

**Univerzita Palackého v Olomouci**  
**Cyriľometodějská teologická fakulta**  
**Katedra křesťanské sociální práce**

*Mezinárodní sociální a humanitární práce*

*Markéta Navrátilová*

*Role sociálního pracovníka v procesu léčby  
mentální anorexie*  
Bakalářská práce

vedoucí práce: PhDr. Jan Vančura, Ph.D.

2019

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

.....

Markéta Navrátilová

## **Poděkování**

Touto cestou bych ráda poděkovala PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D.  
za odborné vedení bakalářské práce a cenné rady.

## Obsah

Úvod.....	5
1. Vymezení pojmu mentální anorexie .....	7
2. Vybrané terapeutické přístupy užívané při léčbě mentální anorexie .....	10
2.1. Kognitivně-behaviorální terapie .....	10
2.2. Skupinová terapie .....	12
2.3. Rodinná terapie.....	13
2.3.1. Sociální porod .....	16
3. Vymezení pojmu sociální pracovník.....	20
4. Role sociálního pracovníka .....	22
5. Metodologie .....	25
5.1. Popis použitých metod.....	26
5.2. Popis výzkumného souboru.....	26
5.3. Způsob zpracování dat.....	27
6. Výsledky.....	28
6.1. Vztah s matkou před vypuknutím onemocnění .....	28
6.2. Vztah s matkou v průběhu onemocnění a během léčby .....	29
6.3. Vztah s matkou po léčbě onemocnění .....	30
6.4. Vztah s otcem před vypuknutím onemocnění .....	30
6.5. Vztah s otcem v průběhu onemocnění a během léčby.....	31
6.6. Vztah s otcem po léčbě onemocnění .....	32
6.7. Ovlivnění proměny vztahu sociálním pracovníkem .....	33
6.8. Diskuze .....	34
Závěr.....	38
Bibliografický seznam.....	40

## Úvod

Mentální anorexie, která se svou charakteristikou řadí k poruchám příjmu potravy, patří mezi psychosomatická onemocnění. Tímto tématem jsem se rozhodla zabývat zejména proto, že si myslím, že poskytování sociálních služeb, které by byly specializované na poruchy příjmu potravy je potřebné, a je jich v České republice stále málo. Například Centrum Anabell, z. ú., které se jako jediné specializuje na poskytování sociálních služeb lidem trpícím poruchou příjmu potravy, se nachází pouze ve 3 městech České republiky. Pro většinu klientů, kteří nežijí v bezprostřední blízkosti těchto měst, tak může být využití služeb tohoto centra přinejmenším obtížné. Tématem mentální anorexie jsem se rozhodla zabývat také proto, že bych ráda poukázala na fakt, že nejbližší sociální skupina jedince, ve většině případů tedy rodina, může být velmi potřebným zdrojem podpory zejména u mladších pacientek.

Na mentální anorexii můžeme nahlížet z mnoha perspektiv. Každá z těchto perspektiv zdůrazňuje jiné aspekty nemoci. Z perspektivy sociální práce se o mentální anorexii téměř nemluví, nicméně výjimku tvoří výše zmíněné Centrum Anabell, z.ú., které jako jediné v České republice nabízí sociální služby právě lidem trpícím některou z poruch příjmu potravy. Osoby, které trpí mentální anorexií mohou mít, mimo jiné, problémy v oblasti sociálního fungování. Tyto osoby nebo jejich blízcí se tak mohou stát klienty sociálních pracovníků, kteří mohou v léčbě mentální anorexie sehrát klíčovou roli, a to například poskytnutím odborného sociálního poradenství.

Ve své práci čerpám ve většině případů z děl autorů, kteří se konkrétně zaměřují na poruchy příjmu potravy. V některých kapitolách však čerpám z děl, které se zaměřují obecněji na sociální práci s lidmi s duševním onemocněním. Obecné informace obsažené v těchto dílech jsem se snažila aplikovat na problematiku mentální anorexie.

Bakalářská práce je rozdělena na dvě části, na část teoretickou, kde se opírám o výše zmíněnou literaturu a na část výzkumnou. V teoretické části mé bakalářské práce se v první kapitole zaměřuji na stručné vymezení mentální anorexie, její projevy a charakteristiku. V druhé kapitole se zaměřuji na terapeutické přístupy, které jsou v největší míře používány při léčbě mentální anorexie a které by dle mého názoru měl sociální pracovník znát, aby mohl poznatky z těchto přístupů využívat v kontaktu s klientem a poté pokud možno dokázal klientovi zprostředkovat co nejefektivnější léčbu. Ve třetí a čtvrté kapitole se zaměřuji na osobu sociálního pracovníka a role, které v průběhu spolupráce s klientem zastává. Ve výzkumné části mé práce se zabývám

proměnou vztahu člověka trpícího mentální anorexií s jeho rodiči a taktéž se zabývám tím, zda a jak byla tato proměna ovlivněna intervencí sociálního pracovníka, a to pomocí kvalitativního výzkumu. Hlavním cílem bakalářské práce je tedy formou rozhovorů zjistit, jak se proměnil vztah mezi lidmi trpícími anorexií a jejich rodiči v časovém období před, během a po léčbě onemocnění a zda byla tato změna provázena intervencí sociálního pracovníka. Data k výzkumu byla získána pomocí rozhovorů, a to s celkem pěti respondentkami, které v minulosti trpěly mentální anorexií a léčily se ambulantní nebo pobytovou formou.

V mnoha případech se o nemocných zmiňují v ženském rodě, což ale neznamená, že muže toto onemocnění nepostihuje. Vyjadřují se tak zejména kvůli tomu, že větší část nemocných jsou ženy a taktéž kvůli zjednodušení.

## 1. Vymezení pojmu mentální anorexie

Mentální anorexie se řadí mezi poruchy příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy mohou zacházet do dvou extrémů – buď je to úplné odmítání jídla, tedy mentální anorexie, nebo na druhé straně nadměrné přijímání potravy spojené se zvracením, tedy mentální bulimie. U některých pacientů přechází mentální anorexie do mentální bulimie (Vágnerová, 2012). Tématu poruch příjmu potravy se věnuje mnoho různých autorů. Krch a Papežová se poruchám příjmu potravy věnují dlouhodobě a o těchto tématech napsali mnoho publikací. Oba tito autoři se přímo podíleli či podílí na léčbě poruch příjmu potravy. Ačkoliv se postupně začínají rozvíjet multidisciplinární týmy, a to například v organizaci Anabell, z. ú., v dostupné literatuře většinou převažuje medicínský přístup. V menší míře nalézáme také literaturu, která se zabývá sociálními aspekty nemoci, a to například sociálním okolím jedince. Právě Krch (2005) zmiňuje, že léčba mentální anorexie vyžaduje všestranný přístup, který se zaměřuje na biologické, psychické a sociální potřeby.

Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické změnou postoje vůči vlastnímu tělu či nepřiměřeným hodnocením tělesné hmotnosti (Vágnerová, 2012). Krch (2005) popisuje obecnější psychopatologické znaky, které mají mentální anorexie a mentální bulimie společné. Řadí mezi ně mimo jiné snížené sebevědomí či problémy v sociální oblasti. Anorexie je dle Kocourkové et al. (1997) desetkrát až dvacetkrát častější u žen než u mužů a uvádí, že počátek nemoci obvykle spadá do období dospívání.

Krch (2010, s. 25) popisuje mentální anorexii jako úmyslné snižování hmotnosti a shrnuje 3 základní znaky mentální anorexie dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) následovně:

1. nemocní aktivně udržují svou hmotnost abnormálně nízkou
2. nemocní mají strach z tloušťky, který trvá i když je tělesná hmotnost velmi nízká
3. u žen se bez podávání hormonálních přípravků objevuje porucha menstruačního cyklu.

Mimo 3 základní znaky zmíněné výše se dle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) řadí ještě omezený výběr jídla, o čemž hovoří taktéž Krch (2010) a popisuje, že lidé trpící anorexií nejprve vyřazují ze svého jídelníčku sladkosti a tučná jídla, poté zákaz rozšiřují na další jídla, například na bílé pečivo, maso či přílohy. Nakonec se kompletně mění jídelní režim, důsledně si neberou žádné jídlo „navíc“. Kocourková, Koutek, Lebl

(1997) dodávají, že nemocní někdy omezí i příjem tekutin a mezi své aktivity mohou také zařadit nadměrné cvičení. Nadměrné cvičení zmiňuje také Papežová (2000) která hovoří i o tom, že lidé trpící anorexií mohou snižování váhy dosahovat konzumací projímadel či dietních přípravků.

Vágnerová (2012) zmiňuje, že rozvoj příznaků mentální anorexie je pozvolný a plynulý. Dále uvádí, že se jedná o anorexiu, dojde-li k úbytku váhy o 15% ve srovnání s normální hmotností a stejně jako Krch (2010) se zmiňuje o tom, že dívky trpící anorexií cítí, že jsou tlusté, bez ohledu na svou vyhublost. Autorka dále zmiňuje, že jedinci trpící anorexií jsou často závislí na pocitu hladu, který ale tělo postupně přestává signalizovat. Nemocní často své problémy popírají a nebývají tedy motivováni k léčbě.

Kocourková et al. (1997) hovoří o charakteristických osobních znacích osob trpících anorexií, mezi než řadí například přizpůsobivost, odpovědnost, sklony k perfekcionismu, úspěch ve škole. Dále zmiňuje, že dívky trpící mentální anorexií cítí často pocity viny, vzteku a stydí se za své problémy spojené s jídlem a tyto pocity projevují zejména jako reakci na konfliktní situace s ostatními lidmi. První zhubnutí přináší dle Krcha (2010) nemocným vzrůst sebevědomí, postupně se však nemocným zhoršuje nálada, uzavírají do sebe a začínají se vyhýbat svým blízkým. Vágnerová (2012) stejně jako Kocourková et al. (1997) hovoří o potřebě úspěchu, ale na rozdíl od Kocourkové zmiňuje, že úspěch nemusí být dán nadprůměrností, ale důkladnou a pečlivou přípravou, která je spojena s nadměrnou sebekontrolou. Dále hovoří o tom, že dívky trpící anorexií se řídí normami a pravidly, chtějí se podobat autoritám, aby se jim dostalo uznání. Avšak bez ohledu na uznání popisuje autorka dívky jako příliš sebekritické a málo sebejisté. Autorka přirovnává nemocné k lidem, kteří začali brát drogu – podobnost vidí zejména v bagatelizaci svého chování, popírání obtíží a častým lžím a podvodům, aby se vyhnuli konfliktům a problémům.

Papežová (2000) uvádí, že pro lidi s normální chutí k jídlu, může být téměř nemožné pochopit anorexiu. Ve své příručce ji připodobňuje k nestvůře, která nemocným našeptává falešné rady a informace.

Většina autorů zabývajících se anorexií zmiňuje, že anorexie nemá přesně definovanou příčinu, ale jde spíše o soubor příčin. Většina autorů zmiňuje rizikové faktory, které se nejčastěji řadí do různých skupin, například faktory psychologické, sociální či kulturní.

Co se týče léčby, je často vyžadována profesionální pomoc, zejména proto, že kromě psychických problémů mají nemocní zdravotní problémy, mezi něž může patřit



již zmíněná ztráta menstruace. V takových případech je nutné vyhledat praktického lékaře, od kterého se očekává rada, jak dále postupovat. Někdy je nutná jak lékařská, tak psychiatrická či psychologická pomoc (Papežová, 2000). Mezi nejdůležitější předpoklad úspěšné léčby řadí Krch (2010) přičinění nemocného a každodenní práci na překonání svých návyků. Dále uvádí, že je důležité soustředit se na dílčí cíle a jednotlivé úkoly. Vágnerová (2012) zdůrazňuje, že psychoterapie je důležitou částí léčby. Zmiňuje například kognitivně-behaviorální a psychodynamické psychoterapie a také zmiňuje rodinnou psychoterapii, kterou pokládá za nezbytnou.

