

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY Z POHLEDU
BLÍZKÝCH OSOB

EATING DISORDERS FROM THE RELATIVE'S
PERSPECTIVE



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Jana Zbranková**
Vedoucí práce: **PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.**

Olomouc
2023

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „Poruchy příjmu potravy z pohledu blízkých osob“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne 27. 3. 2023

.....

Bc. Jana Zbranková

Poděkování

Především bych chtěla velmi poděkovat vedoucí mé práce paní PhDr. Evě Aigelové, Ph.D., za laskavý a povzbudivý přístup. Poděkovat bych chtěla také všem, kteří se svěřili se svými příběhy a umožnili tak vzniknout této práci. V neposlední řadě patří velké poděkování mému manželovi a všem blízkým, kteří mě při psaní práce podporovali.

Obsah

Úvod	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Vymezení a výskyt poruch příjmu potravy	9
1.1 Diagnostická kritéria	9
1.2 Prevalence poruch příjmu potravy	16
2 Etiologie a biopsychosociální podmíněnost poruch příjmu potravy	18
3 Charakteristika rodin s poruchami příjmu potravy.....	22
3.1 Specifika rodinného fungování v rodinách s poruchami příjmu potravy.....	23
3.2 Vztah rodič-dítě v kontextu poruch příjmu potravy.....	25
4 Rodinné jídelní chování	28
5 Role rodiny v rámci léčby poruch příjmu potravy	31
6 Body image v kontextu sociálních médií	35
7 Současné problémy rodin s přítomností diagnózy PPP	38
EMPIRICKÁ ČÁST	41
8 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky	42
8.1 Výzkumný problém.....	42
8.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky.....	42
9 Metodologický rámec výzkumu	44
9.1 Metoda tvorby dat	44
9.2 Metoda zpracování dat a analýza dat	44
9.3 Etické aspekty výzkumu	45
10 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku.....	47
11 Výsledky.....	49
12 Souhrn odpovědí na výzkumné otázky	62
13 Diskuze.....	66

Závěr	74
Souhrn.....	76
Seznam literatury.....	80
Přílohy	

Úvod

Většina kvalitativních výzkumů v oblasti poruch příjmu potravy je zaměřena na prožívání samotných dívek nebo chlapců, méně pozornosti je věnováno ostatním členům rodiny a jejich perspektivě. Onemocnění poruch příjmu potravy je však nenormativní krizí rodiny, která způsobuje stagnaci celého rodinného systému.

V současné době se objevují studie, jež přinášejí nové informace, které se týkají příčin vzniku onemocnění a do jisté míry boří zažitě stereotypy. Moderní zobrazovací metody nám přináší hlubší poznatky o závažných fyziologických dopadech onemocnění. Dnes už také víme, že onemocnění se netýká pouze perfekcionista dívek zaměřených na výkon. Ve světle nových poznatků už jsou překonány i teorie, jež spatřují původ poruch příjmu potravy pouze v dysfunkčních vztazích v rodině. Jedná se o komplexní onemocnění, na které nazíráme v celém bio-psycho-sociálně-spirituálním kontextu. I přes všechna uvedená konstatování, nelze opomenout, že onemocnění významnou měrou zasahuje do rodinného systému a mění rodinné fungování.

Klinická práce s rodinou jako systémem je velmi obtížná, ale ukazuje se, že v případě těchto poruch také velmi účinná. Terapeutická práce s rodinami a sdílení informací a zkušeností přispělo k efektivní léčbě onemocnění a pozitivním změnám v rodinné dynamice.

Onemocnění poruch příjmu potravy jsou často stigmatizována a utajována. Tím, že se podíváme na problematiku z perspektivy rodinných příslušníků, můžeme přispět k hlubšímu porozumění problematice a k větší informovanosti rodin o možnostech včasné pomoci a intervence, jež jsou jedním ze základních předpokladů úspěšné léčby.

Příbuzní takto nemocných osob se navíc potýkají s pocity viny, vlastního selhání, strachu, hněvu a vzájemného obviňování. Proto dochází k nekonstruktivnímu nazírání na danou situaci a jejímu zhoršení na místo konstruktivního řešení problému. Smyslem této diplomové práce je zprostředkovat prožitou zkušenost členů rodiny, kde se onemocnění poruch příjmu potravy vyskytují, a tak pomoci ostatním rodinám, které se s daným onemocněním potýkají.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Vymezení a výskyt poruch příjmu potravy

Následující kapitola se zabývá vymezením základní diagnostických kritérií poruch příjmu potravy a dále prevalencí poruch, které jsou pro naši práci relevantní.

1.1 Diagnostická kritéria

Vzhledem k tomu, že chceme podat ucelený přehled problematiky, zvolili jsme formu přehledových tabulek. V tabulkách uvádíme přehled všech poruch, nicméně pro účely našeho výzkumu se zaměříme pouze na hlavní a nejčastější diagnózy (viz níže). Každá tabulka vymezuje základní diagnostická kritéria pro jednotlivé poruchy dle platných klasifikačních manuálů, a to Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11)¹ a Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5).

V celkové filozofii a struktuře klasifikačních manuálů je možné sledovat větší kongruenci, než tomu bylo u dřívějších verzí. Oba systémy se staly inkluzivnějšími s cílem snížit dříve velmi vysoký počet případů diagnostikovaných v rámci špatně specifikovaných kategorií. Kliničtí lékaři uvádějí, že MKN-11 má vysokou klinickou využitelnost a očekává se zvýšení klinické přesnosti v diagnostice poruch příjmu potravy (Claudino et al., 2019).

I přes to, že je zde snaha o harmonizaci obou klasifikačních systémů, jsou zde patrné rozdíly při stanovení diagnostických kritérií poruch. Pro rychlejší orientaci uvádíme přehled několika hlavních rozdílů i společných znaků v obou klasifikačních manuálech.

MKN-11 opět (na rozdíl od DSM-5) uvádí u mentální anorexie definici „výrazně nízké tělesné hmotnosti“ pro dospělé na základě klasifikace WHO pro podváhu (indexu tělesné hmotnosti BMI < 18,5 kg/m²; a pro děti a dospívajících na základě BMI pod 5. věkovým percentilem). Stanovení prahových hodnot se ukazuje jako důležité pro zvýšení diagnostické spolehlivosti (Claudino et al., 2019).

U diagnózy mentální anorexie je v obou klasifikačních schématech v rámci kritérií vyžadováno, aby osoba pociťovala „strach z tloušťky“ nebo „obavu z přibírání na váze“ – což je často považováno za kulturně specifický fenomén.

