke všem lidem.

2.2.1. Raná citová vazba

Raná citová vazba je „*biologicky založený systém vztahové vazby, který zodpovídá za silný emocionální vztah mezi matkou a dítětem*“ (Brisch, 2011, 29). Tento vztah je zprostředkován různými typy chování dítěte vůči vazebné osobě, většinou matce. Matčiny blízkosti může být dosahováno dvěma způsoby: signalizačním chováním, které přivádí matku k dítěti, nebo přibližujícím chováním, které naopak přivádí dítě za matkou. **Signalizační chování** je formou sociální komunikace, kterou se dítě snaží upoutat matčinu pozornost. Může mít mnoho podob, pláč, volání, žvatlání, úsměv apod. Matka umí odlišit několik druhů pláče, například z hladu, z bolesti. **Přibližující chování** naopak přivádí dítě k matce, patří mezi něj hledání, následování, přibližování ale také přidržování se matky a nenutriční sání či uchopování prsní bradavky, které je však u lidí většinou nahrazováno dudlíky či palcem (Bowlby, 2010). Pro navázání citové vazby je podstatná citlivost primární osoby vůči dítěti, vnímání, správné interpretování a přiměřené reagování na jeho potřeby (Brisch, 2011). Hašto (2005) tuto citlivost nazývá **jemnocitná reaktivita**, kromě

přiměřeného reagování na dítě zahrnuje také láskyplnou náklonnost, ochranu a utěšování. Podle Graweho (2007) je tato citlivost ovlivněna vlastními původními vzorci připoutání. Citová vazba má pravděpodobně účel velice praktický. Ujišťuje dítě, že matka dostatečně uspokojí jeho potřeby a ochrání ho. Právě za tímto účelem vyhledává její přítomnost (Bowlby, 2010).

V souvislosti s citovou vazbou se obvykle mluví o primární vazebné osobě, kterou bývá nejčastěji matka. Ta je **hlavní vazebnou postavou**, ke které se dítě obrací i v nepohodě. Většina dětí však má také **vedlejší vazebné postavy**, k těm dítě získává vztah obvykle až postupně a obrací se na ně především, když je mu dobře. Vazebné postavy, hlavní či vedlejší, dítě vybírá v závislosti na složení domácnosti, v níž žije, většinou se jedná o matku, otce, sourozence, či prarodiče. Obvyklou hlavní vazebnou postavou je matka, děti si ji vybírají nejspíš proto, že o ně obvykle nejvíce pečují a také je pro tuto úlohu nejlépe vybavena biologicky, hormonálně. Její roli však může stejně dobře zastat i někdo jiný, kdo se k dítěti chová mateřsky, navazuje s ním komunikaci a citlivě na ně reaguje. Kromě vedlejších vazebných postav existují ještě partneři ke hře, ty dítě vyhledává tehdy, když je spokojené a má v dosahu vazebnou osobu. Vedlejší vazebná postava a partner ke hře může být jedna a tatáž osoba. Zajímavé je, že čím silnější je vazba na hlavní postavu, tím větší je pravděpodobnost vázání i na další postavy a naopak slabá vazba k jedné postavě snižuje pravděpodobnost navázání vztahů k osobám dalším. Jako by ujištění o možnosti mít silný vztah s jednou osobou vedlo k touze mít jej i s dalšími a naopak špatná zkušenost s jednou osobou vede ke zdrženlivosti při navazování dalších vztahů. Pokud není dostupná přirozená osoba, ke které by se dítě mohlo navázat, může být vazebné chování směřováno k náhradnímu neživému objektu (Bowlby, 2010). Vztahové osoby v životě dítěte mají určitou hierarchii. Primární osoba je pro dítě útočištěm zejména v prožitcích velkého strachu a bolesti. Pokud se dítě necítí ohroženo tak moc, stačí mu ke zklidnění i méně blízké vztahové osoby (Brisch, 2011).

2.2.2. Typy citové vazby

Teorii citové vazby teoreticky postuloval John Bowlby, avšak poprvé ji empiricky podložila svými výzkumy až Mary Ainsworthová. Ta zkoumala citovou vazbu v experimentu nazvaném „strange situation“, neznámá situace. Kojenci byli ponecháváni za různých podmínek v místnosti s matkou a bez a byly sledovány jejich reakce po odchodu a při návratu matky zpět. Na základě těchto výzkumů Ainsworthová rozlišila tři

základní vzorce citové vazby, jistou, nejistou ambivalentní a nejistou vyhýbavou. Později byla přidána čtvrtá vazba – nejistá dezorganizovaná (Mikulincer, & Shaver, 2009).

Vzorce citové vazby jsou utvářeny v průběhu dětství. Dítě reaguje na chování vztahové osoby a podle toho, jakou má jeho chování odezvu, se jednotlivé typy reakcí buď upevňují, nebo naopak zeslabují. Primárně je u dětí tendence vytvářet jistou citovou vazbu, pokud se však dítě nedočká odpovídající reakce vztahové osoby, vyvine **sekundární strategie**, aby se vyrovnalo s nejistotami. Sekundární strategie jsou ze zásady dvojí. **Hyperaktivace** je intenzivní protestní reakcí, žádostí o pomoc, péči a lásku. Tato strategie souvisí s úzkostí a na jejím základě se vyvíjí ambivalentní (úzkostná) vazba. **Deaktivace** je opačná reakce, snaha ze situace utéct, vyhnout se interakci a minimalizovat frustraci způsobenou nedostupností či neodpovídající reakcí vztahové osoby. Deaktivace rozvíjí vyhýbavý typ vazby (Mikulincer, & Shaver, 2009). To, jakou strategii kdo zvolí, je ovlivněné životními zkušenostmi, které mají své počátky už právě v raném dětství. Existuje ještě třetí reakce, která je kombinací těchto dvou základních, nazývá se dezorganizovanou a obsahuje hyperaktivační i deaktivaci strategie (Mikulincer, & Shaver, 2010).

Jistá citová vazba se ve výzkumu Ainsworthové projevovala při odchodu matky znepokojením (avšak ne přehnaným) a po návratu radostí, vyhledáváním kontaktu a rychlém utišení (Hašto, 2005). Grave (2007) tuto vazbu popisuje jako: „*vznik nekonfliktního schématu přibližování, které vede k uspokojení potřeby připoutání*“ (194), to je podle něj zdrojem primární důvěry. Jistě připoutaní jedinci si obecně lépe pamatují pozitivní interakce se vztahovou osobou, myslí více na blízkost, bezpečí, podporu, lásku a pomoc. Jistá citová vazba dává naději a optimismus, díky ní je snazší uvěřit, že většina problémů má řešení, dodává pocit důvěry ve druhé, učí, že je možné vyjadřovat otevřeně své potřeby a zranitelnost. Pro tyto lidi je jednodušší navázat blízkých vztah k partnerovi, mluvit o svých touhách a nadějích, žádat od druhých podporu, když ji potřebuje. Cítí se dobře v intimitě a vzájemné závislosti, mají zdravé prosociální chování a snáze vytváří hluboké stabilní a emočně uspokojivé vztahy (Mikulincer, & Shaver, 2010).

Nejistá citová vazba se projevuje abnormálním chováním dítěte při odchodu a návratu matky ve výzkumné situaci. Mary Ainsworthová ji dále rozdělila na dva typy, **nejistě vyhýbavou** (označuje A) a **nejistě ambivalentní** (označení C). Na základě dalších výzkumů Mary Mainová přidala ještě čtvrtý typ, **nejistě dezorganizovanou (dezorientovanou)** vazbu (označení D), která je zvláštní chaotickou kombinací obou

předchozích nejistých typů (Hašto, 2005). Nejistě připoutaní ve všeobecnosti častěji myslí a vzpomínají na negativní zážitky separace, pocitů viny, bolesti, odmítání a ztráty. Tyto zkušenosti vedou ke vzniku silné asociace v mysli mezi aktivací systému citové vazby a obav ze separace a zamítnutí. Ve výsledku jsou pokaždé aktivovány tendence vyhledávat blízkost. Zkušenosti však vedou k obavám, že toto hledání bude neúspěšné, což je zdrojem uchýlení se k hyperaktivaci či deaktivaci jako způsobu řešení. Volba sekundární strategie závisí na subjektivním zhodnocení očekávaných úspěchů či neúspěchů zesíleného úsilí o vyhledávání blízkosti. K vytvoření nejisté vazby může dojít zejména ze dvou důvodů: selháním v dosažení nebo udržení blízkosti ke vztahové osobě, nebo pocitem bezmocnosti, který je způsoben neefektivní regulací stresu a posouzením sebe jako osamělého a zranitelného (Mikulincer, & Shaver, 2010).

Při **nejisté ambivalentní** citové vazbě se vzdálení od vztahové osoby považuje za nebezpečné. Doprovází ji výrazná úzkost a závislost na matce. V klasické výzkumné situaci se tento typ projevuje přehnaným znepokojením z nepřítomnosti matky, strachem z cizích osob a zároveň při návratu ambivalentním kolísáním mezi touhou a odporem ke kontaktu (Hašto, 2005). Vazba je v tomto případě zdrojem konfliktních motivačních schémat. Blízkost vztahové osoby obsahuje zároveň úzkostnou obavu ze ztráty této blízkosti. Když vztahová osoba není blízko, má naopak úzkostný strach ze samoty (Grawe, 2007). Ambivalentně připoutaní mají strach ze samostatného vyrovnání se s obtížemi. K hyperaktivaci u nich dochází na základě nepředvídatelné a nespolehlivé péče. Vztahová osoba může dítě obviňovat za samostatné řešení problémů, označovat jej za hloupé, bezradné, nekompetentní a slabé. Podstatnou roli hrají zážitky separace, zneužívání a jiná traumata. Úzkostná citová vazba se projevuje neustálým sledováním vztahu s partnerem či druhým člověkem. Je zde velká závislost na vztahu, objevují se přehnané požadavky na pozornost a péči, silná touha po splnutí, snaha o minimalizaci vzdálenosti. Neustále se snaží získat pozornost, péči a podporu druhého člověka, může také předstírat problémy a nemoci či zvýrazňovat svou neschopnost vyrovnat se s problémy sám. Mají negativní sebeobraz a pochybnosti o vlastní milovatelnosti. To vše má negativní efekt na spokojenost a stabilitu ve vztazích. Také to může vést k negativnímu posuzování druhých a k destruktivním emocím (Mikulincer, & Shaver, 2010).

Nejistá vyhýbavá vazba se projevuje zamítáním či zlobou na vztahovou osobu. Děti se kontaktu s ní vyhýbají. Na nepřítomnost matky nereagují nijak zvlášť negativně, aspoň co se týče viditelných projevů, po návratu matku ignorují, nebo se jí aktivně vyhýbají, a to

dokonce více než cizí osobě. (Hašto, 2005). Vyhýbání se kontaktu s matkou má projektivní charakter, dítě se nechce vystavit očekávanému zklamání, proto se k matce raději ani nepřibližuje. Potřeba připoutání, citové vazby, vlastně není uspokojena, protože ji dítě potlačuje (Grawe, 2007). Vyhledávání blízkosti je chápáno jako nebezpečné a je tedy oslabeno, případná ohrožení jsou ignorována. V primárním vztahu je přítomna hrozba obvinění za vyhledávání blízkosti vztahové osoby, požadavky na větší spolehnutí se na sebe a oslabené vyjadřování emocí. V dospělosti se projevuje snahou maximalizovat vzdálenost od partnera, vyhýbání se negativním emočním stavům a interakcím, které vyžadují emocionální angažovanost, intimitu, sebeodhalení a blízkost. Objevují se vztahové tenze, konflikty, potlačování myšlenek na ztrátu, separaci, strach a opuštění. Tito lidé považují vztahy za neuspokojivé, což jim dává důvod k jejich ukončení, pokud se stanou přespříliš intimními (Mikulincer, & Shaver, 2010).

Dezorganizovaná (dezorientovaná) citová vazba se vyznačuje ambivalencí, chaosem, zmateností a inkoherencí. Děti v přítomnosti vztahové osoby ustrnou, popisován je výraz jako při transu, při odloučení se dívají na dveře a křičí, při návratu se utiší a odvrátí, při kontaktu s neznámým člověkem se vzdálí od vztahové osoby a někdy se opřou hlavou o stěnu. Na rozdíl od vyhýbavého typu děti prožívaly úzkost a na rozdíl od ambivalentního se nedokázali ve své úzkosti obrátit na matku (Hašto, 2005). Tento typ vazby obsahuje hluboké neuspokojení potřeby připoutání, tedy buď vztah chyběl, nebo byl zneužívající. Je méně častý a má závažné důsledky pro intrapsychickou regulaci (Grawe, 2007). Lidé s tímto typem vazby mají uvědomělý strach z negativních důsledků, které by přinesla blízkost s druhými. Mají také chabé psychické zdraví, více poruch osobnosti, bývají kognitivně uzavřeni a rigidní a mívají negativní reprezentace romantických vztahů. Mohou pocházet z rodin, kde se vyskytuje zneužívání, zanedbávání či abúzus návykových látek. Udává se jako nejméně jistá a nejproblémovější vazba (Mikulincer, & Shaver, 2010). Tento typ vazby bývá nazýván také bázlivě-vyhýbavý, neboť je nositelem úzkosti i vyhýbavosti, a nese v sobě potenciál pro rozsáhlejší psychickou dezorganizaci při konfrontaci s náročnou životní situací (Lečbych, & Pospíšilíková, 2012). Bylo zjištěno, že rodiče dětí s tímto typem vazby mají často ve svém životě nezpracované trauma. Při flashbacku se potom stahují z komunikace nebo se dostávají do disociačních stavů. Matky těchto dětí byly častěji depresivní, agresivní nebo měly dokonce z dítěte strach (Hašto, 2005).

2.2.3 Citová vazba v dospělosti

V dětství rozvinutý styl citové vazby mezi dítětem a matkou obvykle pokračuje i v dalších letech a ovlivňuje vztahy k dalším osobám. Nese v sobě sklon jednat určitým způsobem a obvykle stabilizuje jak příznivé, tak i nepříznivé vzorce chování vyplývající ze stylu citové vazby. Na tomto základě člověk může očekávat, jak se druzí zachovají, a potažmo plánuje také svoje chování (Hašto, 2005). Ze zkušeností s primární vztahovou osobou se utváří **vnitřní pracovní modely** předvídatelnosti vztahů s jinými osobami. Z těchto modelů se postupem času stávají mentální reprezentace citové vazby, které přetrvávají po celý život. Primární citová vazba může být v tomto kontextu chápána jako základní emocionální pouto, na kterém jedinec staví všechny svoje vztahy. Vzorec citové vazby je ovšem v průběhu dospělosti dále rozvíjen. I když to není časté, i nejistá vazba se může transformovat v jistou (Brisch, 2011).

Citová vazba se v období dospívání postupně proměňuje a převážně se pohybuje mezi dvěma extrémy, přerušeni styku s rodiči nebo naopak silné připoutání. „*U většiny lidí pouto k rodičům přetrvává do dospělosti a nejrůznějším způsobem ovlivňuje jejich chování.*“ (Bowlby, 2010, 184). Dceřina vazba k matce bývá obvykle silnější než synova. V pozdějším věku se vazba ke starším zaměřuje za vazbu k mladším, tedy především k vlastním dětem. V období dospívání a v dospělosti je vazebné chování zaměřeno také mimo rodinu, k jednotlivým osobám, ale i ke skupinám a institucím. Ve vazebném chování v dětství a v dospělosti je zjevná souvislost (Bowlby, 2010).

Typ citové vazby se projevuje v průběhu života v myšlení a chování. Citová vazba je navázána obvykle s partnerem. Jeho blízkost je vyhledávána zvláště ve stresových situacích. Partner poskytuje podporu, ochranu a bezpečí (Mikulincer, & Shaver, 2009). U dospělých probíhá aktivace systému citové vazby v ohrožujících situacích. Člověk touží po bezpečí (to je pocíťováno individuálně) a na základě této touhy vyhledává vazebnou osobu. Pokud je tato osoba dostupná, dostavuje se nejen pocit bezpečí, ale prohlubuje se také důvěra v ostatní. Chronická citová vazba ovlivňuje formy fungování citových vazeb obecně. Vazebné chování může být ovlivněno i situačně, někdy člověk reaguje jinak, než je obvyklé. Aktivace stylu citové vazby závisí na subjektivním zhodnocení ohrožení, resp. kritický spouštěč aktivace stylu citové vazby je osobní vnímání vnitřních a vnějších událostí jako ohrožujících. Aktivace systému tedy může proběhnout i na základně vnitřních zdrojů ohrožení jako jsou starosti projevující se v myšlenkách, představách, fantaziích

a snech. Oproti dětství však v dospělosti aktivace systému citové vazby nevede nutně k vyhledávání fyzické blízkosti. Člověk se totiž učí získat pocit bezpečí nebo jistoty i z **mentálních reprezentací citové vazby**. Není už tedy zapotřebí přímo fyzické blízkosti. Aktivace těchto mentálních reprezentací přináší ochranu a vytváří pocit bezpečí, který člověku pomáhá jednat nezávisle na ohrožení. Vše přitom probíhá v intrapsychické rovině. Tento pocit bezpečí může být získán také z imaginací nějakého vztahu, lásky či interakce. Může se jednat o smyšlený vztah například s mediálními hrdiny. Důležitost vztahových osob se projeví při traumatu, vážném onemocnění, při podstatných pracovních či studijních neúspěších či při ztrátě milovaných osob. V adolescenci a dospělosti se navíc rozšiřuje množství potenciálních vztahových osob. Tendence vztahovat se k druhým, hledat přátele a romantické partnery, je velmi silná především v adolescenci a mladé dospělosti, kdy ještě není zakotvená jistota citové vazby ve vztazích mimo rodinu (Mikulincer, & Shaver, 2010).