Některými druhy terapií se v této práci dále zabývám.

## **2. Vybrané terapeutické přístupy užívané při léčbě mentální anorexie**

Léčba mentální anorexie, zejména v dětství, vyžaduje všestranný přístup, který je zaměřen na biologické, psychické a sociální potřeby. K této léčbě je potřeba mít multidisciplinární tým (Krch, 2005). Procházková a Sladká-Ševčíková (2017) uvádí, že léčba poruch příjmu potravy by se měla zaměřit na 3 cíle: léčbu tělesných obtíží, psychoterapii zaměřenou na pochopení role nemoci v životě a příčin nemoci a jako poslední psychoterapii zaměřenou na změnu nevhodných jídelních návyků a životního stylu.

Nabídka pomoci pro jedince trpící mentální anorexií většinou vyžaduje přístup několika odborníků a léčba může probíhat jak ambulantní formou, tak formou hospitalizace.

Nabídka terapeutických přístupů k nemocným je mnohdy široká a je třeba zaměřit ji vždy individuálně a dle potřeb nemocného. Mezi využívané terapie při léčbě poruch příjmu potravy se nejčastěji zařazuje rodinná terapie, kognitivně-behaviorální terapie a psychodynamická terapie. V některých zařízeních bývá využívána také skupinová či více rodinná terapie (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017). Krch (2005) uvádí několik požadavků na terapii, mezi kterými najdeme například respekt složité biopsychosociální podmíněnosti nemoci, znalost problémů člověka trpícího poruchou příjmu potravy a orientace v oblasti poruch příjmu potravy, trpělivost či tvorba reálných cílů a víra v pozitivní změny.

Ve své práci se rámcově zaměřuji na nejpoužívanější terapeutické přístupy při léčbě poruch příjmu potravy.

Nejčastěji využívanými terapeutickými přístupy jsou v léčbě poruch příjmu potravy zejména kognitivně-behaviorální terapie, psychoanalytická terapie, rodinná a skupinová terapie (Kocourková et al., 1997). Konkrétně se tedy zaměřuji na kognitivně-behaviorální terapii, skupinovou terapii a terapii rodinnou.

### **2.1. Kognitivně-behaviorální terapie**

Kognitivně-behaviorální terapie bývá volena u pacientek, u kterých není z důvodu věku vhodná rodinná terapie a které vykazují středně těžké až vážné příznaky mentální anorexie (Garner, 2005).

Dle Garnera (2005) je problematika poruch příjmů potravy je rozsáhlá, různorodá a často se mění, proto je potřebné, aby zvolený terapeutický přístup

akceptoval jak tyto skutečnosti, tak konkrétní životní příběh jedince. Těmto požadavkům odpovídá kognitivně-behaviorální terapie (KBT), která vykazuje známky pragmatičnosti. Chorobné postoje lidí trpících poruchou příjmu potravy, mezi které patří extrémní zaujetí vzhledem a váhou jsou výsledkem některých osobnostních charakteristik, mezi které se řadí například perfekcionismus či úzkostnost. Dále výsledkem představ o kráse, které zastává sociokulturní prostředí či nevhodných jídelních postojů okolí. Kocourková et al. (1997) uvádí příklad perfekcionistického chování, které může být spojeno s morálkou, úspěchem a sebekontrolou, například snaha o výborný prospěch. Jedna dvojka na vysvědčení tak může být traumatizující zkušeností, která vede k negativním pocitům.

Anorektickým pacientkám se často snižuje sebevědomí, když nedokáží naplnit vlastní příliš vysoká očekávání spojená s příjmem potravy a kontrolou váhy. S důsledky, které toto chování přináší se často setkají tváří v tvář až při závažných obtížích či tlaku, který přichází ze sociálního okolí. Při terapii tak často svůj aktuální stav interpretují s určitým výběrem, co sdělit a co ne, v souladu s tím, co se snaží získat. Může to být tedy v souladu s určitou sebekontrolou v jídle, zhubnutí či pohybem. Z těchto důvodů bývá terapie obtížnější a dlouhodobější. Je důležité klienty motivovat k žádoucí změně, podporovat je a vymezit společný cíl. Vzhledem k tomu, že klienti často nejsou motivováni ke změně, je důležité, aby byl terapeut konfrontativnější a direktivnější (Krch, 2010).

K zásadám KBT s pacienty trpícími poruchou příjmu potravy je důležité zmínit, že pacienti se často snaží vyhnout některým nepříjemným krokům. Proto je důležité, aby terapie byla jasně strukturovaná, vymezená na určitý čas, terapeut byt aktivní, otevřený, spolupracoval s klientem a vedl ho k aktivní účasti na řešení jeho problému. Nejvýznamnější roli v terapii zaujímá využití sebemonitorování, aktivního nácviku, konfrontace s podněty, které způsobují úzkost a v neposlední řadě domácí cvičení. Důležitým úkolem terapeuta je akceptovat strach, který se u lidí trpících mentální anorexií objevuje, když přibírají na váze. Lidé mohou chtít přibrat, ale zároveň mohou mít strach z plného žaludku či oteklých tváří. Tyto pocity jsou autentické a pochopitelné. Je také důležité, aby terapeut chápal, že se u pacientů budou objevovat negativní myšlenky, tedy myšlenky, které jsou charakteristické tím, že brání řešení problému, nebo řešení problému popírají. Tyto myšlenky se objevují automaticky a nechtěně. V rámci terapie je tedy žádoucí, aby byl zaveden přiměřený jídelní plán, který bude konkrétní a donutí pacientku k dodržení určitých jídelních předsevzetí.

Samozřejmou součástí celé terapie by měla být psychoedukace, tedy poučení pacientky o stravě, která je vhodná, o hmotnosti a důsledcích chování, které vede k mentální anorexii. Je důležité pacientům připomínat, že změny mohou být nepříjemné, ale není možné z nich dělat ústupky (Krch, 2010).

Stejně tak píše Garner (2005), který zdůrazňuje důležitost vytvoření spolehlivého a spolupracujícího vztahu mezi terapeutem a pacientkou. Tento vztah poté může vést k tomu, že se pacient vzdá symptomů, které považuje za svoji součást a u kterých doposud nechápal, jaké měly důsledky. Jestliže však spatřujeme, že je terapie dlouhodobě neúčinná, bývá doporučována ambulantní lékařská péče ve skupině.

## **2.2. Skupinová terapie**

Skupinová psychoterapie může být volena u dospívajících pacientů. Skupinová práce může tvořit neoddělitelnou část psychoterapeutického programu, na čemž se shoduje jak Kocourková et al. (1997), tak Krch (2005), který rozlišuje skupinovou terapii, a to na terapii, která se zaměřuje na osvětu a úpravu příznaků poruchy příjmu potravy od skupinové terapie, která se zaměřuje na vnitřní a emocionální problémy jedinců. První typ terapie, tedy terapie zaměřená zejména na upravení základních příznaků poruchy příjmu potravy se zasazuje o odpověď na otázky, které pacient může klást v souvislosti s jídelními problémy a na psychické problémy, které určují, jak se vyvíjí pacientovo chování ve spojitosti s jídlem. Tyto skupiny by měl vést terapeut, který dobře zná problematiku poruch příjmu potravy. Druhý typ terapie může být využit zejména v situacích, kdy se problematika hmotnosti a jídla již řeší, nebo lépe, již byla z velké části vyřešena. V tomto typu terapie může být terapeut méně direktivní.

Kocourková et al. (1997) dále píší, že pacientky by měly cítit, že je skupinová psychoterapie bezpečným prostředím, kde mohou vyjádřit, jak se cítí, pozorovat reakce ostatních, budovat vztahy se stejnou věkovou skupinou i s lidmi, které vnímají jako autoritu. Ve skupinové terapii lze využít také neverbální techniky, mezi které řadíme například muzikoterapii či arteterapii.

Skupinové terapie mohou být smíšené, mohou na nich tedy být přítomni jak pacienti s mentální anorexií, tak pacienti trpící mentální bulimií, nebylo by však dobré, kdyby byl v těchto skupinách pouze jeden pacient s anorexií či jeden pacient s bulimií. Velkým přínosem ve skupinové terapii může být pacientka, která je již částečně

vyléčená, a to zejména proto, že ji ostatní mohou vidět jako pozitivní vzor, který mnohem snadněji vyjadřuje své pocity (Krch, 2005).

Hall (1985, dle Krch, 2005) hovoří o tom, že skupinová terapie, která je úspěšná by měla pacienta posílit v trvalých změnách v jeho vztazích, zvýšit sebevědomí a zvýšit schopnost vyrovnat se se svými emocemi. Pokud se pacient vyrovná se svými emocemi, může to zabránit recidivě poruchy příjmu potravy. Krch (2005) zmiňuje, že pacientky často nemají důvěru samy k sobě a ke svým vlastním pocitům a mají v mnoha případech také malou důvěru k terapeutovi. Proto je důležité vytvořit atmosféru s prvky pevně stanovených hranic, porozuměním, pacientky nesoudit.

Některé programy mohou být specializovány na pacientky, které si prošly hospitalizací a tyto programy slouží k provázanému přechodu k ambulantní péči a prevenci navrácení nemoci. Tyto programy mohou pacientkám pomoci k vyrovnání se s nároky každodenního života (Krch, 2005). Tyto programy poskytuje například Centrum Anabell, které je zaměřeno na poruchy příjmu potravy. Nabízí například služby následné péče, které Zákon o sociálních službách č. 108/2000 Sb. vymezuje následovně: *„(1) Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.“*

Tyto služby probíhají na brněnské pobočce Centra Anabell každý pracovní den a jsou vedeny psychologkou a sociální pracovnící (Centrum Anabell, z. ú., Skupinové programy následné péče [online]).

### **2.3. Rodinná terapie**

Prevence poruch příjmu potravy je zasazována do rodiny, tedy první sociální skupiny, se kterou se jedinec setkává a ve které probíhá osvojování postojů. Rodina jedince formuje a může tak být místem, kde dochází k uspokojování potřeb, ale také místem, kde dochází ke zklamání či omezení (Procházková, Sladká Ševčíková, 2017).

Vágnerová (2012) charakterizuje rodinu, ve které se objevuje člověk trpící anorexií jako rodinu s příliš rigidními vztahy mezi členy, rodinu, která není schopná řešit problémy a která není schopná věcně komunikovat. Člověk trpící anorexií se při pokusech o osamostatnění setkává s úzkostným chováním a snahou zachovat stávající

stav rodiny. Mentální anorexie tak může být vykládána jako projev vzpoury, které nelze v rodině dosáhnout jiným způsobem.

Tato interpretace jednou z možných variant, nikoliv jedinou. Onemocnění mentální anorexií si můžeme vyložit také jako reakci na jiné než výše zmíněné problémy ve vztazích.

Procházková a Sladká Ševčíková (2017) popisují rodinnou terapii jako nabídku pomoci jak člověku, který trpí poruchou příjmu potravy, tak jeho okolí. Rodinná terapie tak může pomoci obnovit narušené vztahy především v rodině. Kocourková et al. (1997) hovoří o tom, že rodina je systém se specifickými interakcemi. Rodinná terapie se může uskutečňovat jak ambulantní formou a také může proběhnout v průběhu hospitalizace člověka trpícího poruchou příjmu potravy, kdy může rodičům pomoci akceptovat hospitalizace jejich dítěte. Vágnerová (2014), stejně jako Kocourková et al. (1997) a další autoři považuje rodinnou terapii za nezbytnou část léčby a zastává stanovisko, že příbuzní nemocných potřebují pochopit, že porucha příjmu potravy není zlozvyk.