¹ Světová zdravotnická organizace (WHO) připravila 11. revizi MKN, která byla schválena v květnu 2019 a vstoupila v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. Z toho důvodu Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky v rámci projektu Národního centra pro medicínské nomenklatury a klasifikace pracuje na procesu implementace MKN-11 do českého systému zdravotní péče (ÚZIS, n.d.).

DSM-5 již neodkazuje na endokrinní změny. MKN-11 se nyní také vyhýbá jakékoli zmínce o symptomech hladovění a souvisejících endokrinních poruchách. Je zřejmé, že ve světle pokusů definovat biologické markery duševních poruch, představuje nerozpoznání endokrinních změn spojených s mentální anorexií spíše krok zpět (Micali & Hebebrand, 2015).

V rámci MKN-11 se rozšířila kritéria mentální bulimie a záchvatovitěho přejídání, a to tak, že toto chování se nyní může vyskytovat jen jednou týdně alespoň po dobu tří měsíců v DSM-5 nebo jednou týdně alespoň po dobu jednoho měsíce podle MKN-11.

Společným a zásadním kritériem pro diagnostiku záchvatovitěho přejídání je pak pocit ztráty kontroly nad jedením.

Tabulka 1: Přehled diagnostických kritérií podle MKN-11

Poruchy stravování a příjmu potravy (MKN-11)	
Diagnóza (Kód)	Diagnostická kritéria
Mentální anorexie (6B80)	Výrazně nízká tělesná hmotnost vzhledem k výšce, věku, vývojové fázi nebo hmotnostní historii jedince. Běžně používaným prahem je index tělesné hmotnosti (BMI) nižší než 18,5 kg/m ² u dospělých a BMI pro daný věk pod 5. percentilem u dětí a dospívajících. Rychlý úbytek hmotnosti (např. více než 20 % celkové tělesné hmotnosti během 6 měsíců) může nahradit základní rys nízké tělesné hmotnosti, pokud jsou splněny další diagnostické požadavky. U dětí a dospívajících se může projevit spíše nepřibýváním na váze, tak jak se očekává na základě individuální vývojové trajektorie než úbytkem hmotnosti. Nízká tělesná hmotnost není lépe vysvětlitelná jiným zdravotním stavem nebo nedostupností potravy. Trvalý vzorec restriktivního stravování nebo jiného chování zaměřeného na dosažení nebo udržení abnormálně nízké tělesné hmotnosti, obvykle spojený s extrémním strachem z přibývání na váze. Chování může být zaměřeno na snížení energetického příjmu, to hladověním, výběrem nízkokalorických potravin, excesivně pomalým požíváním malého množství jídla a schováváním nebo vyplivováním jídla. A stejně tak purgativním chováním, jako je vyvolávání zvracení a užívání projímadel, diuretik, klystýrů nebo vynechávání dávek inzulínu u jedinců s cukrovkou. Cílem chování může být také zvýšení energetického výdeje prostřednictvím nadměrného cvičení, pohybové hyperaktivity, záměrného vystavení chladu a užívání medikamentů, které zvyšují energetický výdej (např. stimulancia, léky na hubnutí, bylinné přípravky na snížení hmotnosti, hormony štítné žlázy).
Mentální anorexie s výrazně nízkou tělesnou hmotností (6B80.0)	Anorexie s výrazně nízkou tělesnou hmotností splňuje všechna diagnostická kritéria pro anorexii s BMI mezi 18,5 kg/m ² a 14,0 kg/m ² u dospělých nebo mezi 5. percentilem a 0,3 percentilem BMI pro daný věk u dětí a dospívajících.
Mentální anorexie s nebezpečně nízkou tělesnou hmotností (6B80.1)	Mentální anorexie s nebezpečně nízkou tělesnou hmotností splňuje všechny diagnostické požadavky na anorexii, s BMI pod 14,0 kg/m ² u dospělých nebo pod 0,3 percentilem (méně než tři z tisíce) u BMI pro daný věk u dětí a dospívajících. V kontextu mentální anorexie je nebezpečně nízká tělesná hmotnost důležitým prognostickým faktorem, který je spojen s vysokým rizikem fyziologických komplikací a podstatně zvýšenou mortalitou.
Mentální anorexie při zotavení s normální tělesnou hmotností (6B80.2)	U jedinců, kteří se zotavují z mentální anorexie a dosáhli zdravé tělesné hmotnosti, by měla být diagnóza zachována, dokud nebude dosaženo úplného a trvalého uzdravení. Úplné a trvalé zotavení zahrnuje udržení zdravé hmotnosti a ukončení chování zaměřeného na snížení tělesné hmotnosti na delší dobu (např. alespoň 1 rok) po ukončení léčby.
Jiná specifikovaná mentální anorexie (6B80.Y)	Podrobněji v MKN-11.
Mentální anorexie nespecifikovaná (6B80.Z)	Podrobněji v MKN-11.
Mentální bulimie (6B82)	Časté, opakující se epizody záchvatovitého přejídání (např. jednou týdně nebo vícekrát po dobu alespoň 1 měsíce). Záchvatovité přejídání je definováno jako diskrétní časový úsek (např. 2 hodiny), během kterého jedinec zažívá ztrátu kontroly nad svým stravovacím chováním a jí výrazně více nebo jinak než obvykle. Ztráta kontroly nad jídlem může být jednotlivcem popsána jako pocit, že nemůže přestat nebo omezit množství nebo typ konzumovaného jídla; mají potíže přestat jíst, jakmile začali; nebo se vzdají i snahy kontrolovat své jídlo, protože vědí, že nakonec dojde k přejedení. Opakované nevhodné kompenzační chování k zabránění přibírání na váze (např. jednou týdně nebo vícekrát po dobu alespoň 1 měsíce). Nejběžnějším kompenzačním chováním je samovolně vyvolané zvracení, ke kterému obvykle dochází do hodiny po záchvatovitém přejídání. Mezi další nevhodné kompenzační chování patří půst nebo užívání diuretik k navození úbytku hmotnosti, užívání laxativ nebo klystýrů ke snížení vstřebávání potravy,