Sebereprezentace založené na bezpečnosti mají původ v interakci s dostupnou vztahovou osobou, která je internalizovaná do self, člověk ji tedy přijímá jako součást sebe samého. Vztah ovšem v tomto případě vznikl se skutečnou osobou. Někdy také tyto sebereprezentace jsou založené na identifikaci či introjekci vlastností a rysů vztahových osob. Identifikace se vztahovou osobou znamená, že člověk přebírá vlastnosti své vztahové osoby, tyto vlastnosti mu dávají pocit bezpečí, který ho chrání. Při aktivaci systému citové vazby dojde k rozšíření lidských možností pro udržení emoční stability v období stresu a podpoří se utváření intimních a hlubokých pout s ostatními. Při úzkostné citové vazbě je sklon vytvářet symbiotická splynutí s ostatními. Při vyhubavé citové vazbě naopak distanc od druhých.

2.2.4 Citová vazba a mentální anorexie

Rané dětství je obecně považováno za období, které se podílí na vývoji psychopatologických symptomů (Brisch, 2011). Uspokojování potřeb dítěte je předpokladem zdravého vývoje, neboť zprostředkovává psychickou stabilitu. Jistá citová vazba v dětství je tedy protektivním faktorem před rozvojem psychopatologií. Naopak nejistá vazba může být faktorem pro vznik psychopatologií (Bowlby, 2010).

Psychopatologické etiologii se věnoval již Freud, který ji spojoval především se sexuální násilím v raném věku, později zastával názor, že než o samotný akt zneužívání jde spíše o fantazie spojené s tímto sexuální násilím a o jejich zpracování. Za podstatné považuje

zkušenosti z bazálních vztahů v rodině a dalších důležitých vztahů. Také Bowlby zmínil propojení konceptu citové vazby s psychopatologií. Kladl důraz zejména na raná traumata, ztráty a odloučení od primární vztahové osoby. Konkrétně se zaměřil na fobie, které spojuje s nejistou vazbou, např. agorafobii s ambivalentní vazbou nebo školní fobii se strachem z odloučení. Nejistou vazbu dává do souvislosti také s abnormalitami chování a chronickými onemocněními, u kterých se navíc vyskytuje větší zastoupení dezorganizované vazby. Zjištěný vztah mezi vazebným vzorcem a fyziologickými, imunologickými a neurohumorálními změnami zase naznačuje provázanost systému citové vazby s psychosomatickými onemocněními. U psychických poruch se zvláště silně projevovala dezorganizovaná vazba (Brisch, 2013). Úzkostnost v citové vazbě je spojována s depresivními či úzkostnými poruchami, abúzem, několika poruchami osobnosti a také s poruchami příjmu potravy. Vyhubavost se dává do souvislosti s depresí napojenou na perfekcionismus, sebeobviňováním, sebekritikou, somatickými stesky, schizoidní a vyhubavou poruchou osobnosti (Mikulincer, & Shaver, 2007).

Psychická porucha vzniká zejména kvůli potlačení potřeby připoutání. Nejistá citová vazba je považována za největší rizikový faktor v etiologii psychických poruch, který je dosud znám. Diagnostika citové vazby tak má velký prognostický význam (Grawe, 2007). Vazebné poutání rozvinuté v dětství se může v průběhu života změnit, ovšem čím je člověk starší, tím se to daří hůře (Brisch, 2011). Hašto (2005) uvádí, že longitudinálními výzkumy byla prokázána poměrně velká stabilita ve stylu vazby, nejméně stabilní se ukazuje dezorganizovaná vazba.

Z výše uvedeného vyplývá předpoklad nejistého vazebného poutání u osob s psychickými poruchami. Jako důvodné by bylo očekávat u mentálních anorektiček dezorganizovanou citovou vazbu, která se váže na psychopatologii. Dále lze očekávat přítomnost úzkosti, tedy i ambivalentního typu vazby, neboť anorektičky jsou typicky perfekcionistické, introvertní, závislé na druhých a hodně externalizují, což může být vázáno právě na úzkost. O’Kearney (1996) ve své review empirických studií uvádí vazebná narušení u populace s poruchami příjmu potravy. Narušení vývoje citové vazby považuje za klíčové aspekty rozvoje jídelní psychopatie. Jak to je ve skutečnosti jsem se snažila zmapovat a dále uvádím několik výzkumů, které se věnovaly právě souvislostem mentální anorexie s typem citové vazby.

Cole, Kobak (1991, in Grawe, 2007) zkoumali skupinu 65 studentů a studentek s poruchami příjmu potravy nebo depresivní symptomatikou nebo s kombinací obojího. Podle jejich výsledků měli pacienti pouze s poruchami příjmu potravy ambivalentní vazebný vzorec, pouze depresivní pacienti měli vzorec odmítající, a pacienti s poruchami příjmu potravy i depresemi měli kombinaci obou typů vazeb. V tomto výzkumu rozlišovali pouze jistou, ambivalentní a vyhýbavou vazbu. Vzhledem k tomu, že jim u poslední skupiny vycházely střídavě obojí nejisté typy vazeb, lze předpokládat, že pokud by se hodnotila dezorganizovaná vazba, u tohoto typu by se objevila, neboť je právě chaotickou kombinací obou strategií (úzkostné i vyhýbavé).

Troisi, Massaroni a Cuzzolaro (2005) ve svém výzkumu srovnávali skupinu 78 žen s poruchami příjmu potravy a skupinu 64 zdravých žen. Zajímali se o ranou separační úzkost a vztahovou vazbu v dospělosti. Použili Anxiety Symptom Inventory a Attachment Style Questionnaire. Z výsledků vyplývá, že u skupiny žen s poruchami příjmu potravy se častěji vyskytuje raná separační úzkost a nejistá vztahová vazba. Nebyl identifikován jeden specifický typ vazby, avšak byla zvýšená zejména škála úzkosti oproti vyhýbavosti. Přičemž nezáleželo na věku propuknutí ani na průběhu nemoci.

Ringer, McKinsey a Crittenden (2007) ověřovali celý vzorek svého výzkumu o počtu 62 respondentů s poruchami příjmu potravy na vztahovou vazbu pomocí Adult Attachment Interview (AAI). U všech jim vyšla nejistá citová vazba, přičemž typ ambivalentní (úzkostný) se objevil u 50 %, dezorganizovaný u 37 % a vyhýbavý u zbývajících 13 % respondentů. Projevilo se jim taktéž, že byl často v primárních rodinách skrytý konflikt mezi rodiči a v anamnéze matek se nacházelo nevyřešené trauma nebo ztráta.

Také Chassler (1997) uskutečnila výzkum na souvislost poruch příjmu potravy se stylem citové vazby. Využila Attachment History Questionnaire a srovnávala skupinu 30 žen s poruchami příjmu potravy s kontrolní skupinou 31 žen. Z výsledků byla potvrzena souvislost PPP a rané citové vazby. Lidé s PPP se významně liší ve čtyřech oblastech: jistota citové vazby, rodičovská disciplína, hrozba separace a podpora vrstevníků. Prokázalo se výrazně méně jisté vazby a podpory vrstevníků oproti kontrolní skupině a také méně výrazný rozdíl v rodičovské disciplíně a hrozbě separace, čímž bylo myšleno například vyhrožování rozvodem, opuštěním dítěte apod. Respondenti s poruchami příjmu potravy se cítili více nechtění, osamělí, vinní, bezmocní a zodpovědní za štěstí svých rodičů. Vztahové osoby vnímali jako méně zodpovědné, schopné a důvěryhodné oproti

kontrolní skupině. Bruch (1973, in Chassler, 1997) klinicky popisuje děti před propuknutím anorexie jako extrémně bezproblémově fungující. Anorektičky spíše uzavřené, introvertní, vytvářejí si jen těžko přátelství (to odpovídá nejisté vazbě, v důsledku které se hůře vytváří i vztahy v budoucnu). Také identifikovali pocity osamělosti, bezmocnost, extrémní negativismus a odmítání osobního kontaktu.

Ward et al. (2001) zkoumali transgenerační přenos typu citové vazby u MA metodou AAI, jejich předpoklad výskytu většího počtu nejistých vazeb u MA se potvrdil. Předpokládali také souvislost dceřina a matčina stylu citové vazby, to se ale ne zcela potvrdilo. Obvykle se jim ukázal u matek vyhybavý styl vazby. U dcer ve vzorku se prokázal také nejvíce vyhybavé vazby, druhá nejčastější dezorganizovaná. Je možné, že se typ vazby přenesl na dceru a stane se tak rizikovým faktorem pro vznik MA, výsledky studie ovšem nejasné.

Z přehledu těchto výzkumů vyplývá, že se jednoznačně potvrdil pouze významně častější výskyt nejisté citové vazby u skupin s mentální anorexií, případně poruchami příjmu potravy. Grawe (2007) zastává názor, že se zatím jasně neukázal přesný vztah typů vazeb k jednotlivým diagnózám. Vyjadřuje se také, že se nic takového ani ukázat nemusí. Jednoduše může pouze nejisté připoutání predisponovat k vývoji nespecifické psychické poruchy. Samotný vznik již konkrétní patologie bude záviset na jiných faktorech, než je typ citové vazby.

Teorie citové vazby je empiricky podložená a odborníky uznávaná. Spektrum výzkumů se stále rozšiřuje. Domnívám se ovšem, že chybí širší povědomí o praktických aplikačních možnostech teorie citové vazby. Její možné využití vidím v pomoci s chápáním psychického vývoje a případných psychopatologií majících v etiologii narušení citové vazby, resp. její nejistoty. V některých případech by bylo vhodné zvážit terapeutické zpracování narušené citové vazby, které by mohlo vést k vyřešení kořenů problémů a následnému uzdravení. Podle Mikulincera a Shavera (2010) je právě terapie jednou ze dvou možností, jak nejistou citovou vazbu zpracovat a proměnit v jistou. Druhou možností je transformativní vztah, ten ovšem nemůžeme uměle navodit. Citová vazba je jedním ze specifík blízkých, zejména rodinných vztahů. Předpokládám proto také, že je jednou z podstatných komponent rodinných vztahů u osob s mentální anorexií. Druhou oblastí, související s rodinným prostředím, je separačně-individuační proces.

2.3 Separáční proces u mentální anorexie

V etiologii mentální anorexie najdeme mezi rodinn vlivy zejména tzv. separačně-individuační problémy, které se objevují v období adolescence a jsou považovány za významný rizikový faktor pro vznik anorexie. Jedná se také o faktor, se kterým je možné terapeuticky pracovat. Proto považují za zajímavé věnovat se mu podrobněji.

Wechselblatt, Gurnick a Simon (2000) uvádí jako důležité etiologické faktory mentální anorexie narušení autonomie a problémy v dosažení svobody cestou vývojových požadavků na separaci a individuaci. Důležitou roli zde hraje typ citového připoutání a formování identity ve vztazích s rodiči. Za negativní je považována vztahová propletenost a tzv. triangulace, což znamená stabilizace rodičů prostřednictvím dítěte, nemocná dívka je tak tou, která zajišťuje prevenci interpersonálních konfliktů. Z výsledků provedených studií vyplývá, že separační problémy sehrávají svou roli, ovšem neobjevují se u všech. Dívky z jejich výzkumu byly doma podporovány a také hodně vázány na rodiče, o které se staraly a naplňovaly tak roli poslušné dcery a ženy vyhovující ostatním. Objevovalo se více faktorů současně, osobnostní faktory jako perfekcionismus, nahrazování druhých, naplňování jejich potřeb (např. starání se o rodiče, který je nemocný nebo v psychické nepohodě) a stres z vývoje, posunu, osamostatnění od rodičů (Wechselblatt et al., 2000). Problémy se separací jsou považovány za jeden z nejdůležitějších etiologických faktorů, zejména těch spouštěcích.

2.3.1 Teorie tzv. sociálního porodu

V současné době můžeme najít výzkumy na souvislost mentální anorexie a citové vazby, které dokazují souvislost nejistého vazebného poutání. Existují také především kvalitativní výzkumy mapující různé další souvislosti mentální anorexie a rodiny. Z českého prostředí mě zaujaly klinické zkušenosti terapeutů Vladimíra Chvály a Ludmily Trapkové-Chválové. Ti se věnují rodinné terapii psychosomatických poruch. Ve své praxi se setkali se stovkami rodin, také rodin s anorektickým dítětem. Svě předpoklady o souvislosti vztahů v rodině s diagnózou mentální anorexie nastínili také ve své teorii tzv. **sociálního porodu**. Jedná se o teoretický vývojový model separace dítěte založený na klinickém pozorování. Tzv. sociální porod souvisí s vývojem dítěte v sociálním prostředí rodiny. Dítě prochází jednotlivými fázemi či stupni vývoje, přičemž každá fáze vyžaduje určitým způsobem nové rodinné uspořádání, které bude dítě sytit a které mu dá prostor, aby se závčas přesunulo do fáze následující. Vzhledem k dominantnímu zaměření na poruchy příjmu

potravy se mi tento koncept jeví jako vhodný pro popis separačního procesu probíhajícího u dívek s mentální anorexií (Chvála, & Trapková, 2005).

V separačním procesu, sociálním porodu, rozlišují tři fáze: anorektickou, bulimickou a odpoutání do rodiny. První fáze nastává se začátkem puberty, kolem 12 let. Dívky v té době po biologické stránce začínají mít menstruaci a psychologicky jsou zasvěcovány do ženství, které nyní dokážou již dospěleji přijmout (Chvála, Trapková, 2008). Vyvrcholením této fáze je separace od matky. Tuto **fázi** nazývají jako **anorektickou**, neboť ji považují za kritickou pro rozvoj mentální anorexie a to za předpokladu, že dojde k problémům ve vztahu matka – dcera, případně i matka – syn, či dojde k vývojové stagnaci, která neumožňuje postup do další fáze směrem k otci. V tuto dobu dítě potřebuje akceptující zralou a empatickou matku, která ho zasvětila do ženského světa. Dívka se například od matky učí vaření, oblékání, ale také postojům k mužům. Matka s dcerou by spolu měly trávit hodně času, i času důvěrného. Pokud se dcera matkou dostatečně nasytí, chce od ní pryč, dělat si věci po svém (Chvála, & Trapková, 2005). U syna v této fázi dochází ke sblížení s představitelkou opačného pohlaví, které ho má naučit péči o vztah se ženou, dávání, měl by poznat ženský svět. Tento vztah je sexuálně bezpečný a syn se může zdravě učit. Při problémech předpokládají vznik mentální anorexie, i když souhra rodinných předpokladů, vlastností a symptomů, které systém vyvine, může vést i ke vzniku jiného onemocnění (Chvála, & Trapková, 2008).

Separace nastává v momentě, kdy je vztah nasycen, a to prostřednictvím konfliktu. Pokud se separaci nedaří, nastává tzv. **anorektická stagnace** v přerodu mezi první a druhou fází separačního procesu. Tak jako je první fáze charakteristická blízkou vazbou a emočním sblížením s matkou, ve druhé fázi by správně mělo dojít k přiblížení s otcem. Pokud k tomu z nějakého důvodu nemůže dojít, rodinný systém stagnuje. Na to se váží anorektické symptomy, které jsou somatizací emočních konfliktů v rodině. (Chvála, Trapková, 2005). Obecně stagnaci v této fázi popisují jako: „*mentální poruchu příjmu emocí v rodině, které vývojové úkoly začátku puberty vyvolávají. Emoce, které patří v první fázi především do vztahu s matkou, pak způsobují vegetativní změny organismu.*“ (Chvála, & Trapková, 2008, 199). Anorexie se může podle této teorie rozvinout, pokud dcera z nějakého důvodu nestojí o rozdělení s matkou, chce si udržet její péči a starost, či obecně dětství. Další brzdou může být matka, která nechce svou dceru pustit, brání jí v důvěrném sblížení s otcem. Stagnovat se zde může také kvůli otci, který buď není dceři k dispozici, zemřel, případně nežije s rodinou a dívka nemá možnost se s ním dostatečně důvěrně

setkávat, nebo jen jednoduše sám zabraňuje tomuto sblížení, není moc doma, případně se vyhýbá důvěrné blízkosti s dcerou kvůli různým obavám apod. Může se také stát to, že nedojde k potřebnému konfliktu, který je hybatelem a prostředníkem přestupu do další fáze separace. To se stává například v prostředí liberální výchovy či u lhostejných rodičů. Nemoc, v tomto případě mentální anorexie, je známkou problému separovat se, pokročit v procesu oddělení od primární rodiny a následného osamostatnění (Chvála, & Trapková, 2005). Problém také nastává, pokud matka sama neprošla úspěšně separačním procesem, neboť nemůže dětem nabídnout to, co sama nezažila. Matka tak někdy požaduje po dceři, aby jí byla na chvíli matkou, jedná se o transgenerační přenos dluhu, transdebitaci (Chvála, & Trapková, 2008).