Rodinná terapie se často volí u pacientů, kteří jsou mladí nebo stále žijí se svou rodinou. I když rodinná terapie nepatří mezi základní způsoby léčby, svou důležitostí se řadí do popředí, co se týče plného porozumění některým specifickým problémům v rodině. Rodinná terapie tak může být doplňkem individuální terapie (Garner, 2005).

Gjuričová a Kubička (2009) rozebírají oblast mezioborovosti rodinné terapie. V České republice je rodinným terapeutem většinou psycholog či psychiatr, ale zmiňují, že mnoho významných světových postav mělo jinou profesi. Jako příklad uvádí Virginii Satirovou či Hughu Jenkinse, kteří byli původně sociální pracovníci. Rodinná terapie se nezabývá pouze psychikou jedince, spíše bychom řekli, že se zabývá ději, které hranice jedince překračují. Proto můžeme hovořit o mezioborovosti, tedy o tom, že rodinná terapie není pouze psychologie, ale využívá například znalostí ze sociologie, filozofie, historie a dalších věd.

Co se týče průběhu terapie, Gjuričová a Kubička (2009) uvádí, že první rozhovor je pro obě strany – tedy jak pro klienty, tak pro terapeuta velmi náročná situace. Klienti často musí mít odvalu k mluvení o nepříjemných věcech, často i velmi intimních. Terapeut je zase omezený poměrně krátkým časem k tomu, aby se zorientoval ve velkém množství informací. V terapii tady považujeme za důležité, aby rodina věřila procesu a průběhu a měla tak pocit, že rozhovory k něčemu vedou. U dětí není ideální, aby první terapie proběhla jen s jedním z rodičů. Pokud se tak stane, může

být těžké přibrat dalšího člověka do terapie a mít nastolenou potřebnou neutralitu. Dle Barkera (2012) si rodiče často nejsou vědomi, proč je třeba, aby se terapie účastnila celá rodina, když má v mnoha případech problém pouze jeden člen rodiny. K vysvětlení, proč je jejich přítomnost důležitá shrnuje do tří bodů. První bod hovoří o tom, že problémům jednotlivého člena rodiny je v mnoha případech mnohem lépe porozuměno, když známe souvislosti z jeho rodinného života. Druhý bod se týká toho, že chování jednoho člena rodiny ovlivňuje členy další a třetí bod se zaměřuje na to, že ostatní členové rodiny mohou přispět k řešení daného problému.

Před počátečním setkáním s rodinou může mít terapeut informace například od praktického lékaře. Gjuričová a Kubička (2009) zmiňují také informace ze sociální péče.

Tím, kdo poskytuje informace tedy může být i sociální pracovník, který rodinnou terapii rodině doporučí či přímo zprostředkuje.

Sociální pracovník by mohl mít svou roli v rodinné terapii také při potřebné mnohosti pohledů na rodinný problém, což je ale dle Gjuričové a Kubička (2009) na našem území možné jen občas, a to zejména na velkých pracovištích.

O rodinné terapii v souvislosti s léčbou poruchy příjmu potravy hovoří taktéž Gjuričová a Kubička (2009). Dle těchto autorů je možné mluvit s rodinou o tom, jak symptom proměnil jejich život, chování a vzájemné vztahy. V rodině může vznikat napětí, které rozvíjí symptom a také přináší rodině pocit bezmoci a beznaděje. Dále píše: *„Externalizační jazyk konstruuje problém anorexie jako samostatnou jednotku, která řídí životy všech (tedy nejen dívky, která odmítá jídlo, ale také členů rodiny, kteří ji do jídla nutí, a případě se s ní dostávají do konfliktů), ale kterou lze neposlechnout.“* (Gjuričová, Kubička, 2009, s. 193). Na problémy tak lze nahlédnout novým a nadějnějším způsobem a členové rodiny se mohou zamýšlet nad tím, kdy se nechovali stejně a nepodrobili se tlaku, který se vázal s problémem.

V roce 2004 také proběhl první cyklus vícerodinné terapie pro pacienty s mentální anorexií a jejich rodiny, poté bylo zařazeno několik dalších cyklů. Cyklus proběhl v prostorách Denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy při Jednotce specializované péče pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Cílem vícerodinné terapie je umožnit rodinám mluvit o svých problémech s takovými rodinami, které se nachází v podobné situaci, podílet se na vzájemném rozvoji léčby mentální anorexie a pomoci s obnovením a fungováním vztahů (Tomanová, Papežová, 2006).

### **2.3.1. Sociální porod**

V této kapitole se budu opírat o teorii Ludmily Trapkové a Vladislava Chvály (2004), kteří se dlouhodobě zaměřují na rodinnou terapii psychosomatických poruch, tedy poruch, které vypadají jako tělesné, ale jsou ovlivněny psychikou. K těmto poruchám se mentální anorexie bezesporu řadí.

Chvála a Trapková (2004) ve své práci využívají dvou termínů, které označují jako metafory. Prvním z nich je sociální děloha a druhým sociální porod. Autoři čerpají například z vývojové teorie Erika Eriksona, který popsal 8 vývojových fází člověka, kterými si jedinec během svého života prochází. Autoři tak hovoří o shodných charakteristikách jak v biologické děloze, tedy vývoj plodu v těle matky, tak v sociální děloze, kde hovoříme o sociálním vývoji dítěte v primární rodině od narození až k procesu separace. Proces vývoje dle autorů v základních parametrech probíhá znovu, nyní na psychosociální úrovni.

Fyzické těhotenství dělíme na tzv. trimestry, které bychom mohli charakterizovat jak období, ve kterém plod plní určité úkoly, dále období, kdy jsou kladeny různé energetické nároky na matku a v neposlední řadě také období, ve kterých plodu hrozí různá rizika. Podobně jako tři trimestry, člení se vývoj dítěte na tři období.

#### **PRVNÍ TŘETINA – OD NAROZENÍ DO ŠESTI LET**

Toto období je v biologické děloze charakterizováno prudkým vývojem buněk, zahájením a dokončením vývoje nejdůležitějších orgánů. Nevyvinutí orgánů ve správný čas může dalece ovlivnit další vývoj plodu. V tomto období získává plod od matky veškeré živiny, které ke svému růstu potřebuje. Podobně v prvních šesti letech života dítěte hovoříme o vývoji „psychosociálních orgánů,“ dítěti se tedy vyvíjí centrální nervová soustava a sociální učení. Vystavení toxickým látkám v období prvního trimestru těhotenství může vést k rozvoji vrozených vad a podobnost můžeme spatřovat na sociální úrovni. Pokud mají rodiče dítěte problémy ve vztahu, které mohou vést k matčině nerovnováze a nestabilitě, je otázkou času, kdy uvidíme tělesné symptomy nemoci buď u matky či u dítěte, protože jejich vztah je velmi intimní a v tomto vztahu sledáváme propojenost (Chvála, Trapková, 2004).

#### **DRUHÁ TŘETINA – OD ŠESTI DO DVANÁCTI LET**

Toto období je v biologické děloze klidovým obdobím. Vyvíjející se plod má velký prostor, není ničím rušen a jeho tělo roste. Plod dosud není schopen samostatného



života. Podobnost spatřujeme v období tzv. latence, o které hovoří Freud. Sociální prostor dítěte se zvětšuje navštěvováním školy, upevňuje si základní naučené sociální dovednosti (Chvála, Trapková, 2004).

### **TŘETÍ TŘETINA – OD DVANÁCTI LET DO PLNOLETOSTI**

V tomto období se plod v těle matky připravuje na opuštění bezpečného a chráněného prostoru. V děloze matky mu začíná být těsno, nabírá na váze a dozrávají mu plíce, které mají převzít okysličování krve po přestřižení pupeční šňůry. Podobnost spatřujeme v separaci dítěte od rodiny. Je to proces, na který se rodina taktéž dlouho připravuje a tento proces končí konfliktem, který je potřebný k tomu, aby dítě našlo cestu ven. Dítě má během puberty sice mnoho zájmů mimo rodinu, ale rodiče stále kontrolují jeho aktivity. V tomto období se zvyšuje napětí v rodině a na konci puberty je rodina, stejně jako na konci těhotenství připravena na velkou změnu – tedy na separaci dítěte.

Chvála a Trapková (2004) hovoří o základní charakteristice biologického porodu, tedy o otevření porodních cest a následné době vypuzovací, ve které se dítě prodírá velmi těsnou cestou porodního kanálu. Metafora sociálního porodu se zabývá otázkou, jakým způsobem probíhá cesta dospívajícího z vnitřního, sociálně uzavřeného prostoru ven směrem k samostatnému a nezávislému životu bez vlivu rodičů tak, aby byl dospívající v pozdějším věku schopen založit vlastní rodinu, tedy novou sociální dělohu. Stejně tak jako u biologického porodu, jedinec prochází cestou, na které ho čekají nebezpečnosti či komplikace, které mohou vyžadovat zásah zvenčí, kterým se předejde závažným důsledkům. Mužské a ženské modality jsou nepostradatelné a dítě se mezi nimi v průběhu vývoje pohybuje. Během vývoje jsou období, kdy dítě více potřebuje matčinu náruč a otce nevnímá či je proti němu negativně naladěno a naopak období, kdy je potřebná pevná a laskavá přítomnost otce a matku může dítě postrádat. Je důležité, aby mělo dítě možnost výběru a oba rodiče byli k dispozici. „*Sociální porod představuje období, kde právě záleží na tom, který z rodičů je víc k dispozici, a zda ten druhý umí a může ustoupit do pozadí, aniž by se zcela přerušilo pouto jak s dítětem, tak s druhým rodičem.*“ (Chvála, Trapková, 2004, s. 111).

Pokud byla rodina synchronizovaná v předchozích fázích vývoje a přirozeně přijímala, vyrovnávala se a smířovala s rozklady a kolizemi, není sociální porod ničím nesnadným a může dokonce přinést hluboký zážitek z uspokojení splněného úkolu, tedy že proběhl sociální porod mladého dospělého. Pokud však rodina v minulosti prožila

nedostatky či dluhy, je pravděpodobnější, že sociální porod bude komplikovanější a přinese rizika somatizace emočních konfliktů. V této chvíli může být potřebná dopomoc zvenčí (Chvála, Trapková, 2004). V těchto chvílích se tedy nabízí intervence v podobě rodinné terapie.

Vzhledem k tomu, že mentální anorexií trpí častěji dívky než muži, v následujících informacích se zaměřuji konkrétně na sociální porod dcery.