	<p>vynechání dávek inzulínu u jedinců s diabetem, a excesivní cvičení, které vede k výraznému zvýšení energetického výdeje.</p> <p>Nadměrné zaujetí tělesnou hmotností nebo tvarem. Zaujatost nad váhou nebo tvarem, pokud to není výslovně uvedeno, se může projevat chováním, jako je opakovaná kontrola tělesné hmotnosti pomocí vah; opakovaná kontrola tvaru těla pomocí metru nebo odrazu v zrcadlech; neustálé sledování obsahu kalorií v potravinách nebo vyhledávání informací o tom, jak zhubnout; nebo extrémním vyhýbavým chováním, jako je odmítnutí mít doma zrcadla, vyhýbání se přiléhavému oblečení nebo odmítáním znát svou váhu nebo si koupit oblečení se specifikovanou velikostí.</p> <p>Objevuje se výrazné znepokojení ohledně vzorce záchvatového přejídání a nevhodného kompenzačního chování nebo výrazného narušení osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastí fungování.</p> <p>Příznaky nesplňují diagnostické požadavky pro mentální anorexii.</p>
Psychogenní přejídání (6B82)	<p>Časté, opakující se epizody záchvatového přejídání (např. jednou týdně nebo vícekrát po dobu 3 měsíců). Záchvatové přejídání je definováno jako diskrétní časový úsek (např. 2 hodiny), během kterého jedinec zažívá ztrátu kontroly nad svým stravovacím chováním a jí výrazně více nebo jinak než obvykle. Ztráta kontroly nad jídlem může být jednotlivcem popsána jako pocit, že nemůže přestat nebo omezit množství nebo typ konzumovaného jídla; mají potíže přestat jíst, jakmile začali; nebo se vzdají i snahy kontrolovat své jídlo, protože vědí, že se nakonec přejídají.</p> <p>Epizody záchvatového přejídání nejsou pravidelně doprovázeny nevhodným kompenzačním chováním zaměřeným na prevenci přibírání na váze.</p> <p>Symptomy a chování nelze lépe vysvětlit jiným zdravotním stavem (např. Prader-Williho syndromem) nebo duševní poruchou (např. depresivní poruchou) a nejsou způsobeny účinky látky nebo léku na centrální nervový systém, včetně abstinčních účinků.</p> <p>Existuje výrazný distres ze vzorce záchvatového přejídání nebo významného narušení v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování.</p>
Vyhýbavá-restriktivní porucha příjmu potravy (6B83)	<p>Vyhýbání se nebo omezení příjmu potravy, které má za následek jeden nebo oba z následujících znaků:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Příjem nedostatečného množství nebo rozmanitosti potravy k uspokojení přiměřených energetických nebo výživových požadavků, který má za následek výrazný úbytek hmotnosti, klinicky významné nutriční nedostatky, závislost na perorálních výživových doplncích nebo výživě sondou nebo jinak nepříznivě ovlivňuje fyzické zdraví jedince. • Významné poškození v osobních, rodinných, sociálních, vzdělávacích, pracovních nebo jiných důležitých oblastech fungování (např. kvůli vyhýbání se nebo úzkosti spojené s účastí na sociálních zážitcích zahrnujících jídlo). <p>Vzorec stravovacího chování není motivován zaujetím tělesnou hmotností nebo tvarem. Omezený příjem potravy a následný úbytek na váze (nebo nepřibírání) nebo jiný dopad na fyzické zdraví nebo související funkční porucha nejsou způsobeny nedostupností potravy; nejsou projevem jiného zdravotního stavu (např. potravinové alergie, hypertyreóza) nebo duševní poruchy; a nejsou způsobeny účinky látky nebo léku, včetně abstinčních účinků.</p>
Pika (6B84)	<p>Pravidelná konzumace nestravitelných látek, jako jsou nepotravinové předměty a materiály (např. hlína, zemina, křída, sádra, plast, kov a papír) nebo suroviny pro výrobu potravin (např. velké množství soli nebo kukuřičné mouky).</p> <p>Požítí nestravitelných látek je natolik trvalé nebo závažné, že vyžaduje klinickou pozornost. To znamená, že toto chování způsobuje poškození nebo významné riziko pro zdraví nebo zhoršení funkcí vzhledem k četnosti, množství nebo povaze požitých látek nebo předmětů. Na základě věku a úrovně rozumových schopností by měl jedinec rozlišovat mezi jedlými a nejedlými látkami. V typickém vývoji k tomu dochází přibližně ve 2 letech věku. Příznaky nebo chování nejsou projevem jiného zdravotního stavu (např. nedostatečné výživy).</p>

Ruminační-regurgitační porucha (6B85)	<p>Úmyslné a opakované vyvrhování dříve spolknuté potravy zpět do úst (tj. regurgitace), která může být znovu rozžvýkána a spolknuta (tj. přežvykování) nebo může být úmyslně vyplivnuta (ale ne jako při zvracení). Regurgitační chování je časté (vyskytuje se nejméně několikrát týdně) a trvá nejméně několik týdnů.</p> <p>Diagnóza by měla být přidělena pouze jedincům, kteří dosáhli vývojového věku alespoň 2 let.</p> <p>Regurgitační chování není projevem jiného onemocnění, které přímo způsobuje regurgitaci (např. striktury jícnu nebo neuromuskulární poruchy ovlivňující funkci jícnu) nebo způsobuje nevolnost či zvracení (např. pylorostenóza).</p>
Jiné specifikované poruchy stravování a příjmu potravy (OSFED) (6B8Y)	Podrobněji v MKN-11.
Poruchy stravování a příjmu potravy nespecifikované (6B8Z)	Podrobněji v MKN-11.

Zdroj: World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). Získáno 28. února 2022 z <https://icd.who.int/en>