Ve druhé, **bulimické fázi**, je důležité přiblížit se více otci jako mužské postavě. Dívka se tím učí být přijímána muži a otec jí také může zprostředkovat důležité vztahové dovednosti. Měla by s ním trávit čas o samotě a pocítit od něj přijímající lásku muže k ženě. To vše v bezpečném asexuálním prostředí, které je možné pouze v tomto zcela jedinečném vztahu otec – dcera (Chvála, & Trapková, 2005). Přiblížení k otci předchází vzdalování se od matky. To je všeobecně pro matky velmi obtížné přijmout. V této fázi potřebují matky péči svého manžela, lásku a pochopení. Často se jim však právě v této době zmíněného nedostává, jsou hladoví po lásce a kvůli jejich vyprahlosti hladoví také děti. Tzv. **hladový trojúhelník**, ve kterém není vlastně nikdo spokojen, jen zhoršuje podmínky k separaci dítěte a stagnace celého systému může začít produkovat symptomy. Časté jsou právě poruchy příjmu potravy, zvláště u dívek, ale slabost rodiny se může projevit i na jakémkoli jiném místě kohokoli z rodiny. Přejít mezi fázemi se počíná konflikty dítěte s matkou, je to komplikované období, náročné na koordinaci vztahů otec – matka – dítě. Každý by měl plnit svůj úkol, jedině tak může pomoci ostatním a také celku k úspěšnému průběhu přechodu. Rodina vzájemně vyrovnává síly, takže pokud u jednoho něčeho chybí, ostatní se to snaží doplňovat, aby byla rovnováha. Symptomy nemocí mohou také napomáhat tomuto vyrovnávání polarit v rodině (např. deprese, bolesti žaludku, mdloba, teploty apod.). Řešením je vědomě zasáhnout do uspořádání sil v rodině a přiblížit se ke středu polarit, začít plnit svou skutečnou úlohu, ne jen doplňovat druhého (Chvála, & Trapková, 2003). Při problémech ve druhé fázi separačního procesu může dojít k **bulimické stagnaci**, která často produkuje právě symptomy mentální bulimie. Poslední fáze separace souvisí už se samotným vyvázáním se z rodiny, osamostatněním. Rodiče tu

pomyslně zavíjí sociální dělohu. Dítě se nyní stává dospělým v psychosociální rovině (Chvála, & Trapková, 2005)

2.3.2 Otcovská a mateřská role v separaci dítěte

Podle teorie sociálního porodu Chvály a Trapkové hrají důležitou roli v separaci dítěte oba rodiče. Matka má být pro dceru oporou. V dospívání je mezi nimi možná rivalita, dívka se totiž potřebuje prosadit jako žena. Pokud v rodině dobře nefunguje otec, pak se vztah s matkou může velmi vyostřit. Otec funguje jako stabilizační prvek napomáhající úspěšné separaci, má být své dceři modelem mužské role. Vágnerová (2012) popisuje, že to v této interakci je problém, neboť otcové se dnes dcerám moc nevěnují, neví jak, jsou v tom nejistí nebo se bojí. K synovi je matka méně kritická a více mu toleruje. Ukazuje mu model ženy. Syn se u ní učí jednat jako muž se ženou. Silná a důležitá je ale také potřeba odpoutat se od ní, aby si potvrdil svou mužskou identitu. Vůči otci se syn potřebuje vymezit, potvrdit si u něj svou mužskou identitu. Pro to je potřeba otcovské podpory (Vágnerová, 2012).

V naší společnosti je často problém s přístupností otce (rozvody, nedostatek času na děti, či zájmu). Poněšický (2004) uvádí, že právě role otce je velmi podstatná při individuaci a separaci dítěte z rodiny. Otec je pro dítě vzorem individuace, kterou popisuje jako vymanění se ze symbiózy s matkou, a zároveň má být pomocí pro svou ženu vyrovnat se s osamostatněním jejich dítěte. Zvláště důležitý je otec pro dceru, měl by ji obdivovat a potvrzovat tak její ženství. Zároveň pro zachování rodinné harmonie by manželka nikdy neměla skončit na druhém místě (Poněšický, 2004). Pokud je nějaký problém v separaci, může se projevit somatizací, například mentální anorexií. Tady může být problémem, že: *„pacientka často rodiče rozděluje, stává se těsně vázanou na matku a otce odmítá či kritizuje“* (Kocourková, 1997, 185)

Osamostatnění dcery je náročnější než u syna, neboť dívka je s matkou více spojena, je jí podobná, je potřeba, aby se od ní vzdálila a zároveň si uchovala svou ženskost, tedy to, co je dvě spojuje. Taktéž matky jsou na dcerách více závislé a obecně je hůře opouští, současně je ve výchově více omezují než své syny. Matky mají sklon brát dcery jako své vlastní pokračovatelky, přenášet na ně svá přání, případně od nich vyžadují velkou blízkost, chtějí, aby se jim dcery svěřovaly, a chtějí transformovat vztah rodičovských ve vztah přátelský, čímž dcery neúměrně zatěžují. Také dívky si někdy chtějí své matky přizpůsobit svým představám. Poněšický (2004, 42) popisuje problém ztotožnění se dcery

s matkou takto: „*tento pocit ne-jinakosti bývá zdrojem stížností dívek – opět znovu v pubertálním věku – zvláště anorektiček, jež trpí tím, že nemají nic svého, vlastního, svou intimitu, svá dívčí tajemství. Matka signalizuje: „beze mne zahyneš“.* To vše dívku vede k úzkosti, k obavám ze ztráty či jakéhosi rozpuštění její ještě nehotové osobnosti.“ Dívky si mohou představovat, že o nich matky všechno ví, znají všechny jejich pocity apod., proto také začnou vyhledávat blízkost otců, ta ale není bez komplikací. Může se dostavit pocit nevěrnosti vůči matce, nebo také psychosexuální přitažlivost. Pokud se matka raduje z vývoje dcery, podporuje tím její sebevědomí. Při psychoterapii je často potřeba u dívek pracovat na zdravé separaci, kdy se osamostatní, ale zároveň nezpřetrhá vnitřní pouto s matkou. Pokud matka nedostatečně potvrzuje a obdivuje se nad vývojem dcery, ta pak hledá obdiv u mužů, kteří jsou jí jakoby jen zrcadlem. Dívka se na tomto základě také může stát závislou na tělesné dokonalosti, narušené autentické sebevnímání, může způsobovat například sebepoškozování nebo poruchy příjmu potravy. Častým důsledkem je také závislost na mužích, bojí se jejich opuštění, mají pocit méněcennosti, který kompenzují ve vztazích s druhými, to se projeví v přílišné závislosti. Tyto dívky také chtějí dokonalého partnera, protože, když má partner chyby, nutí je to myslet na vlastní chyby, což nechtějí. Vztahy jsou primárně zdrojem sebeocenění. Někdy mohou mít sklony být jako muži, nebo lepší než oni, čímž se také kompenzuje méněcennost, nebo se spojí s mužem a spolupodílí se na jeho slávě (Poněšický, 2004).

Separace u mužů je snadnější. Hranice ve vztazích jsou jasnější, vztahy nejsou tolik problematické, naopak bývají stabilnější a jasné. Poněšický (2004, 50) píše: „*ženy snadněji sklouzávají do původního stavu vztahové nerozlišitelnosti,*“ řeší problémy ze vztahové perspektivy, vidí za každým problémem jeho vztahové okolnosti. Muži naopak řeší problémy věcně. Vztahovost u ženy je velmi důležitá, mají silnou potřebu vztahů, tudíž jsou v této oblasti i více zranitelné. Ze vztahů mohou pramenit různé úzkosti, nejistoty, krize či deprese. Otec by měl u dívky při separaci potvrdit samostatnost, taktéž její ženskost, otec by měl být symbolem svobody, možnost projevu agrese. Důležitá je přítomnost otce v rodině. Zcela ideální je potom přítomnost obou zralých a sebevědomých rodičů. Matka předává hrdost na ženství a obdiv k vývoji dcery, její kreativitě a otec podporuje samostatnost, obdivuje ženství, potvrzuje ho zároveň v roli opačného pohlaví. Každá fáze separačního procesu má svou důležitost a člověk by si z ní měl odnést to podstatné pro další život (Poněšický, 2004).

2.4 Rodina a mentální anorexie

Některé z rodinných souvislostí mentální anorexie jsem již uvedla výše, zejména citovou vazbu a separačně individuační procesy. Dalším souvislostem vyplývajícím z kontextu rodiny se věnuji v této kapitole.

Podíl rodiny na etiologii mentální anorexie potvrzuje např. Krch (2010), který uvádí výskyt PPP v rodině jako rizikový faktor. Mezi sourozenci udává výskyt ve 3 – 10 %, u matek ještě častější. Spouštěcím faktorem hubnutí dívek může být nevhodný kritizující komentář ohledně jídla nebo postavy dívky. Rodina taktéž formuje hodnoty jedince, Krch (2010, 63) uvádí, že je: „*zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu.*“ Vliv může sehrávat také vysoké očekávání a kritičnost rodičů. Rodiče také mohou mít konflikty spolu, dceři se tolik nevěnují a také často potom nezvládají pomáhat při řešení jejich problémů, včetně anorexie (Krch, 2010).

Pro popis rodinného prostředí, ze kterého vychází anorektičky, mi připadá inspirativní Minuchinův tzv. **psychosomatogenní model rodiny**, který vyvinul na základě své praxe. Podle něj vývoj psychosomatického onemocnění ovlivňují tři faktory: druh **rodinné struktury**, **zahrnování dítěte do konfliktů** v rodině a **fyziologická zranitelnost** dítěte (ta je ovšem v případě mentální anorexie sporná). Jako rizikovou vnímá **propletenost** členů rodiny, kdy jsou na sobě navzájem příliš závislí a přitom mají rozvolněné hranice mezi jednotlivými subsystémy rodiny, čímž také dochází ke zmatení rolí a omezení nezávislosti jejich členů. Za negativní rovněž považuje **přehnanou starostlivost** o dítě. Všechny tyto faktory mohou udržovat nemoc dítěte. Stává se, že rodinný systém podporuje symptomy anorexie, protože ty umožňují vyhýbat se konfliktům. Nemoc tak vlastně chrání rodinu, která se místo hádek soustředí na symptomy. **Rigidnost** rodiny ve smyslu neschopnosti či neochoty hledat nové způsoby chování a řešení problémů, i když by jich bylo třeba, se také považuje za negativní faktor. Stejně tak **nedostatečné řešení** rodinných **sporů**, malá konfliktnost, popírání či vyhýbání se konfliktům, ale také nepravá konfrontace je na škodu. Přitom právě řešení konfliktních situací je velmi potřebné. „*Je-li kolem symptomu uspořádaná rodinná krize, do popředí se nedostává příznak samotný, ale to, jak se rodiče a dítě s celou otázkou jídla vzájemně vypořádávají.*“ (Minuchin, 2013, 212). Tzv. **rigidní triáda**, objevující se v rodinách s psychosomaticky nemocnými a také s nemocnými

mentální anorexií, spočívá v rozvolněnosti hranic mezi subsystémem rodičů a dítěte a naopak velkém utužení hranic triády otec, matka, dítě.

Zajímavý výzkum z oblasti rodinných vztahů u anorektiček provedla J. C. Elliott (2010). Pomocí narativní analýzy sbírala data od dcer s mentální anorexií se zaměřením na jejich vztah s otcem. Došla k zajímavým závěrům. Například identifikovala v minulosti dcer potřeby rychle dospět, a to kvůli zmateným a úzkost vyvolávajícím situacím. Jejich vztah s otcem byl také poznamenán nejistotou otcovy lásky. Dívky měly strach z osamostatnění. Důvod vidí Elliott v nejisté citové vazbě k otcům. Pokud dítě není jistě připoutané, bude se mu také obtížněji odpoutávat. Souvisí s tím i separačně-individuační problémy a anorexie může být v tomto ohledu nahlížena jako vývojová stagnace. Tento výzkum také potvrdil souvislost anorexie s vnímaným **rodičovským odmítáním**. Nalezla také podobnosti v temperamentovém založení otců a dcer. Dívky si své otce často idealizovaly. Během dospívání byli otcové méně dostupní, nebo dokonce úplně nedostupní, došlo např. k rozvodům. Anorexie může být v tomto kontextu popsána jako cesta k vyrovnání se se ztrátou otce. K uzdravení z nemoci vedla u dcer především cesta osamostatnění se a nahlížení na otce realističtěji, u otců byla prospěšná změna k větší emoční dostupnosti. Beattie (1988) se naopak zabývala vztahem matky a dcery v souvislosti s anorexií a prakticky postuluje podobné závěry jako Elliott. Hlavní problém vidí také v separačních problémech, obtížném utváření vlastní identity a také v idealizování matek nebo odstupu od nich. Pokud se zpracují konflikty ohledně separace, dívka se snáze uzdraví. Pro účinnost terapie je ovšem nutná angažovanost samotné dívky.

Přehnaná starostlivost bývá nazývána **hyperprotektivita**. Souvislosti této charakteristiky s mentální anorexií se ve svém výzkumu věnovali Taborelli et al. (2013). Zkoumali roli mateřské úzkostnosti v průběhu těhotenství a rodičovskou hyperprotektivitu jako rizikové faktory pro poruchy příjmu potravy. Dále ověřovali úzkostné osobnostní charakteristiky u anorektiček i bulimiček. Vše srovnávali se zdravými sestrami těchto nemocných. Měli poměrně velký vzorek čítající celkem 157 nemocných a jejich rodin, z toho 94 anorektiček a 63 bulimiček. U obou poruch příjmu potravy byly signifikantně vyšší skóre separační úzkosti v dětství proti zdravým sestrám. Pouze u anorektiček se prokázala vyšší anxieta u matky v průběhu těhotenství i častější hyperprotektivní péče v budoucnu v porovnání se zdravými sestrami.

Rodinné aspekty, které mohou sehrávat roli ve vývoji anorexie, také pravděpodobně souvisí s **vyjadřováním emocí**. „*Rodiny se liší tím, jak se zabývají emočními zkušenostmi, jak spolu komunikují o osobní nepohodě*“ (Gjuričová, & Kubička, 2003, 162). Existují rodiny citlivé na pocity, které lehce registrují a empaticky reagují na projevy negativních emocí velkou starostí a o pocitech spolu hodně mluví. Na druhou stranu existují rodiny citlivé na bolesti těla, které naopak o pocitech nemluví, považují je za něco nepatřičného, ohrožujícího či minimálně nedůležitého. V těchto rodinách se starostlivost a péče o dítě projevívá, když onemocní. V těchto rodinách bývá k vyjádření emocí a nespokojenosti užíván jazyk těla. Místo toho, jaké cítí pocity, popisují, jaké cítí bolesti. Přímé vyjadřování emocí není možné kvůli rodinným tradicím, kulturním či genderovým zvyklostem. V těchto rodinách se k projevům emocí nepřihlíží, neberou se jako dostatečně závažné. Komunikačním prostředkem v rámci rodiny tak jsou spíše tělesné symptomy. Právě z těchto druhých rodin vyrůstají lidé, kteří mají sklon k somatizaci a častěji se u nich objevují psychosomatická onemocnění. Někdy se jedná pouze o zvýšenou citlivost vůči tělesným pocitům projevující se ustaraností či mrzutostí. Jindy se vyvine přímo nějaké onemocnění a v extrémních případech až somatické bludy (Gjuričová, & Kubička, 2003).

Le Grange, Hoste, Lock a Bryson (2011) se výzkumně zaměřili na zkoumání vyjadřovaných emocí (expressed emotions) a výsledky léčby mentální anorexie. Zjistili, že emoční vřelost rodičů je zásadní pro dobré výsledky léčby anorexie. Ve vzorku rodičů anorektiček u většiny vřelost chyběla, ale tam kde byla, ji šlo považovat za prediktor vyléčení. Je možné, že je to jeden z důvodů, proč je anorexie tak obtížně vyléčitelná. To jen dokazuje, jak důležité jsou emoce v blízkých citových vztazích a jak velkou vliv mohou mít.

Terenó, Soares, Martins, Celan a Sampaio (2008) výzkumně porovnávali pacienty s anorexií a bulimií s kontrolní skupinou v otázkách citové vazby a zapamatovaného rodičovského chování. V klinické skupině byla zvýšená anxieta v citové vazbě oproti kontrolní. Matky anorektiček měli méně jistých citových vazeb než ty z kontrolní skupiny a matky bulimiček byly častěji vyhýbavé. U anorektiček se v terapii ukázala vyšší emoční podpora a nižší odmítání od otce. U bulimiček zase vyšší emoční podpora matek a nižší odmítání a u obou rodičů nižší rodičovská hyperprotektivita.

Štecková (2007) popisuje na základě výzkumu rodiny dívek s mentální anorexií jako dysfunkční, konfliktní, málo kohezivní a nedostatečně emočně vázané. Je popisována

také nízká hierarchie, disharmonický vztah mezi rodiči, nejednotná a liberální či naopak autoritářská výchova. Převažovala negativní komunikace plná výčitek, empatie i smysl pro humor. Rodiny navíc setrvaly v neúčinných způsobech řešení problémů, přičemž tuto charakteristiku potvrzuje Minuchin (2013). Rodinná struktura bývá rigidní a nepružná, což je považováno za jeden z faktorů přispívající k rozvoji a udržování psychických poruch. Rodiče kladli vysoké požadavky, o problémy dcery se nezajímali či jim neposkytovali oporu a pomoc. Byly nedostatečně uspokojeny emocionální funkce, dívky postrádaly citovou blízkost. Rodiny také izolované vůči okolí. Štecková (2007) uzavírá, že dysfunkční rodina může mít podíl na vzniku mentální anorexie a její role je podstatná také v procesu uzdravování. Doporučuje při léčbě práci s rodinou, nebo alespoň s rodinnými tématy.