## **SOCIÁLNÍ POROD DCERY**

Pokud pohlédneme na vztah dcery s otcem a matkou, tak vztah dcery s matkou se přesouvá do popředí jako první. Matka by měla dceru přijímat a má za úkol zasvětit ji do ženského světa, který je spojen s první menstruací dcery, kdy se z děvčátka stává žena. Na straně matky nastává taktéž změna, protože se musí rozloučit s děvčátkem a přijmou dceru jako ženu. Dcera potřebuje, aby ji matka přijala jako sobě rovnou. Problém může nastat ve chvíli, kdy vztah matky s dcerou naruší rostoucí sekundární pohlavní znaky. Matka tak může dceru zařadit mezi ženy ne podle toho, jak se dcera cítí, ale podle toho, jaké tělesné znaky dceru charakterizují. Dcera si tak může chtít uchovat své dětství, avšak matka, která v té chvíli může být nespokojená se známkami stárnutí vlastního těla, může dceru vybízet k odpovědnosti. V této chvíli může dívčin organismus vyžadovat potřebnou péči hubnutím, konflikt se tedy vyhrotí v podobě mentální anorexie, a to mimo vůli dívky. Matce a dceři začíná být v jedné domácnosti těsno, což dříve nebo později vede ke konfliktu a otec je tak v pozici, kdy se nezavděčí ani jedné. Dle Chvály a Trapkové (2004) je to však známkou dobře probíhajícího sociálního porodu. Konflikt ve vztahu matky s dcerou je totiž nejsilnějším podnětem k tomu, aby se od sebe oddělily a dcera si tak vezme do svého budoucího života vše, co potřebuje. V této fázi je důležité psychicky ošetřit matku, aby nebránila rozvíjejícímu se kroku dcery k otci. Když se matka uvolní, uvolní se tím i porodní cesty. Je důležité zmínit, že v této fázi je třeba během emočně náročného výkonu hospodařit se silami a nehledat viníka, když se dceřino chování změní ve vzdorující a dcera přestane jíst. Úkolem terapeuta v této fázi je minimalizovat obviňování v rodině a poukázat na zdroje, které rodina má.

Dcera je nyní na cestě k otci, který má největší léčebnou potenci a je v procesu sociálního porodu velmi důležitým aktérem. Otec by se měl laskavě, pevně a s láskou ujmout jak dcery, tak matky, a to každé jiným způsobem. Dívku by měl přijmout do své náruče a matce dát najevo, že jako matka jeho dětí má od něho uznání, avšak splnila

svůj úkol a jeho úkol je nyní na řadě. Úkolem otce je nyní trávit čas s dcerou bez přítomnosti matky a dát dceři najevo, že ji má bezpodmínečně rád a že ji obdivuje jako ženu svými mužskými očima. Problém může nastat, když otec nerozezná situaci, vzpomíná na to, jak spolu dcera s matkou ještě před nějakou dobou vycházely a měly podobné názory. Když otec nerozezná, že je dcera jiná než matka, a tudíž jejich vztah je jiný než vztah s její matkou, může se systém vývoje pozastavit na několik let. Když však vše probíhá tak, jak má, dcera se vztahu s otcem nasytí a začne cítit potřebu ze vztahu odejít. Dcera je připravena k sexuálnímu vztahu a začínají ji přitahovat vrstevníci. Na konci vývoje dostává matka opět roli legitimní partnerky, ne pouze matky a mohou růst požadavky na trávení společného času s otcem. Pokud se v této chvíli rodina setká s terapeutem, je důležité, aby byl schopný rozpoznat, zda je sociální porod opravdu ve fázi osamostatnění dcery od otce, nebo zda jde o stagnaci ve vývoji (Chvála, Trapková, 2004).

Kocourková et al (1997) taktéž hovoří o důležitosti vztahu matky s dcerou, který bývá v souvislosti s mentální anorexií zmiňován v literatuře a uvádí, že matky anorektických dívek bývají popisovány jako málo empatické a perfekcionistické. Vágnerová (2014) se shoduje s Chválou a Trapkovou (2004) a taktéž zmiňuje, že k rozvoji mentální anorexie mohou přispívat také matky, které nejsou spokojené s ženskou rolí. Role otců anorektických dívek je zejména v pomoci dospívajícím dívkám k rozvoji jejich ženské role.

Teorie sociálního porodu a metafora sociální dělohy tak mohou sloužit k pochopení problematiky poruch příjmu potravy a rolím rodičů v dospívání dítěte. Pokud jsou při sociálním porodu problémy, může být přínosná reakce někoho zvenčí, tedy například terapeuta, který vyhodnotí, v jaké fázi sociálního porodu se rodina nachází a zvolí vhodnou intervenci.

Z celé kapitoly vyplývá, že k nejčastěji využívaným terapiím v léčbě mentální anorexie se tedy řadí kognitivně-behaviorální terapie, která se snaží o změnu chování, skupinová terapie, která čerpá z podobných zkušeností nemocných a rodinná terapie, která se zaměřuje na vztahy v rodinách, kde se objevuje dítě trpící mentální anorexií. Ve všech terapeutických přístupech je důležité dbát na individuální přístup ke klientům a na to, aby měl terapeut dostatečné znalosti z oblasti poruch příjmu potravy.

### 3. Vymezení pojmu sociální pracovník

Pro účely této kapitoly je důležité vymežit, kdo sociální pracovník je. Zákon o sociálních službách číslo 108/2006 Sb. v paragrafu 106 charakterizuje osobu sociálního pracovníka následovně:

*„Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb.“*

Gulová (2011) popisuje sociálního pracovníka jako člověka, který se nachází v širokém spektru sociální práce, a který působí v mnoha oblastech, mezi které můžeme zařadit činnosti spojené s terapií a tréninkem, supervizí, výzkumem či vzděláváním. Mezi vlastnosti, kterými by měl sociální pracovník disponovat řadí jak Gulová (2011), tak Probstová (2010) například empatii, vnímavost k verbálním a neverbálním projevům jak klienta, tak jiných respondentů a schopnost naslouchat. Matoušek a Hartl (2013) taktéž hovoří o důležitosti naslouchání klientovi. Zmiňují, že je důležité, aby pracovník klientovi dával najevo, že chápe to, co klient vypráví. Dále schopnost naslouchání dělí do tří částí. První z těchto částí je zaměřena na vnímavost a schopnost pozorovat a číst klientovo neverbální vyjadřování, druhá část naslouchání dle autorů spočívá v naslouchání a chápání verbálního sdělení klienta a třetí část se zaměřuje na pozorování veškerých projevů klienta, tedy například činností každodenního života.

Probstová (2010) dále klade důraz na to, že kompetentní sociální pracovník musí v rámci svých činností umět získat informace, které potřebuje, musí umět sestavit a realizovat plán spolupráce a musí vědět, jak spolupráci s klientem ukončit. Neopomíná ani to, že kompetentní sociální pracovník by měl umět komunikovat s ostatními odborníky, jak v týmu, tak v jiných institucích a zdůrazňuje, že práce sociálního pracovníka v týmu s ostatními odborníky je nezastupitelná. Podobně hovoří Papežová a Novotná (2010), které zmiňují, že léčba poruchy příjmu potravy vyžaduje spolupráci několika odborníků, kteří spolu dobře komunikují a mají pochopení pro aktivity a postoje ostatních členů týmu.

Umění komunikovat s dalšími odborníky je důležitá vlastnost zejména pro sociální pracovníky, kteří pracují v institucích poskytujících sociální služby pro lidi

trpící poruchami příjmu potravy, protože zejména v těchto organizacích nalézáme multidisciplinární tým. Příkladem takové organizace v České republice může být organizace Anabell, z.ú.

Předpokladem pro práci s duševně nemocnými, tedy i s lidmi, kteří trpí některou z poruch příjmu potravy je znát základní symptomy nemoci, dynamiku onemocnění, a také znalost vhodných terapeutických přístupů (Probstová, 2010).

Většina lidí s psychickými problémy potřebuje od sociálního pracovníka zacílenou pomoc či specifické intervence. Kompetentní sociální pracovník musí být schopný získat informace o klientovi a jeho okolí, zázemí a může být také člověkem, který připravuje duševně nemocného na přechod z lůžkového zařízení do přirozeného prostředí. Sociální pracovník tak může do týmu odborníků přinášet svou kvalifikaci v oblasti práce s lidskými vztahy a s životními podmínkami, které ovlivňují klientovy schopnosti naplňovat cíle. Úkolem sociálního pracovníka v týmu je také koordinace aktivit tak, aby maximálně prospěly klientovi (Probstová, 2010).

Odborný sociální pracovník by tak měl mít základní znalost v oblasti psychologie, sociologie, zdravotní, práva či sociální politiky. S těmito znalostmi by pak měl být schopen vymezit konkrétní potřeby člověka a navrhnout řešení těchto problémů. Sám sociální pracovník však neposkytuje psychologické, zdravotní, právní či jiné odborné služby, nýbrž pracuje jako zprostředkovatel těchto služeb pro klienta (Tomeš, 2012). Na toto navazuje Mahrová (2008), kteří hovoří o tom, že sociální pracovník by tak konkrétně v praxi měl být vybaven seznamem adres, informačních letáků či vizitek, kam může klienta odkázat a kde mu mohou pomoci. Přiznání si duševních potíží a snaha je řešit si zaslouží ocenění, podporu a nabídku konkrétní pomoci, kterou je nejčastěji doporučení ambulantních služeb. Je třeba klientovi dodat odvalu, ale nezlobit se na něj, pokud nabízenou pomoc ihned nepřijme.

#### 4. Role sociálního pracovníka

Řezníček (1994) se zaměřuje na role sociálního pracovníka. V činnostech, které sociální pracovník vykonává, zastává mnoho různých rolí, které se navzájem prolínají. Tyto role mohou převládat podle toho, jaká je pracovní náplň sociálního pracovníka, v jakém zařízení pracuje, jakým stylem je vedena organizace, jaké cíle a prostředky organizace zastává. Autor dále popisuje devět rolí, které může sociální pracovník zastávat.

Pro účely mé práce jsem vybrala šest rolí, které sociální pracovník většinou zastává při práci s klienty s poruchou příjmu potravy. Těchto šest rolí jsem vybrala na základě toho, že jejich náplň je přímá práce s klientem. Další tři role, které autor zmiňuje, tedy *manažer pracovní náplně*, *personální manažer* a *administrátor*, se podílí na chodu organizace, nicméně jejich činnosti se nevztahují k přímé práci s klientem, a proto se těmito rolím ve své práci konkrétně nevěnuji. Role sociálního pracovníka, které mají přímou vazbu na práci s klientem jsou konkrétně popsány v následujících odstavcích.

*Cvičitel (učitel) sociální adaptace* se zaměřuje na pomoc klientům v oblasti modifikace jejich chování tak, aby sami mohli účinně řešit své problémy. Sociální pracovník v této roli tak může být člověkem, který s klientem trénuje sociální a adaptační dovednosti. Může být také člověkem, který klienta povzbuzuje ke změnám v chování a preventivně působí při situacích potenciální krize.

*Poradce nebo terapeut* je pracovník, který klientům pomáhá se získáním náhledu na jejich pocity, přístupy či jednání s cílem podpořit je v jejich osobním růstu nebo přizpůsobivějšímu chování (Řezníček, 1994). Důležité přitom je, aby sociální pracovník chápal, že každý klient se pohybuje v jiném prostředí, zázemí, má jiné hodnoty a cíle, tudíž je důležité chápat, že každý klient je jiný (Probstová, 2010).

Další rolí, kterou sociální pracovník zastává je *zprostředkovatel služeb*. Tato role sociálního pracovníka tkví v pomoci klientům získat kontakt na zařízení, kde mu bude poskytnuta pomoc. Síť sociálních služeb nemusí být vždy dobře koordinovaná a klienti tak nemusí znát zařízení, na které by se mohli obrátit. Sociální pracovník tak může zastat funkci diagnostika, odhadce zdrojů pomoci, které jsou dostupné, toho, kdo předá klientovi informace, případně doporučí jiné zařízení. V neposlední řadě může být tím, kdo koordinuje osoby, které se budou účastnit práce s klientem.