Tabulka 2: Přehled diagnostických kritérií podle DSM-5

Poruchy příjmu potravy a jídelního chování (DSM-5)	
Diagnóza (Kód)	Diagnostická kritéria
Mentální anorexie	<p>Omezení energetického příjmu navzdory potřebě vede k výrazně nízké tělesné hmotnosti vzhledem k věku, pohlaví, vývojovému stadiu a duševnímu zdraví. Výrazně nízká hmotnost je definována jako hmotnost, která je nižší než minimálně očekávaná. Intenzivní obava z přibírání na váze, obava ze ztloustnutí nebo dlouhodobé chování, které ovlivňuje přibírání na váze, a to i v případě výrazně nízké hmotnosti.</p> <p>Jsou pozorovány poruchy v zakoušení vlastní tělesné hmotnosti nebo postavy, nepatřičný vliv tělesné hmotnosti nebo postavy na sebevědomí jedince, nebo přetrvávající nedostatek sebereflexe s ohledem na závažnost stávající tělesné hmotnosti.</p> <p>Podtypy</p> <p>(F50.01) Restriktivní typ: během předchozích třech měsíců se u jedince opakovaně nevyskytovaly záchvaty přejídání nebo purgativního chování (např. vyprovokovaného zvracení nebo zneužití projímadel, diuretik nebo klystýrů). Tento podtyp se vyznačuje projevy, při nichž je ztráta hmotnosti dosahováno především dietami a/nebo nadměrným cvičením.</p> <p>(F50.02) Záchvatovité přejídání, purgativní typ: během předchozích třech měsíců se u jedince opakovaně vyskytovaly záchvaty přejídání nebo purgativního chování (např. vyprovokovaného zvracení nebo zneužití projímadel, diuretik či klystýrů).</p>
Mentální bulimie (307.51)	<p>Opakující se epizody psychogenního přejídání. Záchvat přejídání se vyznačuje následujícími znaky:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konzumace v krátkém čase (např. během dvou hodin), takového množství jídla, které je rozhodně větší, než by většina lidí zkonsumovala v podobném čase za stejných podmínek. 2. Pocit nedostatku kontroly nad jídlem během záchvatu přejídání (např. jedinec nemůže přestat jíst nebo kontrolovat sám sebe v tom, co nebo kolik toho sní). <p>Opakující se nevhodné kompenzační chování s cílem zabránit přibývání na váze jako je např. vyvolání zvracení, zneužívání laxativ, diuretik nebo jiných léků, držení půsty nebo nadměrné cvičení.</p> <p>Psychogenní přejídání a nevhodné kompenzační chování se opakují v průměru nejméně jednou týdně po dobu 3 měsíců.</p> <p>Sebekritické hodnocení vlastní postavy a váhy.</p> <p>Porucha se nevyskytuje výlučně během epizod mentální anorexie.</p>
Psychogenní přejídání (307.51)	<p>Opakující se záchvaty přejídání. Záchvat přejídání se vyznačuje oběma následujícími kritérii:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Konzumace v krátkém čase (např. během dvou hodin), takového množství jídla, které je rozhodně větší, než by většina lidí zkonsumovala v podobném čase za stejných podmínek. 2. Pocit nedostatku kontroly nad jídlem během záchvatu přejídání (např. jedinec nemůže přestat jíst nebo kontrolovat sám sebe v tom, co nebo kolik toho sní). <p>Záchvaty přejídání mají tři nebo více z následujících znaků:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Jedinec jí mnohem rychleji, než je obvyklé. 2. Jedinec jí do té doby, než se začne cítit přeplněný. 3. Jedinec sní velký objem jídla, i když nepocítuje hlad. 4. Jedinec jí o samotě, protože mu je trapné, kolik jídla zkonsumuje. 5. Jedinec se následně cítí znechucen sám sebou, depresivně nebo velmi provinile. <p>Značná nepohoda související s psychogenním přejídáním.</p> <p>Psychogenní přejídání se vyskytuje v průměru nejméně jednou týdně po dobu 3 měsíců.</p> <p>Psychogenní přejídání se nevyskytuje současně s jiným nevhodným kompenzačním chováním, jako je tomu u mentální bulimie, a nevyskytuje se výhradně během průběhu mentální bulimie nebo mentální anorexie.</p>

Jiná specifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování (307.59)	Jedná se o diagnózu, jež se využívá v případech, kdy se lékař rozhodne sdělit specifický důvod, proč nemohou být diagnostická kritéria pro konkrétní poruchu příjmu potravy a jídelního chování splněna. Učiní tak tím, že zaznamená jinou specifikovanou poruchu příjmu potravy a jídelního chování a následuje konkrétní důvod. Příklady projevů jsou následující: <ol style="list-style-type: none"> 1. Atypická mentální anorexie 2. Mentální bulimie (nízké frekvence a /nebo omezeného trvání) 3. Excesivní přejídání (nízké frekvence a/nebo omezené trvání) 4. Purgativní typ poruchy 5. Syndrom nočního přejídání
Nespecifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování (307.50)	Tato kategorie zahrnuje takové projevy, jejichž symptomy charakteristické pro poruchu příjmu potravy a jídelního chování způsobují klinicky významnou nepohodu nebo funkční narušení v sociální, pracovní či jiné oblasti. Tyto symptomy převládají, ale zcela nesplňují kritéria pro některou konkrétní poruchu z třídy poruch příjmu potravy a jídelního chování.
Pika	Přetrvávající požívání nestravitelných látek či předmětů, které nejsou určeny k jídlu po dobu alespoň 1 měsíce. Požívání nestravitelných látek a předmětů, které nejsou určeny k jídlu, neodpovídá vývojovému stadiu jedince. Stravovací návyky nejsou součástí kulturně podporovaných nebo sociálně normativních zvyklostí. Jestliže se stravovací návyk vyskytuje v souvislosti s další duševní poruchou (např. s postižením intelektu, poruchou autistického spektra, schizofrenií) nebo zdravotním stavem (včetně těhotenství), je situace dostatečně závažná, aby upoutala další klinickou pozornost.
Ruminační porucha (307.53)	Opakovaná regurgitace potravy po dobu alespoň 1 měsíce. Jídlo může být opakovaně přežvýkané, spolknuté nebo vyplivnuté. Opakovanou regurgitaci není možno vysvětlit gastrointestinálním nebo jiným somatickým onemocněním (např. gastroezofageální reflux, stenóza pyloru). Porucha se nevyskytuje výlučně v průběhu mentální anorexie, mentální bulimie, psychogenního přejídání nebo psychogenní ztráty chuti k jídlu. Pokud se symptomy vyskytnou v souvislosti s jinou duševní poruchou (např. postižení intelektu nebo jiná neuro-vývojová porucha), jsou dostatečně závažné, aby upoutaly klinickou pozornost).

Zdroj: Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe-Testcentrum.

U dítěte je stanovení diagnózy složitější než u dospělých. Jsou zde odlišnosti v průběhu onemocnění, které brání použití standartních diagnostických kritérií. U dětí se pro hodnocení somatického stavu využívá podrobnější somatické vyšetření včetně pohlavního vývoje. Využívá se celostní přístup k těmto parametrům – auxologie – růstová dynamika, která zjišťuje dynamiku auxologických parametrů v normě a shodu kalendářního a biologického věku dítěte nebo adolescenta (Krásničanová & Lesný, 2005).

Pro účely této práce se budeme zabývat základními diagnózami poruch příjmu potravy (PPP), a to mentální anorexií (AN) a mentální bulimií (BN), včetně atypických forem a okrajově také psychogenním přejídáním (PP).