3 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, HYPOTÉZY A CÍLE VÝZKUMU

Anorexií nejčastěji trpí mladé dívky, pro které se jako důležité jeví prostředí rodiny a zázemí vztahů s blízkými. Právě kontextem rodinných vztahů v souvislosti s mentální anorexií bych se ráda zabývala ve výzkumné části své práce. Svůj výzkum konkrétně zaměřím na analýzu dimenzí citové vazby – úzkostnosti a vyhýbavosti a zapamatovaného rodičovského chování v porovnání s kontrolní skupinou.

O souvislostech mentální anorexie a rodinných vztahů se zmiňují nejen odborníci v knižních publikacích, ale také se jimi zabývají četné výzkumy. Zaměření a metodika těchto výzkumů se různí. Tato výzkumná práce se orientuje zejména na citovou vazbu a to na její dvě základní charakteristiky – úzkostnost a vyhýbavost. Další proměnnou, kterou mapuje, je rodičovské chování, které se podílí na utváření této vazby a také na celkovém rodinném prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. S odkazem na literaturu se domnívám, že právě typ citové vazby může mít vliv na vznik psychického onemocnění jako je mentální anorexie. Mnohými výzkumy byla prokázána souvislost nejistého typu citové vazby s psychopatologiemi různého druhu. Výsledky výzkumů mapujících konkrétní typ vazby v souvislosti s mentální anorexií se různí a nelze tak doložit žádnou přímou souvislost. Nejčastěji zmiňovaným typem v souvislosti s psychickými poruchami je dezorganizovaná (dezorientovaná) vazba. Rodinné prostředí anorektiček je často popisováno jako rigidní, emočně neuspokojivé, přehnaně starostlivé, málo konfliktní (ve smyslu neřešení konfliktů) a s negativní komunikací. Cílem této bakalářské práce je popsat některé charakteristiky rodinných vztahů na souboru anorektiček a porovnat je s výsledky kontrolní zdravé skupiny.

Na základě studia odborné literatury předpokládám, že citová vazba u nemocných anorexií bude nejistá. Ze třech typů nejisté vazby očekávám, že bude více zastoupená vazba dezorganizovaná, která je běžně spojovaná s patologiemi. Na dvou škálách úzkostnosti a vyhýbavosti předpokládám vyšší zastoupení obou patologických strategií.

3.1 Cíle výzkumu

Na základě poznatků o souvislostech mentální anorexie a rodinných vztahů popsaných v teoretické části práce je cílem praktické části tyto vztahy ověřit. Pro tento účel byly stanoveny výzkumné cíle a posléze i konkrétní hypotézy.

Cíli mého výzkumu jsou:

- Porovnat skupinu osob s mentální anorexií s kontrolní skupinou zdravých osob v dimenzích vztahové úzkostnosti a vztahové vyhýbavosti v rámci konceptu citové vazby.
- Porovnat skupinu osob s mentální anorexií s kontrolní skupinou zdravých osob v charakteristikách emoční vřelosti, odmítání a hyperprotektivity ve vnímaném rodičovském chování.

3.2 Hypotézy

Na základě stanovených výzkumných cílů své práce a s ohledem na teoretické poznatky z dané oblasti stanovuji tyto hypotézy:

Hypotéza č. 1: Vztahová úzkostnost je u skupiny osob s mentální anorexií signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Hypotéza č. 2: Vztahová vyhýbavost je u skupiny osob s mentální anorexií signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Hypotéza č. 3: Vnímané odmítání v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Hypotéza č. 4: Vnímaná emoční vřelost v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně nižší než u skupiny zdravých osob.

Hypotéza č. 5: Vnímaná hyperprotektivita v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

4 METODOLOGICKÝ RÁMEC

4.1 Typ výzkumu

Vzhledem ke stanoveným cílům své práce jsem zvolila kvantitativní metodologický přístup. Ten mi umožňuje získat přesně měřitelné konkrétní údaje od většího počtu respondentů, které posléze mohu s určitými omezeními zobecnit na celou populaci osob s mentální anorexií. Dalším důvodem pro volbu kvantitativního výzkumu byl můj výzkumný soubor. Jak uvádí např. Papežová (2010), pacienti s mentální anorexií jen obtížně přistupují na účast v klinických studiích. Zvláště pak se jedná o studie kvalitativní, které vyžadují větší otevření se, důvěru ve výzkumníka apod. Pro nemocné mentální anorexií je také podle mého názoru značně bezpečnější tento typ výzkumu, neboť nemusí o své nemoci přímo mluvit, což bývá dost obtížné, jelikož se většinou jedná o poměrně uzavřené typy osob, často jim chybí náhled na nemoc a také právě téma rodinných vztahů se jich může velmi osobně dotýkat a být pro ně dost obtížné o něm mluvit (například traumatické zážitky v anamnéze, nejistá citová vazba apod.).

Mám za cíl porovnat dvě dimenze citové vazby, úzkostnost a vyhýbavost, u skupiny osob s mentální anorexií a skupiny kontrolní. Dále taktéž srovnat tyto dvě skupiny ve třech škálách vypovídajících o vztazích a chování rodičů – hyperprotektivity, emoční vřelosti a odmítání. K tomuto cíli použiji statistické metody t-testu pro nezávislé vzorky dle skupin.

4.2 Metody získávání dat

Jako metody získávání kvantitativních dat jsem zvolila dva nestandardizované dotazníky. Vzhledem k výše zdůvodněnému jsem chtěla zvolit metodu kvantitativní. V současné době se mi jevil jako nejlepší možnost pro diagnostiku citové vazby dotazník ECR, který zatím není standardizovaný, ale už s ním bylo provedeno několik studií. Zejména se opírám o pilotní studii Lečbycha a Pospíšilíkové, která přinesla uspokojivé výsledky validity a reliability dotazníku a také jeho překlad. Dalším zvoleným testem je dotazník s-E.M.B.U., který je ve světě hojně používán a přináší taktéž dobré výsledky validity i reliability z těchto zahraničních studií. Využívá se například také na Slovensku, kde se mu výzkumně věnuje Jozef Hašto.

Obecně mi volba sebesposuzovacích dotazníků pro výzkum citové vazby připadala vhodnější než kvalitativní výzkum, protože ten by neumožňoval zobecnění a nepomohl by

tak k dosažení cílů této práce. Také se domnívám, že používání dotazníků na typ citové vazby by mohlo najít své využití v praxi, zejména terapeutické, a proto považuji za vhodné, aby se podobné dotazníky rozšířily i do České republiky a aby byla provedena jejich standardizace.

Celá výzkumná testová baterie byla sestavena ze třech částí:

1. **Anamnestické údaje:** pohlaví, věk, bydlení (s rodiči, samostatně), věk rodičů, zda spolu rodiče žijí, zážitky odloučení a jejich trvání, počet a věk sourozenců, vlastní rodina, počet a věk dětí, diagnóza mentální anorexie, délka, podstupovaná léčba a hospitalizace.
2. **ECR – Experience in Close Relationships**, Brennan, Clark a Shaver (1998). Jak prožívám blízké vztahy.
3. **s-E. M. B. U. – Egna Minnen Beträffande Uppfostran**, Arrindell et al. (2001). Moje vzpomínky, jak mě vychovávali. Zkrácená verze dotazníku.

4.2.1 Dotazník ECR

Škála **Experiences in Close Relationships** (ECR) mapuje prožívání aktuálního blízkého vztahu a slouží k posouzení typů vztahové vazby v dospělosti. Tuto škálu vytvořili Brennan, Clark a Shaver (1998). Jedná se o sebeposuzovací dotazník. Měří dvě základní dimenze vztahové vazby – vztahovou úzkostnost (anxiety) a vztahovou vyhýbavost (avoidance). Přičemž každá z těchto dvou subškál zahrnuje celkem 18 tvrzení, která jsou hodnocena na sedmibodové stupnici Likertova typu od 1 – rozhodně nesouhlasím po 7 – rozhodně souhlasím. Škála úzkostnosti obsahuje např. výroky typu: „*Trápí mě, že druhým na mně nezáleží tolik, jako mně na nich*“ nebo „*Chci se s druhými velmi těsně sblížit a to je někdy odežene pryč*“. Škála vyhýbavosti naopak obsahuje výroky jako: „*Začnu se cítit nepříjemně, když se se mnou chce někdo těsněji sblížit*“ či „*Upřednostňuji nebyt příliš blízko druhým lidem*“. Hodnocení výroků se provádí na základě vazebného chování (vztahování se) především k významným blízkým osobám, například k partnerovi. Skóre, kterého jedinec dosáhne v jednotlivých dimenzích, určuje typ připoutání v dospělosti.

Vztahovou úzkostnost a vyhýbavost zmiňuje už Ainsworthová jako dva problémové projevy citového připoutání. Brennan, Clark a Shaver (1998, in Pospíšilíková, Lečbych, 2012, 3) tyto dimenze definovali takto: „*vztahová úzkostnost (attachment anxiety), je definována jako strach z odmítnutí, strach ze separace, opuštění*“ a druhá z nich:

„vztahová **vyhýbavost** (*attachment avoidance*), je definována jako nepohoda v intimních situacích a v situacích podněcujících k závislosti na druhém“.

Dotazník je hojně používán v anglicky mluvících zemích a jeho překlad se postupně rozšiřuje i dále, například do Španělska, Francie, Itálie, ale také do Číny či Japonska. V České republice dotazník zatím není standardizovaný. Českou verzi škály a pilotní studii provedli Lečbych a Pospíšilíková (2012). Vytvořili návrh překladu, ověřili vnitřní konzistenci s uspokojivým výsledkem a neprojevil se jim statisticky významný rozdíl mezi výsledky českého a amerického souboru. Lze tedy konstatovat, že škála je kulturně přenositelná a je tedy použitelná na českou populaci.

4.2.2 Dotazník s-E. M. B. U.

S-E. M. B. U. je zkrácenou verzí dotazníku zkoumajícího kvalitu zapamatovaného rodičovského chování z hlediska hyperprotektivity (*overprotection*), emoční vřelosti (*emotional warmth*) a odmítání (*rejection*). Dotazník obsahuje různá tvrzení týkající se rodičovského výchovného chování. Jedinec zde hodnotí, jak často se k němu rodiče chovali uvedeným způsobem, přičemž odpovídá zvlášť pro otce a zvlášť pro matku. Odpovědi se zaznamenávají na čtyřbodové Likertově škále, od odpovědi 1 – „ne nikdy“ přes 2 – „ano, ale málokdy“ a 3 – „ano, často“ až po 4 – „ano, většinou“. Jednotlivé dimenze mají dle Poliakové, Mojžišové a Hašta (2007) souvislost s citovou vazbou.

Výsledkem dotazníku jsou tři subškály. První popisuje **odmítání** (*rejection*), které charakterizují jako trestání, zahanbování, upřednostňování sourozenců, odmítnutí přes kritiku, odmítnutí jako individuality a urážení. **Emoční vřelost** (*emotional warmth*) se projevuje láskyplností, podněcováním a chválením. **Hyperprotektivita** (*overprotection*) je charakteristická obavami a úzkostí o probandovo bezpečí, intenzivností a přemírou angažovaností (Poliaková et al., 2007).

Původně metodu vytvořil Perris et al., ta obsahovala 81 položek. Později Arrindel et al. vytvořili zkrácenou verzi dotazníku s-E.M.B.U. o 23 položkách. Faktorová a konstruktová validita i reliabilita této zkrácené verze E.M.B.U. byla ověřována na vzorku 2442 studentů z Itálie, Maďarska, Guatemaly a Řecka, na základě kterého byla tato verze doporučena jako rovnocenná té původní. Jako výsledek dalších mezikulturních studií byla nakonec vyřazena z hodnocení pro nedostatečné sycení příslušné škály hyperprotektivity položka číslo 9 – „*Moji rodiče se mě snažili pobízet, abych se stala nejlepší*“. Vhodnost vyřazení

této položky potvrzuje i Poliaková, Mojžišová a Hašto (2007) na základě ověřování na vzorku slovenské populace. S uvedenou položkou jsem tedy ve vyhodnocování nepracovala ani já a hodnotila jsem tudíž 22 položek. Subškála odmítání sytí 7 položek, emoční vřelost 6 položek a hyperprotektivita 9 položek. Škála s-E.M.B.U. není v České republice využívána. Na Slovensku je tento dotazník hojně rozšířený, výzkumně se mu věnuje zejména Jozef Hašto, který jej také standardizoval. Kompletní metodu najdeme v publikaci Hašta a Vojtové – Posttraumatická stresová porucha (2012). V České republice není alternativní standardizovaný test, který by obdobně měřil charakteristiky zapamatovaného rodičovského chování souvisejícího s konceptem citové vazby, proto jsem zvolila tuto novou metodu. Při používání škály jsem se řídila zejména zkušenostmi ze Slovenska, o kterých píše např. Bieščad a Hašto v článku Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach (2010).

Jsem si vědoma, že metoda není standardizovaná pro českou populaci. Vycházím ovšem z toho, že podobnost české a slovenské populace je velká, přičemž na Slovensku je dotazník standardizovaný. Snažila jsem se ověřit spolehlivost a vnitřní konzistenci jednotlivých škál dotazníku pomocí Cronbachova alfa koeficientu, který vyšel ve všech případech $\geq 0,84$, tedy vysoce konzistentní a reliabilní (podrobně viz tabulka 1). Jako další ošetření jsem zvolila kontrolní skupinu, která mi umožní srovnat výsledky ve škálách dotazníku a ukáže mi, zda je mezi skupinami rozdíl. I když si nemůžu být úplně jistá, zda dotazník měří to, co měřit má, na základě zahraničních výzkumů i mezikulturních studií a zejména zkušeností s používáním ze Slovenska, se domnívám, že dotazník má vypovídající hodnotu.

Tabulka 1: Hodnoty Cronbachova alfa škál dotazníku s-E.M.B.U.

Cronbachovo alfa	Výzkumný soubor	Kontrolní soubor
Odmítání	0,84	0,86
Emoční vřelost	0,93	0,91
Hyperprotektivita	0,89	0,87

Dotazník jsem zvolila proto, že souvisí s konceptem citové vazby a zároveň mapuje rodinné prostředí a chování rodičů, tedy charakteristiky, o kterých předpokládám, že mají vliv na onemocnění mentální anorexií. Zároveň mi připadala zajímavá možnost srovnat toto chování u matek a otců, neboť v dotazníku se položky vyplňují pro oba rodiče zvlášť.

Z informací uvedených v teoretické části práce vyplývá, že v procesu separace dítěte z rodiny hrají důležitou a přitom rozdílnou roli oba rodiče. Např. teorie sociálního porodu Chvály a Trapkové (2005) předpokládá rigidní vázanost na matku a stagnaci v tomto emočně neuspokojivém vztahu, který nepřechází do větší blízkosti k otci a na tomto základě produkuje anorektickou symptomatologii.

4.3 Metody zpracování a analýzy dat

Získaná data z dotazníku ECR i s-E.M.B.U. jsem nejprve převedla do MS Excel 2010, provedla jsem patřičnou kvantifikaci výroků a následně jsem podle skórovacího klíče přepólovala potřebné položky. Poté jsem s již připravenými skóry provedla analýzu dat ve statistickém programu Statistica, verze 12. Zjišťovala jsem statisticky významný rozdíl mezi četnostmi výzkumného a kontrolního souboru pomocí t-testu.

4.4 Etické otázky a způsob jejich řešení

Účast v mém výzkumu byla zcela dobrovolná, anonymní a nehrozila respondentům žádnou újmu. Respondenti byli o tomto ubezpečeni v úvodu k dotazníkům a mohli se sami rozhodnout, zda se výzkumu zúčastní, či nikoliv.

5 SOUBOR

Po stanovení výzkumných cílů, hypotéz i metod zkoumání jsem provedla výběr výzkumného a kontrolního souboru.

Vzhledem k cílům výzkumné práce je základním souborem pro výběr výzkumného vzorku populace osob s diagnózou mentální anorexie. Kontrolní skupina je vzorkem neklinické populace věku adolescence a mladé dospělosti, a to z důvodu srovnatelnosti s výzkumným souborem, ve kterém v souladu s literaturou předpokládáme největší zastoupení právě adolescentů a mladých dospělých, neboť anorexie je typickým onemocněním období adolescence.

5.1 Způsob výběru výzkumného a kontrolního souboru z populace

Výzkumný soubor jsem vybírala na základě možností, které se v této oblasti otevíraly. Vzhledem k prevalenci mentální anorexie, která se pohybuje zhruba kolem 1 % populace, a také s ohledem na typickou uzavřenost anorektiček a jen malý náhled na svoji situaci u akutně nemocných, se jako nejvhodnější jevílo oslovit široké, věkově ani nijak jinak neomezené, spektrum lidí. Nejprve jsem oslovila léčebny a nemocnice, avšak zde se mi nepodařilo navázat spolupráci s žádným zařízením, kde by bylo možné sesbírat celý vzorek. Od listopadu jsem byla v kontaktu s psychiatrickými léčebnami ve Šternberku a v Kroměříži. Po dobu probíhajícího výzkumu, tedy od listopadu do března, se zde podařilo oslovit pouze jednu pacientku s diagnózou mentální anorexie, která byla ochotná vstoupit do výzkumu. Dále jsem oslovila občanské sdružení Anabell věnující se osobám s poruchami příjmu potravy, ale ani zde se mi nepodařilo navázat spolupráci na výzkumu. Od ledna 2014 jsem tedy zahájila internetový výzkum. Výběr vzorku probíhal **příležitostným výběrem**. V některých případech byl ještě kombinovaný s **výběrem sněhové koule**, kdy jsem respondenty žádala o přeposlání dotazníku také dalším osobám trpícím anorexií. Dotazník jsem v elektronické podobě rozšiřovala mezi okruh své rodiny, přátel a známých, dále prostřednictvím portálu o poruchách příjmu potravy idealni.cz a dalších diskuzních fór na internetu a nakonec sdílením na sociální síti Facebook. Ve výsledku se mi podařilo získat celkem 57 respondentů. Kontrolní skupinu jsem získala taktéž příležitostným výběrem prostřednictvím sdílení na internetu. Snažila jsem se o výběr souboru podobného věku a pohlaví. Sdílela jsem jej na síti Facebook, kde jsem očekávala

nižší věkovou kategorii a žádala jsem o vyplnění zejména ženy, aby byl kontrolní soubor srovnatelný s mým výzkumným vzorkem.