*Případový manažer* pracuje takovým způsobem, aby byla zajištěna koordinace, vhodný výběr a souvislá provázanost služeb. Tato role sociálního pracovníka je nejčastější u klientů, kteří mají větší množství potřeb, zejména sociálních či zdravotních, v praxi tedy například u problémových rodin. Případový manažer se tedy snaží, aby služby byly co nejlépe sladěné a pomáhaly k dosažení předem vytyčeného cíle (Řezníček, 1994). Návaznost k předchozím dvěma rolím nalézáme u Probstové (2010), která píše o tom, že sociální pracovník může klientovi pomoci při přechodu z lůžkového zařízení do jeho přirozeného prostředí. Úkolem tedy je pomoci zajistit klientovi návaznou péči po hospitalizaci. Práci sociálního pracovníka si tak můžeme představit jako pomyslný most, po které se klient vrací po hospitalizaci do přirozeného prostředí, ve kterém může klient využívat ambulantních služeb. Příkladem takových služeb jsou například služby následné péče, které Zákon o sociálních službách č. 108/2000 Sb. vymezuje následovně:

*„(1) Služby následné péče jsou ambulantní nebo pobytové služby poskytované osobám s chronickým duševním onemocněním a osobám závislým na návykových látkách, které absolvovaly lůžkovou péči ve zdravotnickém zařízení, absolvovaly ambulantní léčbu nebo se jí podrobují, nebo osobám, které abstinují.“*

Tyto služby poskytuje brněnská pobočka centra Anabell, z.ú. které se zaměřuje na léčby poruch příjmu potravy. Tyto služby jsou vedeny psycholožkou a sociální pracovníci a jsou určeny pro osoby starší 15 let, které byly kvůli léčbě poruch příjmu potravy hospitalizovány nebo v současné době využívají ambulantní lékařskou péči (Centrum Anabell, z. ú., Skupinové programy následné péče [online]).

Role *případového manažera* je náročnější na čas. V ideálním případě bude mít sociální pracovník dostatek času, aby byl s klientem schopný navázat dlouhodobou partnerskou spolupráci a poznat potřeby klienta. V tomto čase je důležité reflektovat, případně přehodnocovat dosavadní výsledky spolupráce. Sociální pracovník v této roli by měl znát jak historii, tak současnou situaci klienta i jeho okolí a díky těmto znalostem se pracovníkovi může dařit správně vyhodnocovat zdravotně-sociální potřeby klienta. Naplnění těchto potřeb tak může být cílem spolupráce sociálního pracovníka s klientem.

Další rolí, kterou může sociální pracovník zastávat je role *činitele sociálních změn*, což znamená, že se zasazuje o zjišťování a řešení problémů, které se týkají širší společnosti. Může tedy ve správních, legislativních či politických orgánech prosazovat změny, které jsou v zájmu jeho klientů (Řezníček, 1994). Tuto roli popisuje i Probstová (2010), která píše o tom, že sociální pracovník může plnit roli vyslance, advokáta,

pomáhá tvořit vztahy či spojuje nemocné a komunitu s cílem integrace klienta. Podobně Carling (1995, dle Probstová, 2010) zastává cíl integrovat klienta, a tedy snažit se změnit postoje profesionálů, aby nezastávali přehnaný ochranný postoj s velkou mírou odpovědnosti vůči nemocným.

V neposlední řadě může sociální pracovník zastávat roli *pečovatele nebo poskytovatele služeb*. Takový pracovník by měl pomáhat klientům v každodenním životě v situacích, kde vzhledem k jejich postižení, onemocnění nebo jiné neschopnosti klienti sami nezvládají vykonávat pro ně zásadní činnosti (Řezníček, 1994). Zde musíme zdůraznit, že komunikace s klientem by se v mnoha aspektech měla lišit od přátelských rad a profesionální poradenství užívané v rámci poruch příjmu potravy je od nich nutně oddělit. Pracovník musí mít na mysli, jaké má klient potřeby a nesdělovat mu své osobní rady či zkušenosti. Přátelské rady by klienta mohli přivést k pocitu selhání v případě, že by se jimi nedokázal řídit a poradce by mohl mít pocit, že klient nespolupracuje. Poradenství bychom tak měli chápat spíše jako jednostrannou činnost, u které má být jasně vymezeno, že rozhodnutí je pouze na klientovi (Papežová, 2010). Klientem sociálního pracovníka může být i rodina nemocného a v takovém případě by si měl být sociální pracovník vědom toho, že rodinní příslušníci klienta mohou mít odlišné potřeby, mezi které můžeme zařadit například emoční podporu či praktickou pomoc (Probstová, 2010). Sociální pracovník je často členem týmu terapeutů, se kterými spolupracuje a má významnou roli při získávání informací a zprostředkování spolupráce (Vojáčková-Kuncová, 2008).

Sociální pracovník, který je dostatečně vzdělaný v oblasti poruch příjmu potravy tak může klientovi a jeho blízkým nabídnout sociální poradenství, může být tím, kdo klientovi zprostředkuje další služby, které jsou využitelné v léčbě mentální anorexie a taktéž může být činitelem žádoucích změn, a to zejména v širší společnosti. Důležitým faktorem je, aby byl sociální pracovník vnímavý k individuálním potřebám klientů a jejich blízkých, a aby zejména s klienty, kteří trpí mentální anorexií projevil dostatečnou trpělivost a pochopení pro všechny aspekty nemoci.



## 5. Metodologie

Výzkum je založený na kvalitativním dotazování. Neexistuje obecný způsob, jak vymezit či provádět kvalitativní výzkum, který by byl uznávaný všemi. Creswell (1998, dle Hendl, 2016, s. 46) definoval kvalitativní výzkum takto: „*Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách.*“

Při kvalitativní analýze se snažíme o odhalení stěžejních témat, pravidelnosti, forem, kvality a vztahů pomocí systematické a nenumerické organizace dat. Interpretace dat by měla být doplněna citacemi z částí rozhovorů (Hendl, 2016 s. 227).

Švaříček, Šedová (2014) uvádí, že kvalitativní výzkumný projekt není vázán na teorii, která již byla někým zmíněna. Logika kvalitativního výzkumu je induktivní, což znamená, že až po nasbírání dat začíná výzkumník hledat pravidelnosti, které se v těchto datech vyskytují. Výzkumníci by se však měli vyvarovat zobecňujícím tvrzením, protože vzniklé teorie není možno zobecňovat, jsou platné jen pro výzkumný vzorek, na kterém byla získána data.

V rámci každého výzkumu je třeba řešit etickou stránku. Je třeba zaměřit se na důvěrnost výzkumu, informovaný souhlas či zpřístupnění práce účastníkům výzkumu. Je důležité ubezpečit účastníky výzkumu o zachování důvěry a tento fakt důsledně dodržovat. Informovaný souhlas by měl být získán od každého účastníka výzkumu, a to buď psanou formou nebo například nahráním na diktafon a měl by obsahovat poučení o účasti na výzkumu a potvrzení dobrovolnosti účastníka ve výzkumu (Švaříček, Šedová a kol., 2014). Tyto náležitosti byly při realizaci tohoto výzkumu dodrženy. Účastníci výzkumu byli vždy nejdříve poučeni o tom, že účast ve výzkumu je anonymní, nikde nebude zveřejněno jejich jméno a že účast ve výzkumu je dobrovolná a kdykoliv může své odpovědi bez udání důvodu ukončit. V informovaném souhlasu byl uveden cíl práce, co se od účastníka výzkumu očekává, na co má právo a informace o mlčenlivosti výzkumníka. Informovaný souhlas byl vždy vytištěn ve dvou vyhotoveních, jeden zůstal účastníkovi výzkumu a druhý výzkumníkovi.

Cílem výzkumu bylo popsat proměnu vztahů mezi lidmi trpícími anorexií a jejich rodiči v časovém období před, během a po onemocnění a zjistit, zda byla tato změna provázena intervencí sociálního pracovníka. Na základě tohoto cíle byly

vytyčeny dvě výzkumné otázky. První z nich zní následovně: „*Jak popisují dívky trpící anorexií změnu vztahu s rodiči v daném časovém období před onemocněním, během a po léčbě onemocnění?*“ Druhá z nich zní takto: „*Byla změna vztahu s rodiči provázána intervencí sociálního pracovníka?*“

Domnívám se, že právě rodiče mohou tvořit nejdůležitější sociální vazbu pro dívku, která se potýká s poruchou příjmu potravy. Vztah dívky s rodiči se může pro dívku stát zdrojem potřebné podpory. Změnou těchto vztahů jsem se rozhodla zabývat proto, že se domnívám, že pokud by rodiče nereagovali na úskalí, která se pojí s onemocněním, mohla by nemoc zůstat neměnná a bylo by velmi obtížné ji řešit. Pokud však rodiče reagují na onemocnění a poskytnou dívce potřebnou podporu, může to mít zásadní vliv na léčbu onemocnění.

Sociální pracovník je odborník, za kterým klient či jeho blízcí mohou přicházet v situacích, se kterými si neodkážou poradit sami. Pokud je sociální pracovník schopen podat dívce či rodiči informace, dobře reagovat na jejich potřeby, může sehrát klíčovou roli ve změně vztahu k lepšímu, což může opět vést k zásadnímu vlivu na léčbu onemocnění.

## **5.1. Popis použitých metod**

Data pro kvalitativní výzkum byla získána metodou kvalitativního dotazování, konkrétně byly provedeny hloubkové rozhovory pomocí návodu. Návod k rozhovoru můžeme chápat jako seznam otázek či témat, které v rámci rozhovoru probíráme. Tento typ rozhovoru pomáhá udržet zaměření rozhovoru a zároveň dovoluje respondentovi vyjádření vlastních pohledů a zkušeností (Hendl, 20016, s. 178-179). Poté proběhla doslovná transkripce rozhovorů a k analýze rozhovorů byl použit program MAXQDA.

## **5.2. Popis výzkumného souboru**

Při výběru respondentů jsem si stanovila následující kritéria: (1) v minulosti trpěl respondent mentální anorexií, (2) respondent se s mentální anorexií léčil, ať už ambulantně nebo formou hospitalizace. Věkové rozmezí nebylo omezené. Pro účely této práce byl rozhovor poskytnut pěti respondentkami ve věkovém rozpětí 19 – 27 let. Respondentky jsou pro účely výzkumu nazývány písmeny A., B., C., D., E., a to z důvodu zachování úplné anonymity. Tři respondentky mi odepsaly na inzerát zveřejněný na sociální síti, dvě respondentky byly dívky, které jsem znala již z

dřívější. Domluva s respondentkami o tom, kde se rozhovor uskuteční proběhla většinou přes sociální síť. Čtyři z pěti rozhovorů se poté uskutečnily v kavárnách, které respondentky preferovaly, pátý rozhovor proběhl přes internet, kvůli časovému nesouladu a vzdálenosti. Jak již bylo zmíněno, rozhovory byly nahrávány na mobilní telefon, vždy se souhlasem respondentek. Každý rozhovor trval zhruba 40 minut.

Dvě z pěti respondentek byly léčeny formou hospitalizace, ostatní respondentky ambulantní formou.

### **5.3. Způsob zpracování dat**

Přepsané rozhovory byly analyzovány otevřeným kódováním. Otevřené kódování spočívá v lokalizaci témat v textu, ke kterým výzkumník přidává označení. Toto kódování v datech nachází určitá témata, které výzkumníkovi pomáhají vidět témata ve větším celku dat. Seznam témat může výzkumník organizovat, kombinovat a doplňovat (Hendl, 2016, s. 251-252). Témata jsem poté řadila dle toho, zda respondentky mluvily o matce či otci a také dle toho, v jakém časovém rozmezí, tedy před, během nebo po léčbě onemocnění, se výpovědi pohybovaly. Z již vzniklých témat jsem poté vyřadila témata, která se nevztahovala k výzkumné otázce.