1.2 Prevalence poruch příjmu potravy

Anorexia nervosa (AN)

Prevalence je sledována již od 20. století. Celkový odhad celoživotní prevalence AN na základě populačních studií v západní Evropě a USA se pohybuje v rozmezí 0,5–2,2 % u žen. V ČR je podle dostupných statistik prevalence v rozmezí 0,5–1,0 %. Rozsah problému v populaci ČR zůstává často podhodnocen kvůli utajování nemoci (Papežová et al., 2018). Jednou z důležitých prací týkající se prevalence je finská studie (Keski-Rahkonen et al., 2007), která mapovala celoživotní prevalenci u žen, která dosáhla 2,2 %, ale při užití širší definice stoupla na 4,2 %. Obdobně studie van Eeden et al. (2021) uvádí celoživotní prevalenci u žen 4 % a u mužů 0,3 %. Ve Švédsku je celoživotní prevalence 0,9 % (Bulik et al., 2006). V Itálii byla diagnostikována u 2 % mladých žen (Favaro et al., 2003). Novější studie Keski-Rahkonen a Mustelin (2016) udává prevalenci u AN u žen v Evropě 1–4 %. Prevalence AN u mužů je podstatně nižší. V populační studii v USA muži reprezentovali čtvrtinu všech identifikovaných případů AN. Celoživotní prevalence byla 0,3 % (Hudson et al., 2007). Podobně i v populační studii ve Švédsku byl odhad prevalence u mužů 0,29 % (Bulik et al., 2006).

Bulimia nervosa (BN)

V populaci ČR je odhad prevalence 1–3 % (Papežová, 2018). Výsledky celoživotní prevalence BN u žen v USA a Kanadě se pohybuje mezi 1,1–2,8 % (Hudson et al., 2007). V severní Itálii byla BN diagnostikována u 4,6 % mladých žen (Favaro et al., 2003). Studie Keski-Rahkonen, a Mustelin (2016) udává prevalenci BN u žen v Evropě 1–2 %. Papežová (2010) uvádí, že BN se nejčastěji vyskytuje u studentek středních a vysokých škol, přibližně 4–5 %. O něco menší je potom výskyt u mladých dospělých, tedy asi 1–3 %. Klinický obraz se ve 30 až 40 % případů anorexie mění v bulimický a více než polovina pacientů s mentální bulimií uvádí kratší nebo delší období anorexie v anamnéze (Krch, 2007). Co se týká prevalence u mužů, současné studie udávají odhad prevalence v západních zemích více než 1 % (van Eeden et al., 2021).

Psychogenní přejídání

Epidemiologické údaje jsou stále velmi omezené. V populační studii Hudson et al. (2007) byl odhad prevalence 3,5 % u žen a 2 % u mužů. Novější studie Keski-Rahkonen a Mustelin (2016) uvádí 2–3 % u žen v Evropě. Česká republika je v prevalenci onemocnění

srovnatelná s jinými státy západní Evropy. Řadíme ji spíše mezi státy s vyšší prevalencí, jako je např. Francie 4,15 %, Belgie 3,4 %, Itálie 3,35 %, Španělsko 2,42 %, Nizozemí 1,74 %, Německo 1,28 % (Preti et al., 2009).

Ostatní epidemiologická fakta

Můžeme se setkat s názorem, že PPP jsou typickými onemocněními západních zemí, ovšem současné studie svědčí o opaku. V Tanzánii splňovalo kritéria pro AN 1,9 % žen ve věku 13–30 let a 4,7 % žen pro atypické PPP (Eddy et al., 2007). Podobně i v Ghaně (Bennett et al., 2004). S velkou pravděpodobností se jedná o důsledek westernizace společnosti. To dokládají studie v odlehlých částech naší zeměkoule, např. na Fidži, kde byla zjištěna nespokojenosti s vlastním tělem a patologické chování u adolescentních dívek v důsledku sledování televize (Becker et al., 2002). Onemocnění PPP se vyskytuje napříč všemi socioekonomickými vrstvami. Popsán je vznik onemocnění jak v raném školním věku, tak i v dospělosti (Němečková, 2011).

Statistická data z roku 2017 poukazují, že v psychiatrických lůžkových zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé a psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) bylo evidováno 454 hospitalizací pro poruchy příjmu potravy. Téměř 65 % hospitalizací bylo pro diagnózu mentální anorexie, více než 13 % s diagnózou mentální bulimie a téměř 13 % s diagnózou atypická mentální anorexie. Oproti předchozím letům byl patrný nárůst hospitalizovaných pacientů, přičemž většinu hospitalizovaných tvořily ženy (ÚZIS, 2018).

2 Etiologie a biopsychosociální podmíněnost poruch příjmu potravy

V této kapitole se zaměříme na etiologii poruch příjmu potravy. Představíme si základní modely poruch příjmu potravy, vývojová hlediska a psychologické faktory, které mohou být rizikové pro vznik poruch.

V současné době převažuje názor, že PPP jsou produktem komplexních interakcí mezi dědičnými, environmentálními, sociálními a kulturními faktory, přičemž dědičná zranitelnost k těmto poruchám se aktivuje na základě dlouhodobých vlivů prostředí po celou dobu života jedince (Steiger & Booij, 2020).

Papežová et al. (2018) uvádí, že PPP jsou komplexním onemocněním ovlivněným mnoha biopsychosociálními mechanismy. Gorwood et al. (2016) uvádí, že současný psychosomatický model PPP je založen na poruše homeostázy, a to na **tělesné úrovni** (endokrinní změny), na **úrovni mozku** (koncept kortikální dysfunkce) a na **psychologické úrovni** (za kognitivní funkce a motivační vzorce jsou odpovědné vyšší asociační oblasti parietální a frontální kůry).

Koncepce multifaktoriální prahové etiologie vychází z interakce individuálních vývojových, psychologických, sociálních a biologických faktorů, které jsou zformulovány **pomocí různých modelů** (Raboch & Pavlovský, 2020).

Modely poruch příjmu potravy

Model neurovývojový popisuje interakci genetických faktorů a zkušeností z raných vztahů života a stresu, který působí jako spouštěč onemocnění. Tento model popisuje patogenezi AN jako maladaptivní reakci na stres v adolescenci u geneticky predisponovaných jedinců (Connan et al., 2003; Papežová et al., 2018).

Genetické animální modely přinášejí objasnění neurofyziologických aspektů vlivem rizikových faktorů. Stejně jak humánní výzkum, tak i genetické animální modely se shodují na významné genetické predispozici pro AN a některé formy obezity.