5.2 Charakteristika výzkumného a kontrolního souboru

Výzkumný soubor čítá celkem 57 respondentů, z čehož tři jsou muži (5%). Vzhledem k udávané prevalenci v poměru 10 : 1 je mužů v mém výzkumném souboru o něco méně, než odpovídá reálné situaci. Je možné si to vysvětlit z důvodu menší ochoty mužů vstupovat do výzkumů. Věk respondentů se pohyboval mezi 14 až 46 lety, přičemž průměrný věk byl 23 let, medián věku 22 let.

Co se týče rodinných poměrů, 36 z celkových 57 respondentů (tedy 63 %) v současnosti bydlí se svými rodiči. Dvě z těchto respondentek dokonce stále bydlí ve své primární rodině, i když už mají rodinu vlastní. S rodiči tedy nebydlí zbývajících 21 respondentů (37 %). Odchod z domu byl u těchto respondentů datován od 16 do 25 let, průměrný věk odchodu z domu je 19,6 let, modus 20 let. Z těch respondentů, kteří už nežijí v primární rodině, má svou vlastní rodinu osm (z 21) a sedm z nich má děti, jedno, dvě nebo tři. Věk narození dětí byl poměrně nízký, průměrně zhruba kolem 21 let. Z celkového počtu 20 respondentů (35 %) uvedlo, že jejich rodiče spolu nežijí. Z těchto respondentů 12 zatím žije v primární rodině, přičemž všichni uvedli, že bydlí s matkou. V souboru je 11 jedináčků, 29 respondentů má jednoho sourozence, 9 má dva sourozence, 7 tři sourozence a jeden respondent čtyři.

Začátek onemocnění datují různě, většina však uváděla období adolescence, od 12 let, nejvíce byl uváděn věk mezi 15 až 17 lety. To je v souladu s literaturou. Při vyhodnocování dat získaných na internetu si nemůžeme být jisti přesnou diagnostikou. Většina respondentů odpověděla na položku: „*Měl/a jsem nebo mám mentální anorexii,*“ ano. Dvě respondentky uvedly spíše obecně poruchy příjmu potravy dále nspecifikované. To je u diagnostiky poruch příjmu potravy problematické. Mentální anorexie a bulimie se vzájemně prolínají, přechází jedna v druhou a střídají se epizody anorektické s bulimickými. Jedna respondentka uvedla purgativní typ mentální anorexie. Dvě respondentky uvedly, že neměly anorexii diagnostikovanou, resp. nenavštívily lékaře, ale z popsanych okolností lze předpokládat, že touto nemocí trpěly. Jedna respondentka uvedla místo anorexie nechutenství. Je možné polemizovat nad tím, zda jde o stejný problém, jakým je anorexie. Další respondentka zase uvedla: „*zatím to není tolik vážné, spíše problémy s psychikou*“. Rozhodla jsem se obě tyto respondentky ve výzkumu ponechat.

Domnívám se, že by se nenamáhalo s vyplňováním dotazníku, pokud by neměly skutečně problém s anorexií, byť by u nich onemocnění zatím bylo v počátečním stádiu nebo ve stádiu bez reflexe a náhledu. Léčba a terapie

Pouze 12 respondentek z celkového počtu v současné době podstupuje léčbu či terapii. 15 respondentů uvedlo, že bylo v minulosti hospitalizováno, frekvence byla od jedné až po sedm hospitalizací, přičemž doba hospitalizace se pohybovala od jednoho týdne až po půl roku, nejčastěji však trvala tři měsíce. Zajímavá mi v tomto ohledu přišla například odpověď „*měla jsem být, nenastoupila jsem*“. Myslím, že přínosem výzkumu prováděného u této populace prostřednictvím internetu je právě v zachycení anorektiček, které se neléčí, nevyhledávají pomoc, ale přesto už ví a do jisté míry si připouští, že touto poruchou trpí. Většina studií prováděných u osob s mentální anorexií totiž probíhá na typických klinických případech hospitalizovaných dívek.

Kontrolní soubor čítal celkem 61 respondentů, z toho 10 mužů (16%). Počet mužů byl oproti výzkumnému souboru vyšší. Věkově se respondenti pohybovali mezi 13 – 32 lety, věkový průměr byl 22 let a medián taktéž 22 let.

Rodinné poměry kontrolního souboru vypadají následovně. Celkem 45 respondentů (74 %) v současnosti bydlí se svými rodiči. Zbývajících 16 respondentů uvedlo odchod od rodiny v rozmezí od 18 do 29 let, průměrný věk 21,6 let, medián 20 let. Vlastní rodinu mají čtyři respondenti, děti jedno nebo dvě. V souboru se nacházeli 2 jedináčci, 30 osob s jedním sourozencem, 15 osob se dvěma, 9 se třemi, 4 se čtyřmi a 1 respondent s šesti sourozenci. Celkem 16 respondentů (26 %) uvedlo, že jejich rodiče spolu nežijí, přičemž 12 z nich bydlí s matkou, jedna respondentka s otcem a další už se svými rodiči nebydlí.

Tabulka 2: Souhrn charakteristik výzkumného a kontrolního souboru

	Výzkumný soubor	Kontrolní soubor
Počet	57	61
Věk	14 – 46 let	13 – 32 let
Průměr / medián věku	23 / 22 let	22 / 22 let
Pohlaví - muži	3 / 5%	10 / 16 %
Pohlaví - ženy	54 / 95%	51 / 84%
Žijí s rodiči	36 / 63%	45 / 74%
Rozvedení rodiče	20 / 35%	16 / 26%
Vlastní rodina	8 / 14 %	6 / 10%

6 ANALÝZA ZÍSKANÝCH DAT A INTERPRETACE VÝSLEDKŮ

5.3 Porovnání vztahové úzkostnosti a vyhýbavosti

Dotazník ECR sytí škály úzkostnosti (sudé položky) a vyhýbavosti (liché položky). Hrubé skóry těchto položek jsem podle potřeby přepočítala (položky 3, 15, 19, 22, 25, 27, 29, 31, 33 a 35) a následně jsem vypočítala průměry těchto dimenzí pro každého probanda. V tabulce 3 uvádím výsledné průměry a jejich směrodatné odchylky pro obě škály i oba soubory probandů a zároveň předběžné pracovní normy z pilotní studie Lečbycha a Pospíšilíkové (2012) provedené na souboru studentů psychologie.

Tabulka 3: Porovnání průměrů a směrodatných odchylek škál dotazníku ECR u výzkumného a kontrolního souboru s pracovními normami dle Lečbycha a Pospíšilíkové

Škály ECR	Výzkumný soubor (n=57)		Kontrolní soubor (n=61)		Pracovní normy (n=108)	
	průměr	Směrodat. odchylka	průměr	Směrodat. odchylka	průměr	Směrodat. Odchylka
Úzkostnost	4,33	1,82	4,33	1,69	3,68	0,73
Vyhýbavost	4,28	1,63	3,22	1,48	3,14	0,65

Z tabulky je patrné, že průměry výzkumného souboru v obou škálách jsou zvýšené oproti normám neklinické populaci. Hodnoty vyhýbavosti kontrolní souboru se podobají pracovním normám. Oproti tomu hodnoty škály úzkostnosti jsou v mém kontrolním souboru vyšší než hodnoty pracovních norem a blíží se spíše výzkumnému souboru osob s mentální anorexií. Podotýkám, že normy pochází z výzkumu prováděném na souboru studentů psychologie, tudíž nemusí úplně odpovídat běžné populaci.

6.1.1 Testování hypotézy č. 1

H1: Vztahová úzkostnost je u skupiny osob s mentální anorexií signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Na ověření statisticky významného rozdílu mezi výzkumným a kontrolním souborem ve škále úzkostnosti jsem použila t-test pro nezávislé vzorky. Pracovala jsem přitom s hrubými skóry. Jak je vidět v tabulce 4, statisticky významný rozdíl mezi skupinami nebyl prokázán. Osoby s mentální anorexií v mém vzorku tedy nevykazují signifikantně

vyšší míru úzkostnosti v citových vazbách oproti skupině z neklinické populace. V testování se naopak prokázalo ještě o něco málo vyšší skóre úzkostnosti u kontrolního vzorku, oproti výzkumnému.

Tabulka 4: T-test pro srovnání míry úzkostnosti u výzkumného souboru (VS; N=57) a kontrolního souboru (KS; N=61)

Proměnná	T-TEST 1								
	Průměr VS	Průměr KS	t	sv	p	Sm. odch. VS	Sm. odch. KS	F poměr rozptyly	p rozptyly
Úzkostnost	77,97	78,49	-0,160	116	0,873	18,17	17,68	1,056	0,834

Hypotézu č. 1 tedy na základě těchto výsledků zamítáme, neboť nemůžeme prokázat její platnost.

6.1.2 Testování hypotézy č. 2

H2: Vztahová vyhýbavost je u skupiny osob s mentální anorexií signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Obdobně jako u předchozí hypotézy jsem i tuto ověřovala pomocí Studentova t-testu. V tabulce 5 můžeme vidět jeho výsledek. Byl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinou osob s mentální anorexií a skupinou neklinickou. Absolutní hodnota t statistického byla větší než tabulková hodnota a $p < 0,001$, tudíž je rozdíl mezi skupinami ve vztahové vyhýbavosti signifikantně významný na nejvyšší hladině významnosti.

Tabulka 5: Hodnoty t-testu pro srovnání výzkumného souboru (N= 57) a kontrolního souboru (N = 61) ve škále vyhýbavosti

Proměnná	T-TEST 2								
	Průměr VS	Průměr KS	t	sv	p	Sm. odch. VS	Sm. odch. KS	F poměr rozptyly	p rozptyly
Vyhýbavost	76,96	57,90	5,142	116	0,000001	21,69	18,54	1,369	0,233

Na základě těchto výsledků byla ověřena a přijata hypotézu č. 2.

5.4 Porovnání odmítání, emoční vřelosti a hyperprotektivity v rodičovském chování

Dotazník s-E.M.B.U. obsahuje tři škály, škála odmítání sytí celkem 7 položek, emoční vřelosti 6 položek a hyperprotektivity 9 položek. Jedna z položek (č. 9) byla vyřazena z hodnocení pro nedostatečné sycení příslušné škály. Vycházím přitom zejména z výzkumů Jozefa Hašta, neboť slovenskou populaci považuji za nejbližší té české. V nasbíraných datech z dotazníku jsem nejprve kvantifikovala verbální výroky a provedla potřebné přepólování (u položky č. 17). Výsledné hrubé skóry jsem rozdělila do jednotlivých škál, sečetla a se součty jsem potom dále pracovala při testování jednotlivých hypotéz.

Ve škále odmítání jsem narazila na problém s položkou č. 15 „*Cítil/a jsem, že moji rodiče měli mého bratra(-y) nebo sestru(-y) raději než mě.*“ Respondenti, kteří nemají sourozence, tuto otázku ve většině případů nevyplnili. Ti, kteří ji vyplnili, ji skórovali jako „*Ne, nikdy*“. V článkách věnujících se dotazníku s-E.M.B.U. jsem o podobném problému nenašla žádnou zmínku. Domnívám se však, že tato položka může zkreslovat výsledky u jedináčků, také vzhledem k tomu, že škála je sycena pouze sedmi položkami. Provedla jsem proto ověření vnitřní konzistence škály celkem dvakrát, s položkou č. 15 (kdy jsem jedináčky, kteří nevedli odpověď, zakódovala číslem 1 – „*Ne, nikdy*“) a bez ní. U výzkumného souboru mi vyšel koeficient Cronbachovo alfa v obou případech roven 0,84. U kontrolní skupiny mi však vyšlo nepatrně vyšší Cronbachovo alfa s otázkou č. 15 (0,86 oproti 0,84). To může být způsobeno také tím, že zatímco ve výzkumném souboru bylo 11 jedináčků, v kontrolní byli pouze dva. Nakonec jsem se rozhodla ponechat tuto otázku ve vyhodnocení s tím, že jsem doplnila příslušné položky u jedináčků skórem 1. Dotazník je v této podobě i s touto otázkou používán všude v zahraničí a tudíž jsem nechtěla položku vyřazovat, ale do budoucna by ovšem bylo dobré tuto položku znovu ověřit.

6.2.1 Testování hypotézy č. 3

H3: Vnímané odmítání v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Pro ověření statisticky významného rozdílu ve vnímaném odmítání ze strany rodičů mezi skupinou osob s mentální anorexií a kontrolní skupinou zdravých osob jsem použila opět

Studentův t-test s nerovností rozptylů. Hodnota t byla větší než kritická hodnota a hodnota $p < 0,05$. Můžeme tedy říct, že mezi skupinou osob s mentální anorexií a skupinou neklinické populace je statisticky významný rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Osoby s mentální anorexií podle těchto výsledků vnímají své rodiče jako více odmítavé než jak své rodiče vnímají osoby zdravé.

Tabulka 6: Hodnoty t-testu pro srovnání výzkumného souboru (N = 57) a kontrolního souboru (N = 61) ve škále odmítání

Proměnná	T-TEST 3								
	Průměr VS	Průměr KS	t	sv	p	Sm. odch. VS	Sm. odch. KS	F poměr rozptyly	p rozptyly
Odmítání	23,02	20,48	2,104	116	0,038	7,18	5,93	1,466	0,147

Hypotéza č. 3 byla přijata.

6.2.2 Testování hypotézy č. 4

H4: Vnímaná emoční vřelost v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně nižší než u skupiny zdravých osob.

Rozdíl ve škále emoční vřelosti rodičů dvou skupin mého výzkumu jsem ověřovala taktéž t-testem. V tabulce 7 je vidět, že p hodnota byla nižší než 0,05. Byl tedy nalezen rozdíl mezi skupiny na signifikantní hladině významnosti 0,01. Rozdíl mezi skupinami byl dán nižším skórem emoční vřelosti u výzkumného souboru oproti neklinické populaci. Můžeme tedy říct, že rodiče skupiny osob s mentální anorexií jsou méně emočně vřelí než rodiče jejich zdravých vrstevníků.

Tabulka 7: Hodnoty t-testy pro srovnání výzkumného souboru (N = 57) a kontrolního souboru (N = 61) ve škále emoční vřelosti

Proměnná	T-TEST 4								
	Průměr VS	Průměr KS	t	sv	p	Sm. odch. VS	Sm. odch. KS	F poměr rozptyly	p rozptyly
Emoční vřelost	30,53	34,98	-2,796	116	0,006	9,15	8,16	1,258	0,383

Tímto výsledkem byla přijata hypotéza č. 4.

6.2.3 Testování hypotézy č. 5

H5: Vnímaná hyperprotektivita v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob.

Rozdíl ve škále hyperprotektivity pro ověření poslední hypotézy jsem provedla pomocí Studentova t-testu. Už na první pohled je z tabulky výsledků (tabulka 8) vidět, že průměry skupin se téměř neliší. Vypočítaná hodnota p je větší než hladina statistické významnosti $\alpha = 0,05$. Z toho vyplývá, že nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi vnímanou rodičovskou hyperprotektivitou mezi skupinou osob s mentální anorexií a kontrolní skupinou.

Tabulka 8: Hodnoty t-testy pro srovnání výzkumného souboru (N = 57) a kontrolního souboru (N = 61) ve škále hyperprotektivity

Proměnná	T-TEST 5								
	Průměr VS	Průměr KS	t	sv	p	Sm. odch. VS	Sm. odch. KS	F poměr rozptyly	p rozptyly
Hyperprotektivita	36,54	36,61	-0,036	116	0,972	9,95	9,19	1,173	0,544

Hypotéza č. 5 byla zamítnuta z důvodu nedostatečných důkazů k jejímu potvrzení.

5.5 Další výsledky

Nad rámec stanovených hypotéz mi připadalo zajímavé porovnat rozdíly mezi matkami a otci v chování vůči svým dětem. Tato možnost se mi nabízí v rámci testu s-E.M.B.U. Dále jsem chtěla pozorovat souvislosti mezi všemi měřenými škálami oběma testy, tedy zejména, zda se určité chování u rodičů váže na specifickou dimenzi citové vazby. Vzhledem k cílům práce jsem měřila pouze dimenze citové vazby (úzkostnost a vyhýbavost), ale zajímalo mě také, jaké konkrétní vazebné styly se vyskytují v mé výzkumné a kontrolní skupině. Výsledky těchto dalších analýz uvádím níže.

6.3.1 Porovnání vnímaného rodičovského chování otců a matek

V prvé řadě jsem se věnovala porovnání skóre otců se skóre matek ve škálách odmítání, emoční vřelosti a hyperprotektivity u výzkumné skupiny. V tabulce 9 uvádím přehled základních průměrného skóre, mediánu, minimální a maximální hodnoty k jednotlivým škálám a souborům zvlášť pro matky a zvlášť pro otce.