## 6. Výsledky

Interpretace dat si klade za cíl představit výsledky kvalitativního výzkumu. Ve výsledcích je prezentováno, jak hodnotí respondentky vztah se svými rodiči v časovém rozmezí před onemocněním, během onemocnění a po léčbě onemocnění a taktéž je prezentováno, zda sociální pracovník ovlivnil změnu jejich vztahu s rodiči.

### 6.1. Vztah s matkou před vypuknutím onemocnění

Prvním probíraným tématem rozhovorů bylo téma vztahu s matkou před onemocněním mentální anorexií. Toto téma přineslo dva problémové okruhy. Prvním z nich bylo to, že tři z pěti respondentek měly problém s důvěrou k matce. Druhým problémem bylo to, že respondentky cítily, že jsou na ně kladeny od matek vysoké nároky.

Co se týče prvního problému, tři z pěti respondentek uvádí, že se matce z různých důvodů nemohly nebo nechtěly svěřit s jakýmikoli problémy v jejich životě. Pro příklad respondentka D. uvádí: *„S mamkou sem si vůbec nerozuměla. Většinu času jsem trávila u mých kamarádů, kterým jsem se svěřovala víc než svojí mamce. Jí jsem se nesvěřovala skoro vůbec. Měla jsem pocit, že je mi úplně vzdálená a nemám jí co říct, natož tak se jí svěřit.“*

Tři respondentky uvedly, že vztah jejich rodičů byl provázen častými hádkami. Respondentky A. i B. hovoří o tom, že hádky mezi rodiči ovlivnily, že k matce neměly důvěru. Respondentka A. uvádí: *„... jakmile se ten vztah mezi mým tatškou a mamkou začal trošku hroutit tak tatka místo toho, aby to nějakým způsobem řešil, tak on chodil za mnou, za tou kamarádkou mi říkat co mu mamka řekla, a jaká ona je hrozná, to znamená že já jsem viděla ten vztah jenom z jednoho úhlu pohledu, protože mamka mě do toho nechtěla zatahovat, takže já jsem jenom viděla, že ona je hrozná, a že on je ten chudák. Takže ten vztah mezi mnou a mojí maminkou byl úplně strašný. Já jsem ji prostě nenáviděla a odmítala jsem s ní jakýmkoli způsobem vůbec komunikovat a neměla jsem k ní vůbec blízko.“* Podobně mluví respondentka B.: *„Můj vztah s mamkou byl hodně ovlivněný tím, že se s tátou celý můj život hádali. Hodně mě taky ovlivňovala ve vztahu k tátovi. Byla jsem vždycky takový prostředník, když mu chtěla něco říct nebo s ním něco vyřešit. Nikdy na mě nebyla zlá, ale když udělala v něčem chybu, nikdy se mi neomluvila. A já jsem se jí nechtěla svěřovat, protože jsem cítila... Občas jsem prostě cítila, že když za ní přijdu s problémem, má tendence všechno obracet na sebe a litovat*

*se. A když jsem se třeba svěřila tátovi, tak byla naštvaná, že jsem se nesvěřila jí, ale já jsem prostě měla takový blok a ta důvěra tam vůbec mezi náma nebyla.“*

Všechny respondentky uvedly, že před vypuknutím onemocnění cítily, že jsou na ně kladeny vysoké nároky od matky. Konkrétně respondentka A. uvedla: *„Já si myslím, že v tom trošku má prsty v té nemoci i moje mamka, úplně když jsem byla malá, tak ona na mě měla hodně vysoké nároky, a byla taková perfekcionistka.“* Stejně tak hovoří respondentka C.: *„Máma na mě kladla vysoké nároky, nechtěla ze mě mít .. jako ona to myslela dobře, ale nechtěla ze mě mít nějakýho jako loosera, jako abych ve škole měla dobré známky, aby ze mě jednou nebyl prostě nějaký, nevím, jak to říct, ale máma na to tak jako hodně dohlížela, abych byla dobrá, učila se dobře a byla spořádaná.“* Respondentka B. cítila také vysoké nároky od matky, které byly dle jejích slov ovlivněny úspěchy staršího bratra: *„Protože byl brácha celkem ve všem úspěšný, cítila jsem, že jsou na mě od mamky kladeny vysoké nároky, že chce abych byla jako on., abych nosila domů jedničky, abych byla oblíbená mezi kamarádama jako brácha, abych měla takový rozhled jako on. Když to tak nebylo, tak nás hodně srovnávala.“* Respondentka D. uvedla: *„Měla jsem pocit, že mi dává najevo, že na nic nemám a že cokoli mě zajímá je pod moji úroveň a měla bych usilovat o něco většího.“* Respondentka E. měla podobnou zkušenost, kterou popsala následovně: *„S mamkou jsem se celou pubertu nesnesla. Byla jsem dlouhé hodiny jen zavřená u sebe v pokoji. Nemohla jsem s ní o ničem mluvit. Když jsem ze školy přinesla z těžkého testu třeba 1-, ona na mě vyjela, proč nemám jedničku. Když jsem byla 2. na mistrovství republiky, byla na mě hnusná, proč nejsem první. Byla jsem neustále nedostatečná.“*

## **6.2. Vztah s matkou v průběhu onemocnění a během léčby**

I přes již zmíněnou nedůvěru u dvou respondentek se čtyři z pěti respondentek shodují, že právě matka byla osobou, která jim pomohla léčbu najít či zprostředkovat. Matka byla ve všech čtyřech případech člověkem, který sehnal pomoc odborníka.

Respondentka A. uvádí: *„... jakmile sem jí to teda řekla a přiznala jsem se, tak ona obvolávala různé doktory a různé psychiatry a chtěla zjistit, kde by pro mě bylo, kam bych měla jít, aby mi to nějak, třeba, aby mi tam ještě neublížili.“* Stejně tak respondentka B.: *„... byla to ona, kdo mě vzal k doktorce.“* I respondentka C.: *„... Máma vždycky se mě snažila tak nějak zachránit, ona mi sehnala toho psychiatra.“* Respondentka D.: *„Jednou za mnou přišla a navrhla, že bychom mohly navštívit*

*odborníka, protože jí to doporučila známa. Viděla jsem, že už si neví rady, že je náš vztah v koncích, trápily ji moje zdravotní problémy a potřebovala v té době někoho, kdo by pomohl jak mě, tak třeba i nám všem jako v rodině.“*

### **6.3. Vztah s matkou po léčbě onemocnění**

Odpovědi ohledně této oblasti se různí. Co se týče respondentky C., popisuje, že ve vztahu s její matkou nebyly v určeném časovém období problémy. Vztah s matkou po léčbě anorexie popisuje respondentka B. stále jako složitý a problémový. Nejvíce mne zaujal popis vztahu respondentky A. po léčbě nemoci. Popisuje, že vztah s matkou se po léčbě onemocnění rapidně zlepšil: *„... a takže ten vztah až po té nemoci nebo při ní se strašně zlepšil ... Takže se mi právě zlepšil ten vztah s mojí maminkou, kterou teďka miluju úplně nade všechno a musím říct, že fakt jako to je moje asi nejlepší kamarádka.“* Podobně hovoří i respondentka E., která uvedla: *„Teď je vztah dobrý, nebydlíme spolu, tak už nemáme ponorkovou nemoc. Trávíme spolu volný čas, chodíme na procházky, do obchodů, jezdíme po babičkách, když jsem doma. Když přijede do Prahy nebo já domů, koukáme spolu na televizi, hrajeme spolu hry... Prostě celkově mnohem lepší. Možná je to tím, že jsem dospěla, nebo tím, že jsem se přestěhovala, netuším. Ale je to, jako by se otočil náš vztah o 180 stupňů.“*

Respondentka D. popisuje, že změna vztahu s matkou k lepšímu je nepatrná: *„Teď určitě nejsme nejlepší kamarádky, ale vděčím jí za to, že dala první impuls k léčbě a že se snaží, aby se náš vztah zlepšoval, ale jde to opravdu hodně pomalu a mám pocit, že od té doby, co jsem na výšce ten náš vztah se tak nějak nerozvíjí.“*

### **6.4. Vztah s otcem před vypuknutím onemocnění**

Podobně jako v předchozích výsledcích, u této oblasti se všechny respondentky shodují a uvádí, že vztah s jejich otcem byl před vypuknutím nemoci velmi dobrý. Respondentka A. uvedla: *„Já jsem měla hodně takový úzký vztah s mým tatínkem, se kterým jsme od mého dětství byli úplně jak nejlepší kamarádi a ten vztah nebyl ani tak mezi dcerou a otcem, jako spíš prostě dva kamarádi.“* Stejně tak respondentka B. i C. zmínily dětství a uvedly: *„Když jsem byla malá, měli jsme s tátou celkem dobrý vztah a dalo by se říct, že jsem byla taková tátova holčička ... vždycky se snažil, abych byla šťastná, vždycky jsme se spolu hodně smáli.“* *„S tátou byl dobrej vztah, když jsme byli děcka.“* Respondentka E. měla s otcem taktéž dobrý vztah, ale otec s matkou spolu

nebydleli. „Dobrý. Hodně mi pomáhal ve vztahu s mámou, když se s ní nedalo na něčem domluvit, obrátila jsem se na něho a s mámou to nějak vyargumentoval.,, Respondentka D. reagovala podobně: „*Tatku jsem měla vždycky velmi ráda, byl pro mě vždy velkou oporou. Často jsme spolu blbli, z dětství mám s ním nejhezčí vzpomínky.*“ Respondentka D. avšak jako jediná uvádí problémy, které spatřovala již před onemocněním: „*Co bylo ale velké mínus bylo to, že často jezdil na služební cesty, už od mého dětství, většinou na 3 měsíce, ale někdy i na půl roku. Když přijel, dovážel mi vždycky hodně dárků a snažil se pro mě udělat první poslední, než zase odjede. Často když jsem brečela, tak se mě snažil rozesmát a problém zlehčit, což bylo někdy fajn, ale někdy mi to spíš uškodilo, protože jsem měla pocit, že je to takové povrchní. Tatku jsem dlouho pokládala za takového superhrdinu a mého kamaráda, ale časem jsem si začala uvědomovat, že jsem si ho hodně idealizovala. Taky mě štvalo, že když přijel domů z cesty, chodil celkem často do hospody, kde trávil většinu večerů. Někdy mě brával s sebou, ale já jsem nechtěla, protože jsem ho chtěla pro sebe, a ne být s ostatními lidmi. Kvůli jeho chození do hospody se často hádali s mamkou, protože ona asi taky očekávala, že bude po půl roce s námi doma. Hodně mi pak chyběl.*“

### **6.5. Vztah s otcem v průběhu onemocnění a během léčby**

I v tomto bodě čtyři z pěti respondentek shodují. Respondentky popisují, že otec problémy s anorexií buď nepochopil, nebo se od těchto problémů distancoval, nebo je z nějakého důvodu nechtěl nebo neuměl řešit. Respondentka A. uvádí: „*Já jsem cítila, že mi tatka nerozumí, když mu to říkám.*“ Respondentka A. také pokračuje a zmiňuje rozepři s otcem o jejím onemocnění mentální anorexií. Po této rozepři cítí, že jí otec opovrhne a nechápe ji, a právě v tomto bodě respondentka A. vnímá, že vztah s otcem prochází změnou: „*A v tu chvíli jsem viděla, jakoby mnou začal opovrhovat, protože on to nedokáže pochopit ... myslím si, že právě ta anorexie taky byl ten zlomový bod, kdy jsme se s tátkou tolik přestali rozumět.*“