Mezi genetické animální modely patří:

- **Model AN založený na aktivitě**, který byl vyvinut původně u potkanů, a je postaven na postupném snižování časového přístupu k jídlu spolu s běhacím kolečkem a napodobuje hyperaktivitu pacientů s AN (Zahava et al., 2003).
- **Model založený na separaci (stresu)**, který byl vyvinut u myší. Chronický stres vede ke zvýšení energetického výdaje bez hyperaktivity. Stres může ovlivnit mechanismy v těle, které regulují výdej energie a příjem potravy (Zahava et al., 2003).
- **Reward systém a závislost na hladovění**: jedná se o model, který je založen na skutečnosti, že u 80 % pacientů s AN stimuluje činnost endorfinů jak dysfunkce chuti k jídlu, tak intenzivní fyzická aktivita. U těchto pacientů byl potvrzen hedonický účinek hladovění a excesivního cvičení. Bylo také zjištěno, že pacienti s podváhou mají významně vyšší opioidní aktivitu mozkomíšního moku v porovnání s kontrolní skupinou (Kaye et al., 2009).

Genetické modely se zabývají určením genů, které mohou přispět ke vzniku určité nemoci. Informace jsou získány na základě mezinárodní studie (Genom Wide Association Studies – GWAS). Na základě této studie se podařilo potvrdit přesné umístění genu, který je zodpovědný za anorexii (Watson et al., 2019).

Údaje získané studiem genomu lze použít k odhadu míry hereditu. Studie zabývající se genetickou podmíněností poruch příjmu potravy jsou velkým přínosem. Odhady dědičnosti ze studií dvojčat se pohybují v rozmezí od 28 do 74 % pro AN, od 54 až do 83 % pro BN a 41 až 57 % pro BED (Thornton et al., 2011). Papežová (2010) uvádí, že dědičné faktory se podílejí na riziku vzniku AN v 58–88 % případů, u BN uvádí 35–83 %.

Problémy s PPP jsou v rodinách často utajovány. Dnes je už známo, že problémy se objevují ve druhé i třetí generaci dané rodiny (Papežová et al., 2018).

Na jedné straně nám tyto poznatky pomáhají legitimizovat vznik poruch a zbavit takto postiženou rodinu nebo pacienta viny za vzniklé onemocnění. Na druhé straně ale mohou přispět ke strachu z předávání nevhodného genetického základu nebo k fatalismu. Ve světle výše zmíněného považujeme za důležité, aby informace sdělované rodinám, kde se onemocnění vyskytuje, neprobíhalo triviálním způsobem (Bulik, et al., 2019).

Přínos genetických studií je velmi potřebný i z hlediska toho, že nás vede k lepšímu pochopení, kteří jedinci mohou být citlivější vůči spouštěčům z vnějšího prostředí.

Vývojová hlediska

PPP představují spektrum nemocí, které se vyvíjí od útlého dětství až do dospělosti. Podle Bruchové (1971) je důležité, zda matky diferencují uspokojení nutričních potřeb dítěte od jiných potřeb, např. potřeby blízkosti, ocenění, pozornosti, lásky. Změny ve vnímání významu jídla vznikají během vývoje v závislosti na denní době i v závislosti na pocitu sytosti během jídla. Pokud jde o předškolní a mladších školních děti, je častější výskyt AN. BN je poměrně vzácná (Papežová et al., 2018).

Nejčastější výskyt je u skupiny adolescentů a mladých dospělých. V období dospívání dochází k významným změnám ve společenském, behaviorálním a emočně-motivačním fungování (Tamtéž). Dlouhodobá podvýživa během dospívání a mladé dospělosti spojená s hormonálními dysfunkcemi může vytvářet určité „biologické jizvy“, které mohou zrychlit negativní průběh poruchy a pravděpodobně i vyústit v chronickou duševní poruchu v dospělosti (Herpertz-Dahlmann et al., 2011).

Trauma

V posledních dvou desetiletích jsou zjišťovány mechanismy, jež spojují trauma s narušeným jídelním chováním. Byla nalezena souvislost mezi narušeným stravovacím chováním a dětským traumatem (Strodl & Wilye, 2020; Michopoulos et al., 2015; Moulton et al., 2015). Vartanian et al. (2018) přichází s teorií, že v důsledku zanedbávání v dětství může dojít k narušení identity jedince a ten se stává zranitelnější vůči internalizaci nevhodného ideálu krásy a následném vzniku PPP – hovoříme o modelu narušení identity.

Model narušení identity byl vyvinut jako teoretický rámec pro pochopení souvislosti mezi negativními zkušenostmi z raného života a tělesnou nespokojeností. Podle tohoto modelu negativní rané životní zkušenosti (např. zneužívání nebo zanedbávání v dětství) narušují normální procesy rozvoje identity, což zase vystavuje jednotlivce většímu riziku internalizace společenských standardů přitažlivosti a následné tělesné nespokojenosti. Existuje stále více důkazů, které tento model podporují.

Obezita

V současné době výrazně narůstá zájem o váhový úbytek a jeho vazby na stravovací patologii, a to na základě tvrzení, že udržení relativně nízké hmotnosti těla vytváří metabolický a psychologický tlak na návrat k vyšší hmotnosti (Papežová et al., 2018). Stice et al. (2020) uvádí, že výrazný váhový úbytek koreluje s budoucím nástupem PPP charakterizovaných dietním omezením nebo kompenzačním chováním při regulaci

hmotnosti. Zajímavostí je, že nadváha nebo obezita v období před onemocněním PPP jsou častější u dospívajících chlapců (30–40 %). Nedávné studie naznačují, že u adolescentů s premorbidní nadváhou nebo obezitou se mohou vyvinout restriktivní formy PPP s těžkou ztrátou tělesné hmotnosti, vážnými zdravotními komplikacemi a horší prognózou (Papežová et al., 2018). Tyto osoby představují rizikovou skupinu pro vznik mentální anorexie, na kterou je třeba více zaměřit programy selektivní prevence.

Problematika obezity a PPP má mnoho vzájemně se podmiňujících hledisek. Pohled na osoby trpící PPP může být velmi zúžený. Představa společnosti o tom, že PPP jsou na první pohled viditelné a týkají se jen vyhublých dospívajících dívek, je mylná.

Psychologické faktory

V souvislosti se vznikem a rozvojem PPP je třeba zaměřit pozornost na častý výskyt komorbidit. Podle Papežové et al. (2018) je výskyt poruch osobnosti a úzkostných poruch 69 %, afektivních poruch 49 %, autismu ve 20 % a ADHD přibližně v 17 %. Nezapomínejme také na současný výskyt různého spektra závislostí.

Některé studie dospěly k závěru, že mentální anorexii nebo mentální bulimii může předznamenávat nástup úzkostných poruch (Kaye et al., 2004; Godart et al., 2000). Silberg a Bulik (2005) pomocí studií dvojčat identifikovali společný genetický faktor, který ovlivňuje náchylnost k úzkosti, depresi a symptomům poruch příjmu potravy. Toto zjištění může mimo jiné naznačovat, že dětská úzkost může být alarmující faktor pro nástup mentální anorexie nebo bulimie.