Tabulka 9: Srovnání skóre jednotlivých škál pro matky a pro otce u výzkumného souboru (VS) a kontrolního souboru (KS)

Škály s-E.M.B.U.		VS/KS	průměr	medián	min	Max
Odmítání	OTEC	VS	11,4	10	7	22
		KS	10,1	9	7	21
	MATKA	VS	11,6	11	7	24
		KS	10,3	9	7	25
Emoční vřelost	OTEC	VS	13,9	14	6	24
		KS	16,1	17	6	24
	MATKA	VS	16,6	16	6	24
		KS	18,8	19	6	24
Hyperprotektivita	OTEC	VS	16,86	17	9	31
		KS	16,9	16,5	9	31
	MATKA	VS	19,7	19	10	31
		KS	19,6	20	9	36

Výsledná data ve škálách jsem rozdělila zvlášť pro otce a pro matku a porovnála jsem rozdíly mezi nimi t-testem. Jak je vidět v tabulce 10, ve výzkumné skupině byl prokázán statisticky významný rozdíl na hladině významnosti 0,01 ve škále emoční vřelosti, kde výše skórovaly matky oproti otcům.

Tabulka 10: Hodnoty t-testu pro srovnání hodnot škály emoční vřelosti mezi matkami a otci ve výzkumné skupině (N = 57)

Proměnná	T-TEST 6								
	Průměr matky	Průměr otcové	t	sv	p	Sm. odch. matky	Sm. odch. otcové	F poměr rozptyly	p rozptyly
Emoční vřelost	16,63	13,89	2,918	112	0,004	5,05	4,97	1,033	0,903

Rozdíl na stejné hladině významnosti byl prokázán i na škále hyperprotektivity, kde byly matky opět hodnoceny vyšším skórem než otcové.

Tabulka 11: Hodnoty t-testu pro srovnání škály odmítání mezi matkami a otci ve výzkumné skupině (N = 57)

Proměnná	T-TEST 7								
	Průměr matky	Průměr otcové	t	sv	p	Sm. odch. matky	Sm. odch. otcové	F poměr rozptyly	p rozptyly
Odmítání	11,63	11,39	0,324	112	0,747	4,19	3,90	1,155	0,592

Rozdíl na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ byl prokázán i na škále hyperprotektivity, kde byly matky hodnoceny vyšším skórem než otcové.

Tabulka 12: Hodnoty t-testu pro srovnání škály hyperprotektivity mezi matkami a otci ve výzkumném souboru (N = 57)

Proměnná	T-TEST 8								
	Průměr matky	Průměr otcové	t	sv	p	Sm. odch. matky	Sm. odch. otcové	F poměr rozptyly	p rozptyly
Hyperprotektivita	19,68	16,86	2,709	112	0,008	5,73	5,40	1,126	0,659

6.3.2 Souvislosti mezi proměnnými citové vazby a vnímaným rodičovským chování

Jako další krok jsem sledovala souvislosti mezi proměnnými vztahové vazby s proměnnými zapamatovaného rodičovského chování souboru osob s mentální anorexií. Provedla jsem Pearsonovu korelaci subškál úzkostnosti a vyhýbavosti testu ECR a subškál hyperprotektivity, emoční vřelosti a odmítání testu s-E.M.B.U. Výsledky korelací jsou informacemi o souvislosti rodinného prostředí utvářeného chováním rodičů k dítěti a citovou vazbou, která se u dětí vytvoří. Následující tabulka 13 je výsledkem zmíněné korelační matice. Zvýrazněné a označené korelace jsou statisticky významné na hladině $p < 0,05$, testování bylo provedeno na souboru čítajícím 57 osob.

Tabulka 13: Korelační matice škál vyhýbavosti a úzkostnosti a škál hyperprotektivity, emoční vřelosti a odmítání

Proměnná	Vyhýbavost	Úzkostnost	Hyperprotektivita	Emoční vřelost	Odmítání
Vyhýbavost	1,000	-0,029	0,327*	-0,376*	0,251
Úzkostnost	-0,029	1,000	0,170	0,012	-0,043
Hyperprotektivita	0,327*	0,170	1,000	-0,201	0,482*
Emoční vřelost	-0,376*	0,012	-0,201	1,000	-0,676*
Odmítání	0,251	-0,043	0,482*	-0,676*	1,000

Byla zjištěna statisticky významná souvislost na hladině alfa rovna 0,05 mezi vyhýbavostí a hyperprotektivitou ($r = 0,327$). Dále také záporná souvislost mezi vyhýbavostí a emoční vřelostí ($r = -0,376$). Kromě toho byly nalezeny i souvislosti mezi jednotlivými dimenzemi vnímaného rodičovského chování. Hyperprotektivita pozitivně korelovala s odmítáním ($r = 0,482$). Emoční vřelost naopak významně negativně korelovala

s odmítáním ($r = -0,676$), což lze považovat za jeden z možných důkazů pro validitu metody, neboť jde o složky rodičovského chování, které jsou antagonistické.

6.3.3 Zastoupení stylů citové vazby

Jako zajímavé mi přišlo určit konkrétní typ citové vazby z testu ECR. Ten jsem vypočítala podle Lečbycha a Pospíšilíkové, kteří vycházeli z postupů Brennana, Clarka a Shavera.

U každého probanda jsme provedli čtyři výpočty, kterými zjistíme výši zastoupení všech typů vazeb v jeho vazebném vzorci:

1. $SEC = avoidance * 3.2893296 + anxiety * 5.4725318 - 11.5307833$
2. $FEAR = avoidance * 7.2371075 + anxiety * 8.1776446 - 32.3553266$
3. $PRE = avoidance * 3.9246754 + anxiety * 9.7102446 - 28.4573220$
4. $DIS = avoidance * 7.3654621 + anxiety * 4.9392039 - 22.2281088$

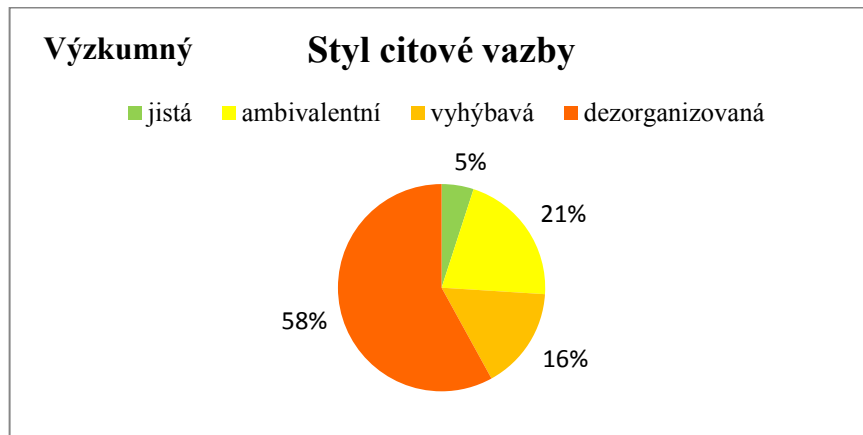
Vazebný styl konkrétního jedince je potom určen nejvyšší dosaženou hodnotou v těchto čtyřech výpočtech. SEC znamená „secure dimension“, tedy **jistou citovou vazbu**, FEAR zase „fearful dimension“, nazývanou jako **bázlivě-vyhýbavou**, neboli **dezorganizovanou** vazbu, PRE jako „preoccupied dimension“, označovaný jako **zaujatý** styl, nebo podle literatury, z níž jsem já čerpala jako **ambivalentní (úzkostná) vazba** a nakonec DIS znamená „dismissing dimension“, tedy **distancovaný**, neboli **vyhýbavý typ** vazby (Brennan et al., 1998, in Pospíšilíková, 2012).

Podle tohoto postupu jsem vypočítala typ vazby pro každého respondenta. Ve výzkumném souboru bylo výrazně největší zastoupení dezorganizované / bojácně vyhýbavé vazby (33 z 57), v kontrolním vzorku bylo naopak nejvíce ambivalentní neboli zaujaté vazby. Podrobné četnosti a procentuální zastoupení jednotlivých stylů vazeb u obou skupin uvádím v tabulce 14, grafické znázornění procentuálního rozložení je uvedeno v obrázcích 1 a 2.

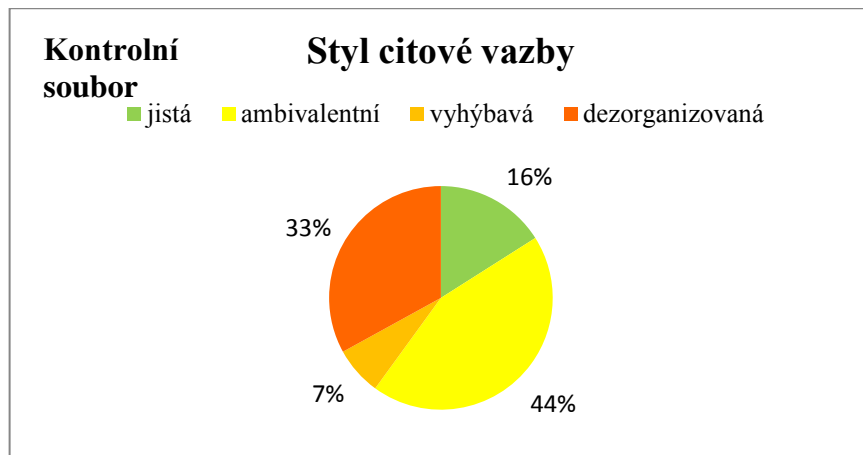
Tabulka 14: Četnosti a procentuální zastoupení jednotlivých stylů citové vazby ve výzkumném a kontrolním souboru

Styl citové vazby	Výzkumný soubor N = 57	Kontrolní soubor N = 61
Jistá	3 (5 %)	10 (16 %)
Ambivalentní	12 (21 %)	27 (44 %)
Vyhýbavá	9 (16 %)	4 (7 %)
Dezorganizovaná	33 (58 %)	20 (33 %)

Obrázek 1: Zastoupení jednotlivých stylů citové vazby u výzkumného souboru



Obrázek 2: Zastoupení jednotlivých stylů citové vazby u kontrolního souboru



Očekávala jsem, že v kontrolní skupině bude více osob s jistými citovými vazbami. Projevil se rozdíl v dezorganizované vazbě, které je oproti klinické skupině procentuálně téměř o polovinu méně. Tento typ vazby je považován nejčastěji za rizikový faktor v etiologii psychických poruch. Můžeme tedy říct, že u skupiny anorektiček se tento typ vazby vyskytuje častěji než u neklinické skupiny. Zajímavý je ovšem vysoký podíl ambivalentně úzkostné neboli zaujaté vazby u kontrolního vzorku. Lze se domnívat, že v dnešní době jen málo osob má jistou citovou vazbu, důvěru v druhé a další charakteristiky z toho vyplývající. Může to souviset s dnešní odcizenou dobou, kdy rodiče tráví hodně času v práci a dětem se nevěnují. Z toho pro nás vyplývá obtížnost nalezení optimální nepatologické kontrolní skupiny pro srovnávání typů citových vazeb. Na druhou stranu však také platí, že i u osob s nejistými vazbami, i dezorganizovanými, se nemusí rozvinout mentální anorexie ani jiná psychická porucha. Domnívám se, že s rozvojem psychopatologie tedy souvisí ještě mnohé další faktory a otázkou zůstává, do jaké míry může mít právě nejistá citová vazba predikční hodnotu vůči vzniku psychických poruch.

6 DISKUZE

Na základě výsledků, které jsou podrobně popsány v kapitole 6, lze konstatovat, že skupina osob s mentální anorexií se odlišovala od kontrolní skupiny bez poruch příjmu potravy vyšší mírou vyhýbavosti v citových vztazích a své rodiče popisovala jako méně emočně vřelá a více odmítavé. Předpoklady o vyšší míře úzkostnosti a rodičovské hyperprotektivity se nepotvrdily.

Signifikantně zvýšená míra vyhýbavosti v blízkých vztazích u osob s mentální anorexií svědčí pro distancování od lidí, přičemž jednou z typických charakteristik anorektiček bývá uzavřenost. Zvýšené skóre na škále vyhýbavosti lze interpretovat tak, že se anorektičky vyhýbají kontaktu s druhými, nerady se citově vážou, natož stávají závislými na druhých, obecně se v intimních vztazích necítí dobře, nerady se někomu svěřují. Podle Bowlbyho (2010) teorie citové vazby je tato životní strategie způsobena nedostupností primární vztahové osoby, většinou matky. Tady se nabízí uvedení do kontextu dalších výsledků tohoto výzkumu. Nízká emoční vřelost a odmítání ze strany rodičů může být chápána jako určitá forma nedostupnosti blízkých osob. Pokud rodiče nejsou pro své děti patřičně emočně dostupní, dítě si může vytvořit protektivní reakci ve vyhýbání, neboť nechce být opakovaně zklamané. Kromě vlivu raných vztahů je třeba brát v úvahu ale také vliv pozdějších životních zkušeností. O vyhýbavosti se zmiňuje už Bruch (1973, in Chassler, 1997), když u anorektiček popisuje odmítání kontaktu s lidmi. Ve výzkumu Warda et al. (2001) se u anorektiček i jejich matek objevoval nejčastěji vyhýbavý typ vazby, který přirozeně zahrnuje zvýšenou míru vyhýbavosti. Zajímavá jsou v této souvislosti také tvrzení Mikulincera a Shavera (2007), kteří spojují vyhýbavé strategie s depresi odvozenými od velké ctižádosti, sebeobviňování a somatických stesků. Právě tyto charakteristiky se u anorektiček také objevují. Ve výsledcích se nepotvrdila hypotéza o vyšší úzkostnosti u skupiny anorektiček, i když byla postulována už psychoanalýzou. Vyjadřují se o ní jako o prediktoru také Mikulincer a Shaver (2007) a identifikována i v různých studiích (Troisi et al., 2005; Ringer et al., 2007; Taborelli et al., 2013). V souladu se separačními teoriemi vzniku mentální anorexie jsem usuzovala spíše na rozvoj těchto úzkostných (hyperaktivačních) strategií než vyhýbavých (deaktivačních). Úzkostnost se totiž mimo jiné projevuje strachem z opuštění. Domnívám se tedy, pokud by skutečně anorexie souvisela se separačními procesy, jak je často uváděno (Kocurková, 1997a; Chvála, & Trapková, 2005; Beattie, 1988), že to nejsou dospívající, kteří mají strach ze

separace, ale naopak jejich rodiče, kteří je brzdí v osamostatňování. Škála vyhýbavosti totiž naznačuje, že se respondenti necítí dobře v závislém postavení, kterým právě může být vztah s jejich rodiči.

Strategie vyhýbání se kontaktu s lidmi může být důsledkem zkušenosti s odmítáním od vztahové osoby, což se nám také potvrdilo. Přičemž zrovna odmítání se u rodičů mého souboru projevilo. Odmítání je charakteristické nedostatkem projevované lásky, což vyvolá zlobu na vztahovou osobu. Důsledkem je potlačování potřeby připoutání a blízkosti. To pak vede k neuspokojení základních potřeb bezpečí a lásky. Mikulincer a Shaver (2010) dávají do souvislosti s vyhýbavostí oslabené vyjadřování emocí ve vztahu s primární vztahovou osobou. Tato souvislost by se dala aplikovat i na výsledky mého výzkumu. V dotazníku s-E.M.B.U. se totiž projevila snížená emoční vřelost u rodičů anorektiček a současně s tím i zvýšené odmítání. Odmítavé chování je samozřejmě v protikladu k emoční vřelosti, která předpokládá přijetí. Tyto výsledky lze interpretovat jako jeden z důkazů, že škála s-E.M.B.U. měří, co mají.

Nízká emoční vřelost vyjadřuje, že rodiče své děti málo oceňují, neprojevují jim pozitivní city, lásku, přijetí, nedostatečně je chválí a povzbuzují. Kde není láska, cítí se dítě nechtěné, odmítané, je kritizované a může si připadat, že nedostatečně naplňuje rodičovské představy. Přitom pozitivní emoční klima uspokojuje základní psychické potřeby bezpečí a jistoty, lásky a sounáležitosti. Z uspokojení těchto potřeb pramení jistota ve vztazích a důvěra v druhé lidi, která je zdrojem jistého citového připoutání. To pak je protektivním faktorem před vznikem psychických poruch.

Souvislostem mentální anorexie s emocemi se věnovalo již více výzkumů. Např. Štecková (2007) popisuje anorektičky jako nedostatečně emočně vázané a postrádající citovou blízkost. Mnohými výzkumy (Tereno et al., 2013; Le Grange et al., 2011; Elliott, 2010) byl navíc prokázán pozitivní vliv emoční dostupnosti, vřelosti a podpory současně nižší míry odmítání na úspěšnou léčbu anorexie. Tereno et al. (2013) a Elliott (2010) poukazují zejména na pozitivní důsledek otcovské podpory a emočního sycení pro uzdravení dcery.

Vyšší míru odmítání od rodičů u skupiny anorektiček dokládá také výzkum Elliott (2010). Odmítání dospívajících a jejich individuality může být považováno za problém se separačně-individuačními procesy. Rodiče nechtějí připustit, že dítě je zralé na to, aby se od nich do určité míry osamostatnilo, respektive se od něj sami odmítají separovat. Výsledná zjištění o nízké emoční vřelosti korespondují také se separační teorií

tzv. sociálního porodu (Chvála, & Trapková, 2005). Pokud je emoční vřelost rodičů malá, jsou rodiče pro dítě obtížně nebo málo dostupní, dítě se jimi nemůže dostatečně citově nasytit a tím pádem, v souladu s touto teorií, ani separovat a osamostatnit. Právě toto pozastavení separačně-individuačních procesů je jednou z etiologických teorií anorexie.