Respondentka B. hovořila o tom, že otec často utíkal od problémů a nehledal řešení. Uváděla také to, že jí od otce chybělo pochopení či povzbuzení, ale také jeho přítomnost. „*... když se podívám zpětně na tu nemoc a průběh, tak mi fakt přijde, jako by tam nebyl, vůbec si to neuvědomuju. Asi se tu zase projevílo to, že při problémech dělal, že se nic neděje a čekal, že se vyřeší samy. Nechal to úplně celé na mamce. Možná se někdy zeptal mamky, jak mi je, ale nikdy se nezeptal přímo mě.*“

Respondentka C., stejně jako respondentka B. uvedla, že otec se v průběhu nemoci distancoval a nechal řešení na matce. „*To netušil podle mě (tímto myšleno onemocnění anorexií), fakt vůbec a nikdy už podle mě to nevěděl. On se do toho nějak neangažoval, všechno řešila máma.*“ Kromě toho respondentka uvedla, že otec hodně pil, takže se stávalo, že se například dva dny nevrátil domů. Podobnou zkušenost jako respondentky B. a C. uvádí taktéž respondentka D.: „*Toho, že hubnu si vůbec nevšiml, protože byl buď pryč, nebo to neřešil ... Když se od mamky dozvěděl, že mám problémy s anorexií, byl z toho smutný, ale přišlo mi, že to nebral nějak moc vážně. S mamkou o tom mluvil normálně, ale se mnou se zase snažil vtipkovat. Přišlo mi, že čeká, že mamka to vyřeší sama, když řešila sama všechno ostatní, když byl na služebce. Prostě vůbec nebyl taková ta hlava rodiny, co by měla problémy řešit.*“

Respondentka E. jako jediná uvedla, že její otec se snažil s ní onemocnění řešit, spolupracoval s ní, navštívil terapii, ale taktéž cítila až nadměrný zájem. Uvádí: „*V průběhu onemocnění se mnou spolupracoval, šel se mnou na rodinnou terapii, vše se snažil se mnou řešit. Jen se možná až moc zajímal, ne vše chci, aby věděl rodič. Mohla jsem se na něj ale obrátit při problému, říct mu, že mi deprese došly do takového stavu, že to doma nezvládnou, to samé s PPP. Do jídla mě nenutil, spíš se snažil nějak mile mě získat.*“

## **6.6. Vztah s otcem po léčbě onemocnění**

Všechny respondentky cítí, že otec z různých důvodů nenaplnuje svoji roli. Každá tuto skutečnost popisuje jinak, pouze respondentky A. a C. nacházejí společný znak. Prožily shodnou situaci, kterou byl odchod otce od rodiny. U respondentky C. však nelze posoudit, jak se vztah s otcem změnil, protože otec během onemocnění odešel a do nynějška o něm nemá žádné zprávy. „*Ted'ka se tátou nestýkáme vůbec, já vůbec nevím, kde je, co s ním je. vůbec nevím kde je, co dělá, kde pracuje.*“ Respondentka A. popisuje, že vztah s otcem se proměnil v průběhu onemocnění a od té doby ho hodnotí úplně jinak. Respondentka A. také uvedla, že vyspěla, kdežto otce vidí spíše jako dítě. Uvádí: „*A já najednou cítím že já jsem dál nějak nebo jakoby dospělejší než on. Že je prostě slabý a že to není takový otec, no. Tak proto ten vztah najednou není až tak úplně dobrý jako to bylo do té doby, než jsem tak nějak prozřela.*“ Respondentka D. má podobnou zkušenost, kterou je, že otec nezastává svoji roli a zmiňuje další aspekty. Uvádí: „*Postupem času jsem si uvědomila, že tat'ka neumí moc*



*řešit problémy a že je navyklý spíše být na té služební cestě a přijet do domova, kde to funguje i bez něho. Máme spolu pořád moc dobrý vztah, ale už ho neberu jako takového superhrdinu jako předtím a uvědomuju si i to, co by mohl změnit, abych se cítila o trochu lépe. Občas mi přijde, že když za ním chci jít s problémem, tak ho spíše otravuju, že prostě 3 měsíce na služebce dřel a teď chce mít chvílku klid. Ale vůbec si neuvědomuje, že mě vlastě už od té puberty hodně chybí i do teď. Chtěla bych, aby byl pořádný otec, a ne jen takový kamarád, který přijíždí a odjíždí a všechno je pro něho takové bezproblémové.“ Otec respondentky E. je nyní závislý na alkoholu a respondentka s ním mluví jen stroze: „Z táty se stal silný alkoholik a člověk, se kterým se nedá příliš dobře žít. Mluvím s ním, jen když přijedu ze školy, jen aby se neřeklo.“*

### **6.7. Ovlivnění proměny vztahu sociálním pracovníkem**

Poslední oblast se týkala toho, zda sociální pracovník ovlivnil vztah dívek s rodiči, například společným sezením s klientkou a rodiči, zprostředkováním rodinné terapie nebo zprostředkováním informací rodičům. Se sociálním pracovníkem se setkaly pouze respondentka D. a E., která ale uvedla, že se se sociální pracovnící setkala pouze jednou v rámci své léčby, když byla hospitalizována, ale se sociální pracovnící nebyla navázána žádná spolupráce.

Nicméně setkání respondentky D. se sociální pracovnící a jejich spolupráce měla jako jediná z respondentek vliv na proměnu vztahu s matkou a můžeme říci, že výrazně ovlivnila změnu vztahu s matkou. Sociální pracovníci kontaktovala matka respondentky a sociální pracovnice poté respondentce zprostředkovala setkání s psychologem. Respondentka docházela k psychologovi na individuální terapii. Respondentka D. oceňuje spolupráci se sociální pracovnící velmi pozitivně. Respondentka D. hovoří o tom, že sociální pracovnice poradila matce, jak změnit chování tak, aby to respondentce D. pomohlo. Respondentka D. dále cítí, že matka uvažuje o tom, co jí sociální pracovnice sdělila. Respondentka D. uvádí: „*Ta sociální pracovnice byla strašně super, a hlavně bylo super, jak mamce vysvětlila anorexii. Dřív si mamka myslela že prostě jsem se rozhodla, že budu hubená a nebudu jíst a že jsem tvrdohlavá a že se to vyřeší za chvílku. Ale ta sociální pracovnice jí pak vysvětlila, jak by se ke mně třeba mohla chovat, aby mi to trochu pomohlo s tím to překonat a vysvětlila jí, že je to nemoc, která se musí léčit a že je dobře, že k tomu psychologovi chodím. A pak vlastně mamka mě mnohem míň kritizovala a bylo vidět, že nad tím přemýšlí. To jsem byla strašně ráda.“*

Respondentka dále hovoří o spolupráci se sociální pracovnící: „*Sociální pracovnice mi taky řekla, že se můžu potkat s nutriční poradkyní, která by mi pomohla s jídelníčkem, ale to jsem nakonec nevyužila.*“

Zbylé tři respondentky se se sociálním pracovníkem nesetkaly, nicméně respondentky A. a B. uvedly, že by ocenila „někoho,“ kdo by rodičům objasnil, jak se v takové situaci chovat. Tuto úlohu by sociální pracovník mohl naplnit. Respondentka A. řekla: „*Ocenila bych někoho, kdo by řekl mým rodičům, jak se chovat, a hlavně kdo by jim zprostředkoval nějaké informace, aby se vlastně nezaměřovali jen na to jídlo, ale taky na moji psychiku a aby mě máma občas vyslechla. Myslím si, že kdyby to slyšela od někoho, kdo má o anorexii přehled, tak by to vzala mnohem líp.*“ A respondentka B. na konci své odpovědi krátce naráží na to, že v průběhu léčby neměla kontakt na sociálního pracovníka a nevěděla, jak ho najít: „*Já mám takovou představu, že by sociální pracovnice mohla být člověkem, který by našim mohl říct, co se vlastně v hlavě té dívky, která má anorexii odehrává, jak se nejlíp chovat a co třeba nedělat, nebo by mohla i mě říct kam třeba můžu poslat naše, aby to se mnou nějak řešili. To by mi v té době asi pomohlo, kdyby to naši neslyšeli jen ode mě, ale žádného takového pracovníka jsem v té době neznala a nevěděla jsem, jak to všechno probíhá a tak, ale kdybych tehdy věděla, kde ho najít, tak bych to možná udělala.*“

## **6.8. Diskuze**

Co se týče vývoje vztahu s matkou, tři z pěti respondentek hodnotí, že vztah zůstal buď stále stejný, nebo se velmi významně zlepšil, a to i díky snaze z matčiny strany. Je důležité zmínit, že ve čtyřech z pěti výpovědí vyplynulo, že matka byla hlavním činitelem v léčbě mentální anorexie, tedy buď dala impuls k léčbě nebo se přímo ujala řešení v podobě shánění kontaktu na odborníky.

Co se týče vývoje vztahu s otcem, před onemocněním se všechny respondentky naprosto shodují. Vztah s otcem popisují jako dobrý, bez větších problémů. V průběhu léčby onemocnění se čtyři respondentky taktéž shodují, a to na tom, že se jim z otcovy strany nedostalo pochopení, nebo onemocnění neřešil. Změna vztahu zde proběhla u každé respondentky jinak, avšak je velmi důležité zmínit, že i v odlišných změnách vztahu nacházíme společný znak. Všechny respondentky totiž cítí, že otec dle nezastává svoji roli tak, jak respondentky cítí, že by měl.

Obecně bychom tedy mohli vyvodit, že vztah respondentek s matkou se v časovém období před onemocněním, v průběhu a po léčbě změnil alespoň z části k lepšímu. Vztah s otcem se naopak v tomto časovém období změnil k horšímu.

Z hlediska vztahu s matkou se z teorie sociálního porodu od Chvály a Trapkové (2004) mimo jiné dozvídáme, že matka má často snahu povolávat dceru k odpovědnosti, aby brala život do vlastních rukou. Dívky mohou důsledkem těchto matčiných snah začít vyžadovat péči onemocněním mentální anorexií, a to mimo vlastní vůli. Z výsledků výzkumu vyplývá, že respondentky často cítily, že jsou na ně z matčiny strany kladeny vysoké nároky, což se později u respondentek projevuje onemocněním mentální anorexií.

Co se týče otců, v ideálním případě nastává situace, kdy je otec v určitém období sociálního porodu dceři k dispozici, tráví s ní dostatek času bez přítomnosti matky, naplní svou roli. Poté dochází k tomu, že dcera je vztahu s otcem přesycena a je připravena odpoutat se a začít hledat partnera pro svůj život (Chvála, Trapková, 2004). Z výpovědi všech pěti respondentek, avšak vyplývá, že otec dle nich nezastává roli tak, jak by měl, respondentky cítí jeho nepřítomnost, otec si neuvědomuje, že je nositelem léčebné potence. Tuto situaci také reflektuje teorie o sociálním porodu a říká, že v takových situacích může dojít ke stagnaci sociálního porodu i na několik let. V této chvíli nacházíme velkou uplatnitelnost rodinné terapie, kdy je důležité vnést do rodiny jistotu, že je normální, nabídnou porozumění a podpořit všechny členy rodiny (Chvála, Trapková, 2004).

Při zaměření na oba rodiče je dle teorie sociálního porodu je důležité, aby v průběhu sociálního porodu otec ošetřil jak dceru, tak matku, a to každou jiným způsobem (Chvála, Trapková, 2004). Z výpovědí respondentek však vyplývá, že mezi rodiči probíhaly konflikty. K těmto konfliktům bohužel nejsou k dispozici podrobnější data, nicméně nabízí se zde podnět k dalšímu výzkumu.