Zdá se, že úzkostné poruchy představují hlavní rizikový faktor pro rozvoj poruch příjmu potravy a jsou nejčastější komorbiditou. Je uváděno, že kouření se vyskytuje u 30–50 % dospělých s poruchami příjmu potravy (Solmi et al., 2016). V současné době roste počet studií, které mapují souvislost mezi užíváním elektronických cigaret (e-vaporizérů) a poruchami příjmu potravy. Ukazuje se, že užívání elektronických cigaret je spojeno se zvýšeným rizikem vzniku poruchy příjmu potravy u dospívajících (Ganson & Nagata, 2021). Některé studie však ukázaly, že používání elektronických cigaret je hlavně mechanismem pro potlačení chuti k jídlu a kontrolu hmotnosti (Morean et al., 2020; Morean & Wedel, 2017).

Vzhledem k záměru této práce, bude vliv rodiny v kontextu PPP podrobněji popsán v následujících kapitolách.

3 Charakteristika rodin s poruchami příjmu potravy

Vliv rodiny v souvislosti se vznikem PPP je předmětem mnoha diskuzí. Můžeme se setkat s celou řadou teorií osvětlujících mechanismy rodinného fungování, rodinné vztahy a interakce na pozadí PPP. Tyto teorie mají své příznivce i odpůrce.

Podíl rodiny a jejího fungování z hlediska podílu na vzniku PPP je stále předmětem hlubšího zkoumání.

Bruchová (1971) se původně zabývala problematikou obezity u dětí a později i oblastí PPP. Byla jednou z prvních autorek, které se zabývaly duševními poruchami v kontextu rodiny a vývojových faktorů. Popisuje zejména absenci nebo nevhodné reakce rodičů na emoční potřeby dítěte v souvislosti s patologickým jídelním chováním.

Zkoumáním rodinných charakteristik u dětí trpících psychotickým onemocněním a mentální anorexií či bulimií se zabývala v 70. letech Palazzoli. Autorka popisuje charakteristiky rodin, kde matka je intruzivní, netolerantní a hyperkritická a kde otec často v rodině chybí. V tomto typu prostředí, kde neexistuje skutečná emoční podpora, pacientka vyjadřuje své nepohodlí prostřednictvím neobvyklého a provokativního stravovací chování (Selvini-Palazzoli, 1986).

V rámci této problematiky se dále setkáváme s rozšířeným pojmem psychosomatická rodina, jejímž autorem je Salvador Minuchin. Tento model popisuje příčinnou souvislost mezi určitými vlastnostmi rodiny jako celku a vznikem psychosomaticky podmíněného onemocnění u jejího člena. Onemocnění dítěte je důsledkem frustrace základních potřeb v rodinných interakcích (Minuchin et al., 1978). Podle jeho teorie se v těchto rodinách vyskytují čtyři typické interakční vzorce: vzájemná vztahová propletenost, rigidita, přehnané ochranné ochrání a vyhýbání se řešení konfliktů. Minuchinův model byl zkoumán celou řadou autorů. Navazující studie jsou vesměs kritické vůči klinickým nálezům Minuchina, např. studie Aragona et al. (2011) testovala dvě z hlavních charakteristik Minuchinova modelu, a to propletenost (operacionalizovanou jako extrémní soudržnost) a rigiditu (operacionalizovanou jako nízkou přizpůsobivost). Závěry studie ukazují, že ačkoliv byly v rodinách s PPP zjištěny vysoké úrovně koheze, stejný vztahový vzorec byl nalezen v kontrolních rodinách, což naznačuje, že tendence k nadměrné soudržnosti členů rodiny může být v některých sociokulturních kontextech „normální“. Adaptabilita byla stejná jak v rodinách s PPP, tak v kontrolních rodinách.

Herpertz-Dahlmann et al. (2011) tvrdí, že právě výše zmíněné teorie o etiologii poruch příjmu potravy vytvořily základ pro stigmatizaci pacientů a jejich rodičů. Rodinné studie naznačují, že zejména AN je komplexní genetická porucha, která se pravděpodobně projevuje především temperamentem a specifickými rysy v dětství, včetně inhibice, perfekcionismu a vyhýbavého chování. Autoři dále poukazují na to, že proces hladovění je spojen se závažnými změnami centrálního a periferního metabolismu, zejména s neuroendokrinními a neurotransmitterovými změnami.

Chvála a Trapková (2004) popisují původ vzniku PPP v rámci separačního procesu dcery od matky, který začíná kolem dceřina dvanáctého roku. Autoři uvádí, že úkolem matky je zasvětit dceru do ženského světa. V případě, že matka dceru v separačním procesu předběhne, odmítá dcera převzít úkoly dospívající ženy a snaží se udržet si péči okolí odpovídající jejímu dětskému věku. Tento druh konfliktu se může vyhrotit v podobě mentální anorexie, kdy se její tělo začne stavět proti růstovým silám.

3.1 Specifika rodinného fungování v rodinách s poruchami příjmu potravy

Rodinné fungování je zastřešující pojem pro konstrukty, které odrážejí podstatu rodinných vztahů, tedy kohezi, adaptabilitu, komunikaci, společné rozhodování, vzájemnou podporu, růst, starostlivé vztahy a závazek sdílet společný prostor, čas a bohatství (McClellan & Cohen, 2007).

K pojmu fungování rodiny („family functioning“) se často vztahují pojmy funkční rodina nebo zdravá rodina. Problematice zdravého rodinného fungování se začalo v posledních dvou desetiletích věnovat více pozornosti (Sobotková, 2007). Zdravé rodinné fungování je často vymezováno jako schopnost rodiny účinně zvládat náročné či stresové životní události, adaptovat se při zátěži a hledat rovnováhu (Shapiro, 1983, citováno v Sobotková, 2007).

Velmi důležitým poznatkem je také, že to, co charakterizuje funkční rodinu, není absence problémů, ale účinný způsob jejich zvládnutí. Studium zvládnutí zátěže a resilience rodiny nám může pomoci při hledání vnitřních sil nebo skrytých možností, které mohou rodinám v krizi pomoci obnovit jejich zdravé fungování (Sobotková, 2007).

Fungování rodiny a charakteristiky a kvalita vztahů mezi členy rodiny se těší rostoucímu zájmu lékařů a výzkumníků v souvislosti se zkoumáním PPP. Řada studií rodin, kde se PPP vyskytují, dokládá, že rodinné fungování vykazuje řadu specifíků v porovnání

s rodinami, kde se PPP nevyskytuje. Nebo bychom mohli říci, že některé specifické interaktivní rodinné procesy (např. rigidita, vyhýbání se konfliktům) se mohou podílet na patogenezi stravovací patologie (Bulik et al., 2019).