Myslím si, že nízká emoční vřelost a vysoké odmítání ze strany rodičů také negativně ovlivňuje utváření sebeúcty dospívajících. Přitom nízká sebeúcta se uvádí jako jedna z typických osobnostních charakteristik osob trpících anorexií. Sebeúcta pramení z toho, jak je dítě oceňováno svými rodiči. Pokud jej mají rádi, chválí je, vyzdvihují jejich přednosti a vyjadřují jim pozitivní emoce, je utváření sebeúcty snazší, než pokud jsou k nim rodiče chladní a kritizují je. Fonagy a Target (2005) postulovali teorii o důležitosti zrcadlení pozitivních emocí ze strany rodičů ke svým dětem. Emoční chlad souvisí s nedostatkem pozitivní zpětné vazby, která má také bezesporu vliv právě na sebeúctu a sebehodnocení. Sebeúcta souvisí také s přijímáním svého těla. Poruchy příjmu potravy bývají považovány za druh sebepoškozování, protože nemocní odpírají tělu to, co je pro něj přirozené a potřebné, potravu, čímž ho poškozují.

Lze se domnívat, že nízká emoční vřelost souvisí také s obecně nedostatečným vyjadřováním emocí v rodině. Ty mohou být potlačovány také z důvodu vnímaného rodičovského odmítání. Gjuričková a Kubička (2003) rozdělují rodiny na citlivé vůči emocím a citlivé vůči bolestem těla. Rodiny, kde se rozvine mentální anorexie, bychom v tomto ohledu mohli zařadit ke druhé skupině, která také častěji somatizuje. Zajímavé je v této souvislosti také pojetí Stackeové (nedat.), která udává, že osoby s narušeným tělesným sebepojetím mají často tendenci setrvávat v somatickém onemocnění proto, že jim umožňuje kontakt s blízkou osobou. Anorexii v tomto smyslu můžeme chápat jako prostředek k získání intimity.

Ve výsledcích se neprokázala souvislost mentální anorexie s vnímanou hyperprotektivitou rodičů, neboť ta nebyla zvýšená oproti kontrolní skupině, ač se o ní také píše v souvislosti s touto diagnózou. Ve svém modelu psychosomatické rodiny ji zmiňuje Minuchin (2013) a výzkumně dokládá také Taborelli et al. (2013). Hyperprotektivita se projevuje strachem o bezpečí, přehnanou péčí, starostlivostí a velkou angažovaností. Je možné, že respondenti takové chování od svých rodičů nepocítují, ale také se nabízí možnost, že toto chování pouze nereflektují (vzhledem k tomu, že se jedná o formu sebesposuzovacího dotazníku), nebo ji nepřiznávají. Je možné, že se dcera natolik ztotožní se svou matkou, že se od ní

nedokáže oddělit a mít náhled na její chování. V důsledku toho dívka nemá zformovanou vlastní identitu, což jí neumožňuje separaci.

Ústředním bodem, který spatřuji napříč výsledky, jsou emoce prožívané v rodinných vztazích. Domnívám se, že ty jsou významným prediktorem prognózy této poruchy. Anorektičky v mém výzkumu pocítovaly deficit v emoční vřelosti od rodičů a připadly si odmítané. Vidím zde důležitou souvislost se sebepřijetím. Když nejsme přijímáni od druhých, zejména od těch nejbližších, je těžké naučit se přijímat sám sebe. Poruchy příjmu potravy jsou typické narušeným sebepojetím a vztahem k vlastnímu tělu. V důsledku špatného citového zázemí a nenaplnování základních potřeb, se u dítěte může rozvinout nejistá citová vazba, která jej později ovlivňuje i v průběhu života v dalších vztazích, které navazuje s přáteli či partnery. U anorektiček v mém souboru byla specifickou reakcí na tuto emoční nedostupnost strategie vyhýbavosti, která se projevuje neochotou k navazování vztahů, strachem z intimity, nedůvěrou k lidem a nepocíťováním potřeby svěřovat se s címkoli osobním druhým lidem. Nízká emoční vřelost může souviset s celkově nedostatečným vyjadřováním emocí v rodině. Přitom pozitivní emoční zrcadlení vytváří u dítěte základu pro jeho sebehodnocení a také se tím dítě od rodičů učí, jak s emocemi nakládat. To je důležité zejména v náročných životních situacích vyžadujících emoční angažovanost. Pokud se děti od svých rodičů nenaučí zvládání takových situací, může pro ně být stresující událost zdrojem výraznější psychické dekompenzace. Kromě této neschopnosti si poradit s emocemi také nemají jistotu a zázemí lásky a bezpečí, nemají zdravou emoční základnu, o kterou by se mohli opřít. Když přijde krize, je těžké se s ní vyrovnat. Navíc pokud ještě mají zvnitřněnou vyhýbavou strategii ve vztazích, neumí si ani říct o pomoc. Tyto dívky se pak v krizi utíkají k neefektivní strategii restrikce potravy v touze vyrovnat se s obtížnou situací či zaplavením emocemi. Anorektičky často popisují hlad jako svého přítele. Toto přirovnání mi připadá přesné pro vyjádření emočního nenasycení od rodičů. Hlad může být chápán jako přítel, který dívky pozitivně zrcadlí a emočně sytí, díky němu jsou dobré, dává jim pocit vlastní hodnoty. Když vydrží nejíst, mohou si vážit samy sebe.

Souvislosti, které se nám projevíly v rámci korelační matice všech pěti subškál, také považuji za zajímavé. Větší hyperprotektivita v chování rodičů souvisela s vyšší mírou vztahové vyhýbavosti u respondenta. Toto si lze zdůvodnit tak, že pokud se rodiče příliš starají a pečují o děti, vyvine se u nich strategie vyhýbání, straní se kontaktu s nimi a nevyhledávají jejich blízkost. Rodiče touto přehnanou starostlivostí nechtějí nechat své

děti dospět a osamostatnit se. Zajímavá je souvislost hyperprotektivity s odmítáním. Přehnaná péče může být dětmi vnímaná spíše jako způsob odmítání, například odmítání jejich individuality, jejich osamostatňování apod. Zápornou korelaci emoční vřelosti a odmítání považuji za důkaz pro platnosti těchto škál dotazníku s-E.M.B.U. Nízká emoční vřelost taktéž korelovala s vyhýbavostí. Strategie vyhýbání se projevují odmítáním kontaktu, blízkosti, intimních citů.

Rozdíly mezi otci a matkami na škálách emoční vřelosti a hyperprotektivity se daly očekávat. Ženy bývají více emočně zainteresované ve výchově dětí i ve vztazích s nimi. Ženy jsou také převážně primárními vztahovými osobami, ke kterým si dítě vytváří obvykle nejsilnější citovou vazbu v raném dětství. Jak dokládá např. Poněšický (2004), pro ženy jsou vztahy důležitější než pro muže, vkládají do nich více své energie. Tento jev je ovlivněn kulturně a sociálně. Matky také bývají více ochránářské, mívají větší starost a péči o své dítě. Je to jakási pohlavní specifická vlastnost. Zároveň taky přirozený důsledek toho, že matky obvykle tráví výchovou svých dětí více času. Děti také přirozeně emoční podporu hledají obvykle spíše u matky. Je to proto, že ženy jsou citlivější, empatičtější. Je proto obvykle lepší hledat utěšení u matky, která navíc bývá snáze dostupná. Souvisí to také s odlišnou rolí otců a matek ve výchově dítěte.

Domnívám se také, že nejistá citová vazba není kauzálním prediktorem vzniku mentální anorexie, pro to je potřeba jiný spouštěcí faktor. Nejistou vazbu považuji spíše za faktor zvyšující vulnerabilitu člověka vůči psychickým onemocněním.

Výsledky, ke kterým jsem došla v tomto výzkumu, mají svá omezení. Ta vyplývají např. z výzkumného vzorku osob, který nebyl vybrán náhodným výběrem, tudíž jej nelze považovat za reprezentativní a výsledky zobecňovat na celou populaci. Na druhou stranu u cílové skupiny by se náhodný výběr prováděl jen obtížně. Většina studií je klinických, ale je třeba počítat s tím, že ne všechny anorektičky vyhledávají odbornou pomoc. Jako pozitivní přínos svého výběru vidím oslovení právě té části mentálních anorektiček, které tolik nevyhledávají pomoc, nejsou ani nebyly hospitalizovány či nepodstupují terapii. Jako nesporné omezení výběru se jeví zařazení nejasných diagnóz mentální anorexie do výzkumného vzorku. Jednalo se například o případy nespecifikovaných poruch příjmu potravy, nedagnostikovaných případů anorexie a nechutenství. Vzhledem k těžké hranici mezi různými typy poruch příjmu potravy a k malému náhledu na nemoc a snížené ochotě se léčit, jsem tyto případy zařadila, neboť myslím, že mají s danou populací mnoho

společného. Naopak byly vyřazeny zcela jasné diagnózy jiného typu jako mentální bulimie a případy přejídání. Z kontrolní skupiny byla vyřazena také jedna respondentka, která uvedla, že nikdy neměla poruchu příjmu potravy, ale že v současnosti podstupuje terapii, bez udání důvodu. Ve vyhodnocování pro mě bylo podstatné, aby osoby v kontrolní skupině neměly poruchu příjmu potravy, ale propříště by bylo vhodnější ošetřit, zda neměli ani jinou psychiatrickou diagnózu. Zmíněná respondentka byla raději vyřazena pro možnost zkreslení. Kontrolní vzorek také vykazuje o něco vyšší zastoupení mužské populace, což může výsledky zkreslovat. Omezení studie spočívá také v použitých nástrojích měření. Ani jeden z dotazníků zatím není v našich podmínkách standardizovaný. Dotazník ECR už byl v několika výzkumech použit. Vycházím zejména z pilotní studie Pospíšilíkové a Lečbycha (2012), ze kterého také vzešly pracovní normy, které uvádím pro srovnání s výsledky mého výzkumu v kapitole 6.1. V rámci této studie bylo provedeno statistické ověřování validity i reliability s uspokojivými výsledky. Přesto nemůžu této škále připisovat stejnou validitu, jakou by měla standardizovaná metoda. Při vyhodnocování ECR jediná respondentka nechala nevyplněné dvě položky. Tyto položky jsem ve vyhodnocování nechala prázdné, uvědomuji si, že toto je také potenciálním zdrojem zkreslení. Dotazník s-E.M.B.U. je v našich podmínkách téměř nový, avšak vzhledem k cílům mého výzkumu se mi jevil jako vhodný k použití. Protože nemohu dokázat jeho validitu, využila jsem výsledky ke srovnání s kontrolní skupinou. Snažila jsem se také ověřit jeho reliabilitu s velmi pozitivním výsledkem Cronbachova alfa $\geq 0,84$ na všech škálách u obou sledovaných skupin. Při používání dotazníku jsem vycházela zejména ze zkušeností docenta Jozefa Hašta s používáním v slovenském prostředí. Při vyhodnocování dotazníku jsem však měla určité nejistoty ohledně jeho použitelnosti u části populace, která vyrůstá bez jednoho z rodičů, jelikož jsou všechny položky dotazníku hodnoceny zvlášť pro otce a zvlášť pro matku. Podstatné samozřejmě je, zda se děti s oběma rodiči stýkají, jinak ani nemohou hodnotit jejich chování. Jako sporná se mi zdála také položka č. 15, která se ptá na srovnání chování rodičů k respondentovi schováním k jeho sourozencům, pokud respondent sourozence nemá. Myslím si, že by stálo za to zmíněné v budoucnu ověřit. Považuji za vhodné obě škály v budoucnu standardizovat pro českou populaci, což také může být směrem pro další výzkum. Do budoucna navrhuji rozšíření podobného výzkumu o rozhovory s anorektičkami, případně i jejich rodinami, které by přispěly k intenzivnějšímu pochopení problematiky. Na základě zjištění doporučuji se v terapii mentální anorexie zaměřit na práci s rodinou, zvláště s emocemi v rodině, neboť ty považuji za zásadní pro uzdravení.

7 ZÁVĚRY

Výsledkem tohoto výzkumu bylo nalezení rozdílů mezi skupinou osob s mentální anorexií a kontrolní skupinou bez poruch příjmu potravy ve škálách vyhýbavosti a rodičovské emoční vřelosti a odmítání.

V dotazníku ECR – Jak prožívám blízké vztahy, byla prokázána statisticky významná rozdílnost mezi skupinami na škále vyhýbavosti na nejvyšší hladině významnosti $\alpha = 0,001$. Skupina osob s anorexií vykazovala vyšší míru vyhýbavosti, tedy odstup od vztahů a nepohodu v intimitě. Vyšší míra úzkostnosti oproti kontrolní skupině nebyla prokázána.

Dotazníkem s-E.M.B.U. – Moje vzpomínky, jak mě vychovávali, byla prokázána statisticky významně nižší emoční vřelost u rodičů osob s mentální anorexií oproti kontrolní skupině na hladině významnosti $\alpha = 0,01$. Dále byl prokázán statisticky významný rozdíl v úrovni odmítání. To se ukázalo jako vyšší u skupiny anorektiček oproti srovnávací skupině na hladině významnosti $\alpha = 0,05$. Ve škále hyperprotektivity nebyl nalezen statisticky významný rozdíl mezi skupinami.

Nad rámec stanovených hypotéz bylo srovnáno skóre dotazníku s-E.M.B.U. mezi matkami a otci u výzkumného souboru. U matek byla zvýšená emoční vřelost na hladině významnosti $\alpha = 0,01$ a taktéž zvýšená hyperprotektivita na hladině $\alpha = 0,01$. Na škále odmítání se neprojevil významný rozdíl mezi matkami a otci. Korelace všech pěti proměnných ukázala statisticky významné souvislosti na hladině $\alpha = 0,05$ mezi vyhýbavostí a hyperprotektivitou ($r = 0,327$), negativní korelaci emoční vřelosti a vyhýbavosti ($r = -0,376$), pozitivní korelaci hyperprotektivity s odmítáním ($r = 0,482$) a negativní korelaci emoční vřelosti s odmítáním ($r = -0,676$). Výpočet konkrétního stylu citové vazby ukázal ve výzkumném souboru následující: z celkových 57 respondentů mělo 33 dezorganizovaný styl, 12 ambivalentní, 9 vyhýbavý a 3 respondenti jistý. V kontrolním souboru z 61 mělo 27 ambivalentní styl, 20 dezorganizovaný, 10 jistý a 4 vyhýbavý styl.

Na základě výsledků lze závěrem konstatovat, že osoby s mentální anorexií mohou mít v zázemích svých rodinných vztahů nedostatek emoční vřelosti od rodičů, od kterých naopak vnímají odmítání. To, nebo i jiné okolnosti, je může vést k vytvoření vyhýbavého způsobu citového poutání, potažmo prožívání vztahů v dospělosti.

SOUHRN

Bakalářská diplomová práce je zaměřená na souvislosti mentální anorexie a rodinných vztahů. Mentální anorexie je psychická porucha spadající do okruhu poruch příjmu potravy. Je charakteristická výraznou touhou po hubenosti a zkresleným vnímání vlastní postavy. Příčiny jsou multifaktoriální. Uvažuje se o sociálně-kulturních rizikových faktorech (tzv. kult štíhlosti, vliv médií, role ženy), ale také o individuálních (pohlaví, osobnostní charakteristiky jako perfekcionismus, nízké sebevědomí apod.) a rodinných. Mentální anorexie je onemocnění s typickým začátkem v období adolescence, předpokládá se tedy, že je s nemocí úzce spojena rodina. Mnoho odborníků například vidí za vznikem mentální anorexie separačně-individuační problémy. Také v terapii se osvědčila práce s rodinou, zvláště u dospívajících. Je zřejmé, že vztahy v rodině hrají podstatnou roli v životě dospívajících a mohou se podílet na rozvoji či udržování mentální anorexie. V tomto ohledu je zajímavý koncept citové vazby, což je vazebné pouto utvářené již v raném dětství, které přetrvává do dospělosti a ovlivňuje vztahy k blízkým lidem po celý život. Pokud je citová vazba jistá, dítě se cítí dobře v blízkých vztazích a důvěřuje v bezpečí světa, to je považováno za protektivní faktor vzniku různých psychických onemocnění. Naopak nejistota ve vztahovém připoutání je dávana do souvislosti s psychopatologiemi, včetně mentální anorexie. Vazebná nejistota se může projevat dvěma strategiemi – úzkostností a vyhýbavostí. Na základně kombinace těchto strategií se určují jednotlivé vazebné styly.

Cílem výzkumné části práce bylo zmapovat některé souvislosti mentální anorexie a rodinných vztahů nastíněné v teoretické části. Svou pozornost jsem zaměřila na citovou vazbu a rodičovské chování. Použila jsem dotazník ECR – Jak prožívám blízké vztahy, který zjišťuje styl citového připoutání v dospělosti. Dotazník sytí škály úzkostnosti a vyhýbavosti. Pilotní studii dotazníku provedl v České republice Lečbých a Pospíšilíková (2012). Dalším dotazníkem byl s-E.M.B.U. – zkrácená verze dotazníku Moje vzpomínky, jak mě vychovávali, pomocí kterého je hodnoceno zapamatované rodičovské chování k respondentovi. Zahrnuje subškály odmítání, emoční vřelosti a hyperprotektivity. Dotazník byl standardizován na slovenskou populaci docentem Jozefem Haštem. Provedla jsem srovnání dvou skupin, výzkumného souboru osob s mentální anorexií (57 respondentů) a kontrolního souboru osob bez poruch příjmu potravy (61 respondentů). Výběr respondentů proběhl příležitostným výběrem. Sběr dat probíhal zejména

internetovým dotazníkovým šetřením. Vyhodnocení jsem provedla v programu Statistica 12 za použití Studentova t-testu.