Zatímco v dostupné literatuře většinou nacházíme zaměření na medicínské pojetí mentální anorexie a v léčbě nejčastěji nacházíme zmínky o individuální a skupinové terapii, z výzkumu vyplývá, že ve všech pěti případech byly přítomné problémy ve vztazích, a to jak ve vztazích respondentek jednotlivě s matkou a otcem, tak mezi rodiči navzájem. Nabízí se tedy otázka, zda by literatura neměla více reflektovat právě rodiny, ve kterých se vyskytuje člověk trpící anorexií a zda by neměl být kladen větší důraz právě na terapii rodinnou, o které pojednává kapitola 2. K tomuto

by však bylo potřeba výzkum uskutečnit znovu, a to s mnohem větším výzkumným souborem.

Při zaměření na intervenci sociálního pracovníka se dozvídáme, že se uskutečnila pouze ve dvou případech. V prvním případě nebyla spolupráce žádoucí ze strany respondentky. V druhém případě měla velmi dobrý průběh a respondentka cítila, že rozhovor sociální pracovnice s matkou silně ovlivnil proměnu jejich vztahu. Spolupráce proběhla tak, že sociální pracovnice poskytla odborné sociální poradenství, podala matce informace o onemocnění, o vhodném chování k lidem trpícím poruchou příjmu potravy. Jediná tato schůzka byla hodnocena velmi pozitivně a respondentka cítila, že vztah s matkou se díky poskytnutým informacím mění k lepším, matka reaguje na potřeby respondentky.

Je důležité zmínit, že ve dvou případech by bylo oceněno setkání se sociálním pracovníkem, z čehož lze usoudit, že využití sociální práce může být v léčbě anorexie velmi přínosné. Nabízí se však obecnější otázka, která by taktéž mohla být impulsem pro další výzkum, a to, jestli jak nemocní, tak rodiče vědí, jakým způsobem by jim sociální pracovník mohl pomoci, jaká je jeho práce, s čím se na něho mohou obrátit. Dalším důležitým faktorem je, že jedna z respondentek zmínila, že v časovém období, kdy by spolupráci se sociálním pracovníkem ocenila, nevěděla, kde na sociálního pracovníka najít kontakt. Zde tedy vyvstává další otázka, zda jsou organizace zabývající se sociální prací s lidmi trpícími poruchou příjmu potravy dostatečně známé, zda se snaží o oslovení široké veřejnosti či spolupráci například se školskými zařízeními, aby dospívající dívky či chlapci věděli, kam se v případech problémů s poruchou příjmu potravy mohou obrátit, nebo spolupráci s nemocnicemi, kde jsou dívky či chlapci již hospitalizováni.

Domnívám se, že využívání sociální práce je v ohledu poruch příjmu potravy zatím málo rozvinuté, což dokládá také literatura, ve které je sociální práce v kontextu poruch příjmu potravy zmíněna pouze sporadicky. Výzkum však dokládá, že práce sociálních pracovníků je i v této oblasti žádoucí. Z hlediska odpovědí respondentek můžeme usoudit, že sociální pracovník by se nejčastěji pohyboval v roli zprostředkovatele a poskytovatele sociálních služeb. O těchto rolích pojednává čtvrtá kapitola.

Využitelnost výsledků výzkumu v sociální práci dále spatřuji v kladení většího důrazu na klienta nejen jako na individuum, nýbrž na jedince, který žije v určitém sociálním prostředí, které může ovlivňovat klientovo sociální fungování. Sociální

pracovník tak může, v případě zájmu klienta, spolupracovat s tímto klientovým sociálním prostředím a svou prací ovlivňovat žádoucí změny v oblasti léčby nemoci. Avšak taktéž zde by pro účely dalšího výzkumu byl potřeba větší výzkumný soubor, který by byl tvořen respondenty, kteří se v průběhu léčby setkali se sociálním pracovníkem a navázali s ním spolupráci.

V souhrnu pěti výpovědí respondentek nacházíme mnoho společných znaků, nicméně pro tvrzení, které by bylo obecně platné by bylo třeba zopakovat výzkum s mnohem větším výzkumným souborem a zaměřit se také na další důležité okruhy a aspekty v oblasti rodinných vztahů. Dalším limitem práce je, že každá z respondentek se sice léčila, avšak domnívám se, že léčba této nemoci má opravdu dlouhodobý charakter, a tak se každá z respondentek mohla nacházet v jiné fázi a pokroku s léčbou, což mohlo ovlivnit taktéž jejich výpovědi.

Co považuji za nejdůležitější je tedy shrnout, že na základě výzkumu může onemocnění mentální anorexií být ve velké míře ovlivňováno, a taktéž může ovlivňovat vztahy s nejbližším sociálním prostředím. Je také důležité shrnout, že jak nemocní, tak jejich blízcí se mohou stát klienty sociálních pracovníků. Tito pracovníci mohou být součástí týmu odborníků, kteří se podílí na léčbě mentální anorexie a sehrát tak klíčovou roli v léčbě například poskytnutím sociálního poradenství nebo zprostředkováním dalších služeb a nabídky pomoci. Zde je ovšem zásadní, aby byl daný sociální pracovník dostatečně vzdělán v oblasti poruch příjmu potravy.

## Závěr

V bakalářské práci jsem se zabývala tím, zda sociální pracovník ovlivnil změnu vztahu mezi dívkami trpícími mentální anorexií a jejich rodiči a také tím, jak se změnil vztah těchto dívek a jejich rodičů v časovém období před, během a po léčbě onemocnění.

Nejdříve jsem se zabývala stručným teoretickým vymezením a charakteristikou mentální anorexie, terapeutickými přístupy v léčbě mentální anorexie a poté rolí sociálního pracovníka. V kapitole o roli sociálního pracovníka bylo shrnuto, že nezastává pouze jednu konkrétní roli, ale že se role často prolínají.

Kvalitativní výzkum byl zaměřený na proměnu vztahu s rodiči a kladl si za cíl zjistit, jak se proměnil vztah mezi lidmi trpícími anorexií a jejich rodiči v časovém období před, během a po léčbě onemocnění a zda byla tato změna provázena intervencí sociálního pracovníka. První výzkumná otázka zněla následovně: *„Jak popisují dívky trpící anorexií změnu vztahu s rodiči v daném časovém období před onemocněním, během a po léčbě onemocnění?“* Druhá poté zněla takto: *„Byla změna vztahu s rodiči provázena intervencí sociálního pracovníka?“* Výzkum proběhl formou rozhovorů s pěti respondentkami. Ve větší části výzkumu se výpovědi respondentek shodují nebo podobají. Podobné charakteristiky spatřujeme v tom, že měly dívky pocit, že jsou na ně kladeny vysoké nároky z matčiny strany a nemají důvěrný vztah. Matka však byla, vyjma jednoho případu, člověkem, který dal impuls, nebo se přímo činil v řešení léčby. Změna ve vztahu byla většinou k lepšímu. Ve vztahu s otcem nacházíme taktéž společné charakteristiky, mezi které patří, že vztah s otcem před onemocněním byl hodnocen velmi kladně, avšak během nebo po léčbě se výrazně zhoršil a otec byl ve všech případech, vyjma jednoho, považován za člověka, který nemoc nechápe nebo se jí nezabývá. Rozdílů spatřujeme v části o intervenci sociálního pracovníka. Nacházíme zde informace jak o tom, že spolupráce se sociálním pracovníkem proběhla a byla hodnocena velmi pozitivně, tak o tom, že neproběhla.

V případě, kdy spolupráce proběhla, byl sociální pracovník člověkem, který matce zprostředkoval informace o onemocnění, vysvětlil, jak se vhodně ke klientce chovat, aby bylo snazší nemoc překonat. Důležitým faktorem bylo, že sociální pracovník měl o nemoci dostatek informací a znalostí a forma pomoci byla adekvátní k problému.

Další důležitou informací je, že spolupráce se sociálním pracovníkem by byla dvěma respondentkami oceněna.

I když se tak zatím ne vždy děje, výsledky limitovaného výzkumného souboru naznačují, že sociální pracovníci mají velký prostor, jak napomoci lidem trpícím poruch příjmu potravy a jejich blízkým.

## **Bibliografický seznam**

- BARKER, Philip. 2012. Rodinná terapie. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-530-5.
- GARNER, David M. 2005. Přehled léčby poruch příjmu potravy. In: KRCH, František David. 2005. Poruchy příjmu potravy. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 802470840X.
- GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. 2009. Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2390-7.
- GULOVÁ, Lenka. 2011. Sociální práce: pro pedagogické obory. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3379-1.
- HENDL, Jan. 2016. Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.
- CHVÁLA, Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. 2004. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál. ISBN 8071788899.
- KOCOURKOVÁ, J., J. KOUTEK a J. LEBL. 1997. Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání. Praha: Galén. ISBN 8085824515.
- KRCH, František David. 2005. Skupinová psychoterapie. In: KRCH, František David. 2005. Poruchy příjmu potravy. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 802470840X.
- KRCH, František David. 2005. Vymezení poruch příjmu potravy. In: KRCH, František David. 2005. Poruchy příjmu potravy. 2. aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada Publishing. ISBN 802470840X.
- KRCH, František David. 2010. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- MAHROVÁ, Gabriela. 2008. Klient s duševními problémy v systému sociálních služeb. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024721385.
- MATOUŠEK, Oldřich a Pavel HARTL. 2013. Nároky sociální práce a syndrom vyhoření. In: MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2013. Metody a řízení sociální práce. Třetí, aktualizované a doplněné vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0213-4.
- NAVRÁTIL, Pavel. 2001. Teorie a metody sociální práce. Brno: Zeman. ISBN 80-903070-0-0.



PAPEŽOVÁ, Hana a Petra NOVOTNÁ. 2010. Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. In: PAPEŽOVÁ, Hana (eds.). 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2000. Anorexia nervosa. Praha: Psychiatrické centrum. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. 2010. Základní poradenství a komunikace v obtížných situacích. In: PAPEŽOVÁ, Hana (eds.). 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2425-6.

PROBSTOVÁ, Václava. 2010. Sociální práce s duševně nemocnými. In: MATOUŠEK, Oldřich. 2010. Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-818-0.

ŘEZNÍČEK, Ivo. 1994. Metody sociální práce: podklady ke stážím studentů a ke kazuistickým seminářům. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-85850-00-1.

ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. 2. vydání. Praha. ISBN 978-80-262-0644-6.

TOMEŠ, Igor. 2012. Sociální politika, sociální služby a sociální práce. In: MATOUŠEK, Oldřich. 2012. Základy sociální práce. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0211-0.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2012. Psychopatologie pro pomáhající profese. Vyd. 5. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0225-7.

VÁGNEROVÁ, Marie. 2014. Současná psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0696-5.

VOJÁČKOVÁ-KUNCOVÁ, Jarmila. 2008. Sociální práce s dítětem s duševním onemocněním. In: MAHROVÁ, Gabriela a Martina VENGLÁŘOVÁ. 2008. Sociální práce s lidmi s duševním onemocněním. Praha: Grada Publishing. ISBN 9788024721385.

### **Elektronické zdroje:**

Centrum Anabell, z. ú. Skupinové programy následné péče. <http://www.anabell.cz> [online]. [cit. 2019-02-19]. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/nabizime/skupinove-programy-nasledne-pece>

TOMANOVÁ, Jana a Hana PAPEŽOVÁ. 2006. Vícerozdílná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. Česká a slovenská psychiatrie. [online] [cit. 2019-02-19]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: [http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP\\_2006\\_7\\_358\\_362.pdf](http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_7_358_362.pdf)

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. [cit. 2019-02-19]. Dostupné z:  
<http://zakony-online.cz/?s174&q174=all>