Na základě výsledků byla zamítnuta hypotéza 1: Vztahová úzkostnost je u skupiny osob s mentální anorexií signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob. Na škále vztahové úzkostnosti nebyl nalezen významný rozdíl mezi skupinami ($p = 0,873$; $p > \alpha 0,05$), skupiny se tedy od sebe neliší v míře úzkostnosti.

Naopak byla přijata hypotéza 2: Vztahová vyhýbavost je u skupiny osob s mentální anorexií signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob. Z výsledků vyplývá, že skupina osob s mentální anorexií měla zvýšenou míru vztahové vyhýbavosti a to na nejvyšší hladině významnosti ($p = 0,000001$; $p < \alpha 0,001$).

Na základě výsledků z dotazníku s-E.M.B.U. byla přijata také hypotéza 3: Vnímané odmítání v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob. Respondenti s mentální anorexií vnímali své rodiče jako více odmítavé na hladině významnosti $\alpha = 0,05$ ($p = 0,038$; $p < \alpha 0,05$).

Byla přijata také hypotéza 4: Vnímaná emoční vřelost v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně nižší než u skupiny zdravých osob. Lze konstatovat, že výzkumná skupina vnímala své rodiče jako signifikantně méně emočně vřelé na hladině $\alpha = 0,01$ ($p = 0,006$; $p < \alpha 0,01$).

Nebylo možné přijmout hypotézu 5: Vnímaná hyperprotektivita v chování rodičů skupiny osob s mentální anorexií je signifikantně vyšší než u skupiny zdravých osob. Ve škále vnímané rodičovské hyperprotektivity totiž nebyl nalezen signifikantně významný rozdíl mezi skupinami ($p = 0,972$; $p > \alpha 0,05$).

Lze tedy konstatovat, že skupina osob s mentální anorexií pociťuje nebo pociťovala v zázemí svých rodinných vztahů významně více odmítání a méně emoční vřelosti. Tyto osoby se častěji uchýlovaly k vyhýbavé strategii citového připoutání, k čemuž je mohly vést i výše zmíněné okolnosti odmítání a nízké emoční vřelosti. Vyhýbavost se projevuje distancem od lidí, nezájmem navazovat vztahy nebo se někomu svěřovat a celkovou nepohodou v intimitě a blízkosti s druhými.

Kromě ověření stanovených hypotéz jsem provedla i srovnání mezi vnímaným chováním otců a matek ve výzkumném souboru. Mezi otci a matkami byl nalezen rozdíl na škálách

emoční vřelosti a hyperprotektivity. Emoční vřelost byla ve výzkumném souboru signifikantně vyšší u matek oproti otcům ($p = 0,004$; $p < \alpha 0,01$). Významně vyšší se u matek ukázala také hyperprotektivita ($p = 0,008$; $p < \alpha 0,01$). Na škále odmítání se neprojevil významný rozdíl mezi otci a matkami ($p = 0,747$; $p > \alpha 0,05$).

Ověřovala jsem také souvislosti mezi všemi pěti proměnnými – úzkostností, vyhýbavostí a rodičovským odmítáním, emoční vřelostí a hyperprotektivitou. Provedla jsem Pearsonovu korelaci, která ukázala statisticky významné souvislosti na hladině $\alpha = 0,05$ mezi následujícími proměnnými: pozitivní korelace vyhýbavosti a hyperprotektivity ($r = 0,327$) a negativní korelace emoční vřelosti a vyhýbavosti ($r = -0,376$). Dále spolu korelovaly jednotlivé charakteristiky rodičovského chování, pozitivně korelovala hyperprotektivita s odmítáním ($r = 0,482$) a negativně korelovala emoční vřelost s odmítáním ($r = -0,676$).

Provedla jsem také výpočet konkrétního typu citové vazby dle postupů Brennana, Clarka a Shavera (1998, in Pospíšilíková, 2012). Ve výzkumném souboru mělo z celkového počtu 57 respondentů 33 dezorganizovaný (bázlivě – vyhýbavý) styl citové vazby, 12 mělo ambivalentní styl, 9 vyhýbavý styl a pouze 3 respondenti měli jistou vazbu. V kontrolním souboru čítajícím 61 respondentů bylo největší zastoupení ambivalentní vazby – 27 respondentů, dále 20 mělo dezorganizovaný styl, 10 jisté citové připoutání a 4 vyhýbavý styl vazby.

Provedená studie má svá omezení v metodách sběru dat, které zatím nejsou standardizované na českou populaci. Do výběru vzorku byly zařazeny i sporné diagnózy mentální anorexie a v kontrolní skupině bylo větší zastoupení mužů.

Na základě výsledků se domnívám, že vyšší emoční vřelost a naopak nižší odmítání od rodičů může být jednak protektivním faktorem před vznikem psychických poruch, ale také vhodným terapeutickým cílem při již vzniklém problému. Jelikož se právě problémy s emocemi v rodině jeví jako ústřední téma ve výsledcích této studie, považuji za důležité se na ně zaměřit v terapii mentální anorexie. Další vědecká zkoumání v této oblasti by mohla být doplněná o rozhovory s dívkami. Za přínosnou bych rovněž považovala standardizaci dotazníků ECR i s-E.M.B.U. na českou populaci.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

- Beattie, H. J. (1988). Eating Disorders and the Mother – Daughter Relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 46, 453 – 460.
- Bieščad, M., & Hašto, J. (2010). Diagnostikovanie typov vzťahovej väzby (attachment) v dospelosti s použitím nástrojov dostupných v našich podmienkach. *Psychiatrie*, 14 (2), 68 – 74.
- Bissada, H., Tasca, G. A., Barber, A. M., & Bradwejn, J. (2008). Olanzapine in the Treatment of Low Body Mass Weight and Obsessive Thinking in Women with Anorexia Nervosa: A randomized, Double-blind, Placebo-Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 165 (10), 1281 – 1288.
- Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
- Brennan, K. A., Clark, C. L. & Shaver, P. R. (1998). Self-report Measurement of Adult Romantic Attachment: an Integrative Overview. In J. A. Simpson, J. A. & Rholes, W. S. (Eds.), *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press. Získáno 21. března 2014 z <http://internal.psychology.illinois.edu/~rcfraley/measures/brennan.html>
- Brisch, K. H. (2011). *Poruchy vztahové vazby: od teorie k terapii*. Praha: Portál.
- Chassler, L. (1997). Understanding Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa from an Attachment Perspective. *Clinical Social Work Journal*, 4, 407 – 423.
- Elliot, J. C. (2010). Fathers, Daughters, and Anorexia Nervosa. *Perspectives in Psychiatric Care*, 46, 37 – 46.
- Fonagy, P., Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie*. Praha: Portál.
- Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada.
- Grawe, K. (2007). *Neuropsychoterapie*. Praha: Portál.
- Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.

- Hašto, J., Vojtová, H. (2012). *Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození: prípadová štúdia*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Chvála, V., & Trapková, L. (2003). Proces separace a poruchy příjmu potravy. Získáno 3. 10. z <http://www.lirtaps.cz/publikace/separace.htm>
- Chvála, V., & Trapková, L. (2005). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
- Chvála, V., & Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
- Kocourková, J. (1997a). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Říčan, P., & Krejčířová, D. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
- Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
- Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Le Grange, D., Hoste, R. R., Lock, J., & Bryson, S. W. (2011). Parental Expressed Emotion of Adolescent with Anorexia Nervosa: Outcome in Family – based Treatment. *International Journal of Eating Disorders*. 44 (8), 731 – 734.
- Lečbych, M., & Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experience in Close Relationships (ECR): pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *Epsychologie*, 6 (3). Získáno 21. října 2013 z <http://e-psycholog.eu/pdf/lechbych-pospisilikova.pdf>
- Ludewig, K. (2011). *Základy systemické terapie*. Praha: Grada.
- Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2009). An overview of adult attachment theory. In Obegi, J. H., & Berant, E. (Eds.), *Attachment Theory and Research in Clinical Work with Adults* (17 – 45). New York: The Guilford Press.

- O’Kearney, R. (1996). *Attachment Disruption in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: A review of Theory and Empirical Research*. *International Journal of Eating Disorders*, 20 (2), 115-127.
- Oltmanns, T. F., & Emery, R. E. (2004). *Abnormal Psychology*. New Jersey: Upper Saddle River.
- Papežová, H. (Ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Poliaková, M., Mojžišová, V., & Hašto, J. (2007). Skrátený dotazník zapamätaného rodičovského správania jako výskumný a klinický nástroj s-E.M.B.U. *Psychiatria – psychoterapie – psychosomatika*, 14 (2 – 3), 79 – 88.
- Poněšický, J. (2004). *Fenomén ženství a mužství: Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Praha: Triton.
- Pospíšilíková, K. (2012) *Srovnání stylů citové vazby u českých a amerických studentů psychologie*. (Nepublikovaná diplomová práce). Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ringer, F., McKinsey Crittenden, P. (2007). Eating Disorders and Attachment: The Effects of Hidden Family Processes on Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 15, 119 – 130.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Stackeová, D. (nedat.). Tělesné sebepojetí v kontextu psychosomatiky a možnosti jeho ovlivnění. Získáno 21. března 2014 z http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2007_2/konference_stackeova_207.htm
- Štecková, T. (2007) Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. *Epsychologie*, 1 (1). Získáno 3. ledna 2014 z <http://e-psycholog.eu/pdf/steckova.pdf>
- Taborelli, E., Krug, I., Karwautz, A., Wagner, G., Haidvogel, M., Fernandez-Aranda, F., ... Anderluh, M. (2013). Maternal Anxiety, Overprotection and Anxious Personality as Risk Factors for Eating Disorder: A Sister Pair Study. *Springer Science+Business Media*, 37, 820 – 828.

- Tereno, S., Soares, I., Martins, C., Celani, M., & Sampaio, D. (2008). Attachment Styles, Memories of Parental Rearing and Therapeutic Bond: A Study with Eating Disordered Patients, Their Parents and Therapists. *European Eating Disorders Review*, 16, 45-58.
- Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early Separation Anxiety and Adult Attachment Style in Women with Eating Disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44, 89 – 97.
- Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání*. Praha: Karolinum.
- Vokurka, M., Hugo, J. (2002). *Velký lékařský slovník (2.vyd.)*. Praha: Maxdorf.
- Ward, A., Ramsay, R., Turnbull S., Steele, M., Steele, H., & Treasure, J. (2001). Attachment in Anorexia Nervosa: A Transgenerational Perspective. *Journal of Medical Psychology*. 74, 497 – 505.
- Wechselblatt, T., Gurnick, G., Simon, R. (2000). Autonomy and Relatedness in the Development of Anorexia Nervosa: A Clinical Case Series Using Grounded Theory. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 64 (1), 91 – 123.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Příloha 2: Abstrakt v českém jazyce

Příloha 3: Abstrakt v anglickém jazyce

Příloha 4: Výchozí data výzkumného souboru

Příloha 5: Výchozí data kontrolního souboru

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Souvislosti mentální anorexie a rodinných vztahů

Autor práce: Markéta Pavelková

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Počet stran a znaků: 73 stran, 142 237znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 43

Abstrakt:

Cílem této bakalářské diplomové práce bylo popsat některé souvislosti mentální anorexie a rodinných vztahů. Zaměřila jsem se zejména na citovou vazbu a rodičovské chování. Srovnávala jsem skupinu osob s mentální anorexií (N = 57) s kontrolní skupinou osob bez poruch příjmu potravy (N = 61). Skupiny byly zvoleny příležitostným výběrem a výzkum probíhal dotazníkovým šetřením. Použila jsem dotazník ECR – Jak prožívám blízké vztahy, který zahrnuje vztahovou úzkostnost a vztahovou vyhybavost a dotazník s-E.M.B.U – zkrácený dotazník Moje vzpomínky, jak mě vychovávali, který zahrnuje subškály odmítání, emoční vřelosti a hyperprotektivity. Na základě literatury jsem stanovila 5 hypotéz. Předpokládala jsem vyšší míru úzkostnosti i vyhybavosti v prožívání vztahů a také vyšší míru rodičovské hyperprotektivity, odmítání a nižší míru emoční vřelosti u skupiny osob s mentální anorexií v porovnání s kontrolní skupinou. Byla přijata hypotéza o vyšší vztahové vyhybavosti a vyšším odmítání a nižší emoční vřelosti v chování rodičů. Vyšší úzkostnost a hyperprotektivita nebyla potvrzena.

Klíčová slova: mentální anorexie, rodinné vztahy, citová vazba, rodičovské chování

ABSTRACT OF THESIS

Title: The Relations between Anorexia Nervosa and Family Relationships

Author: Marketa Pavelkova

Supervisor: PhDr. Martina Fülepova

Number of pages and characters: 73 pages, 142 237 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 43

Abstract:

The aim of this thesis was to describe some relations between anorexia nervosa and family relationships. I focused particularly on attachment and parental behaviour. I compared a group of people with anorexia nervosa (N = 57) with a control group without this eating disorder (N = 61). The groups were chosen by occasional choice and the research was executed by a questionnaire enquiry. I used the ECR scale – Experience in Close Relationship, which includes attachment anxiety and attachment avoidance and the s-E.M.B.U. scale – shortened questionnaire My Memories of Upbringing, which includes subscales of rejection, emotional warmth and overprotection. Based on literature, I defined five hypotheses. I expected higher scores of anxiety and avoidance in experiencing relationships, and also higher scores of parental overprotection, rejection, and lower scores of emotional warmth within the group of people with anorexia nervosa in comparison with a control group. I accepted a hypothesis about higher scores of attachment avoidance and rejection, and lower scores of emotional warmth in parental behaviour. Higher scores of attachment anxiety and overprotection were not confirmed.

Key words: anorexia nervosa, family relationships, attachment, parental behaviour

Příloha 4: Výchozí data výzkumného souboru

Respondent	Vyhýbavost	Úzkostnost	Hyper- protektivita	Emoční vřelost	Odmítání
1	90	46	20	28	17
2	103	49	37	14	38
3	63	103	40	30	19
4	118	99	49	26	22
5	88	55	33	35	29
6	81	87	20	17	27
7	67	44	41	30	24
8	77	81	32	26	20
9	54	70	25	39	16
10	48	60	24	45	15
11	54	77	27	44	18
12	75	77	43	45	14
13	94	89	54	26	21
14	87	76	52	24	38
15	87	96	46	28	23
16	82	102	46	39	24
17	105	75	38	38	25
18	75	75	44	41	19
19	65	92	32	29	24
20	34	61	41	26	28
21	85	37	36	34	16
22	78	97	27	20	23
23	109	61	56	17	45
24	67	91	36	27	21
25	106	72	25	27	18
26	86	53	27	26	19
27	84	90	60	14	39
28	53	74	36	30	22
29	87	83	24	39	14
30	80	82	42	40	20
31	88	80	34	33	22
32	83	91	35	24	19
33	58	78	36	21	27
34	102	73	41	28	18
35	104	77	41	25	27
36	97	97	37	29	25
37	45	78	23	48	16
38	43	83	51	43	21
39	63	117	28	17	36
40	102	68	59	21	38
41	71	45	32	40	18
42	70	91	44	31	18
43	48	86	29	46	21
44	103	79	29	20	16
45	97	81	22	37	18
46	57	81	30	46	15
47	96	107	41	35	19
48	51	61	25	16	32
49	55	50	32	37	19
50	42	83	27	40	16
51	77	95	38	24	20
52	36	74	26	22	28
53	61	96	41	40	19
54	50	106	38	37	18
55	102	40	37	21	26
56	88	84	50	24	35
57	116	89	44	31	27

Příloha 5: Výchozí data kontrolního souboru

Respondent	Vyhýbavost	Úzkostnost	Hyper- protektivita	Emoční vřelost	Odmítání
1	59	85	49	41	24
2	68	100	26	23	24
3	29	89	63	30	23
4	80	77	46	35	20
5	67	70	46	40	18
6	44	85	39	44	16
7	54	77	26	48	14
8	51	70	30	35	20
9	54	77	26	22	20
10	34	79	29	32	17
11	44	63	33	30	16
12	88	96	34	28	22
13	45	87	28	42	16
14	56	86	38	15	36
15	105	116	53	27	33
16	66	103	36	16	46
17	72	72	47	43	23
18	51	66	26	25	24
19	53	57	18	45	14
20	22	56	38	38	14
21	92	49	26	29	15
22	49	63	40	35	19
23	35	77	35	40	19
24	34	59	40	36	16
25	72	83	26	41	23
26	35	82	24	28	22
27	57	82	39	40	18
28	44	104	50	39	17
29	95	89	26	22	17
30	62	56	29	41	14
31	55	67	34	37	16
32	48	49	32	31	18
33	85	105	35	41	20
34	72	88	34	40	21
35	41	95	32	35	19
36	58	97	46	36	18
37	58	95	46	29	24
38	59	82	40	43	18
39	72	112	45	33	19
40	56	68	40	34	17
41	46	102	47	41	17
42	40	50	26	40	14
43	42	97	41	38	19
44	58	71	44	46	24
45	85	89	31	35	19
46	57	73	31	24	28
47	46	92	39	43	21
48	35	54	34	40	21
49	81	74	27	45	17
50	41	106	36	20	25
51	52	95	28	29	19
52	85	81	27	22	33
53	30	63	49	43	16
54	95	74	54	31	31
55	49	55	42	34	21
56	64	76	44	33	25
57	74	88	43	25	23
58	69	46	22	48	14
59	54	76	37	44	14
60	37	75	48	36	23
61	71	38	33	48	15