Holtom-Viesel a Allan (2014) v rámci své studie zjistili, že v rodinách s PPP se často vyskytuje hyperprotektivní výchova, emocionální necitlivost a neschopnost řešit konflikty v rámci rodiny. V jiném výzkumu se uvádí, že u rodin, kde se vyskytuje některá z forem PPP, byly narušeny některé atributy rodinného fungování, jako je soudržnost, organizace rodiny, schopnost řešit konflikty a emocionální projevy v rodině (Ciao et al., 2015). Jiné studie uvádí, že u těchto rodin může být nadměrná soudržnost, ale nedostatek empatického porozumění (Erriu et al., 2020).

Krug et al. (2016) uvádí, že právě nedostatek emoční vřelosti ze strany rodičů je spojen s výskytem BN u dívek. Zajímavostí je, že u chlapců nebyla v rámci této studie souvislost prokázána. Právě emoční vřelost rodičů, starostlivost a pouto mezi rodiči a dětmi je častým předmětem výzkumů v souvislosti s rizikem vzniku PPP. Canetti et al. (2008) zkoumali souvislost mezi subjektivním vnímáním rodičovské vřelosti a výskytem AN u dětí. U skupiny anorektických pacientů bylo zjištěno, že vnímali oba rodiče jako méně starostlivé a vřelé, přičemž otce jako více ovládajícího oproti vzorku neklinických účastníků.

Cerniglia et al. (2017) zkoumali souvislost mezi fungováním rodiny a výskytem PPP u dospívajících dívek. Výsledky ukázaly, že rodiny s dospívajícími dívkami s diagnózou BN se profilovaly jako méně koherentní a špatně organizované až chaotické. Navíc vykazovaly vysokou úroveň rodinného konfliktu a úzkosti. Rodiny s dospívajícími dívkami s diagnózou BED podobně jako rodiny s dívkami trpícími AN vykazovaly špatnou komunikaci v rodině.

Zatímco zkoumání rodinného fungování v souvislosti s AN a BN je již poměrně dobře zdokumentováno, u poruchy psychogenního přejídání jsou výzkumné poznatky omezené. Ukázalo se, že rodiny s jedním nebo více členy se záchvatovitým přejídáním mají nižší úroveň fungování rodiny. Bylo použito měření škálou rodinného prostředí FES a škálou adaptability a soudržnosti rodiny FACES. Adolescenti v těchto rodinách uváděli významně nižší emocionalitu a projevování pocitů (Tetzlaff et al., 2016). Byla zjištěna souvislost negativních afektů v rodinném fungování (zejména pocity osamělosti, izolace, frustrace) jako prediktivních faktorů psychogenního přejídání (Lee et al., 2019).

Máme stále na paměti, že zkoumání rodinného fungování je důležité z hlediska porozumění a souhrě rizikových a protektivních faktorů v rodinném kontextu. Role rodinného prostředí v patologii příjmu potravy je komplikovaná. Vždy je třeba vidět

problematiku PPP v širších souvislostech a mít na zřeteli komplexní pohled na nemoc a působení biopsychosociálních mechanismů.

Zkoumání rodinného fungování je důležité i z hlediska léčby nebo remise u PPP. Bylo prokázáno, že remise u AN je spojena se zlepšením rodinné dynamiky (Ciao et al., 2015). Jak už jsme zmínili výše, každá nemoc v rodině je určitou krizí rodinného systému a může mobilizovat strategie zvládnání stresových životních událostí („family coping“). Navíc riziko vzniku PPP je nižší u osob, které hodnotí rodinné fungování jako pozitivní a mají vysokou úroveň sebehodnocení (Kroplewski et al., 2019).

3.2 Vztah rodič-dítě v kontextu poruch příjmu potravy

Konflikty ve vztahu rodič-dítě mohou být rizikovými faktory souvisejícími s patologií stravování, přičemž povaha asociací se mění v závislosti na hodnocených specifických proměnných a na vývojovém období. Je třeba zvažovat obousměrné asociace mezi proměnnými, tj. konflikt mezi rodičem a dítětem mohl předpovídat patologii stravování anebo patologie stravování mohla předpovídat konflikt mezi rodičem a dítětem. Některá zjištění naznačují, že narušení vztahu rodič-dítě je spíše následek stravovací patologie nikoli prediktor (Korotana et al., 2018).

Často diskutovaným tématem v souvislosti s rizikem vzniku PPP jsou rozhovory rodičů s dětmi, jež se týkají tělesných proporcí nebo tělesné hmotnosti. Rodiče se mohou domnívat, že komentáře nebo diskuze zaměřené na hmotnost a tělesné proporce dítěte mohou dítě pozitivně motivovat ke zdravému stravovacímu chování. Ovšem neexistuje žádný důkaz, který by toto tvrzení podporoval. Paradoxně se setkáváme spíše s opačným efektem. Ukazuje se, že omezení komentářů a poznámek rodičů, které se týkají tělesné hmotnosti dítěte, může být zvláště účinné při snižování prevalence poruch stravování, striktní kontroly hmotnosti a depresivní symptomatologie (Bauer et al., 2013).

Kluck (2008) uvádí, že vysoká úroveň rodičovské kontroly a kritika vůči dětem, může zvyšovat pravděpodobnost vzniku PPP. Tato zjištění korespondují i se závěry novějších studií. Berge et al. (2014) uvádí, že v rodinách, kde je vysoká kritika dětí ze strany rodičů, se vyskytuje určitá patologie ve stravování: vyhýbání se jídlu, užívání nejrůznějších náhražek jídla, přejídání a kouření. Studie Bauer et al. (2013) poukazuje na skutečnost, že kritické komentáře rodičů zaměřené na tělesnou hmotnost jejich dětí jsou spojeny s vyšší depresivní symptomatologií.

Nejen kritické komentáře ze strany rodičů vůči dětem, ale i kritika rodičů a nevhodné komentování vlastního vzhledu může hrát významnou roli v patologii stravování u dětí (Bauer et al., 2013). Je logické, že dcery vychovávané v rodinách, které jsou více zaměřené na vzhled, mohou být více znepokojené svým vlastním fyzickým vzhledem a tím, jak tento vzhled odpovídá rodinným a společenským standardům.

Rodiče, kteří jsou nespokojeni s vlastním tělem, se mohou soustředit více na svůj vzhled a ten se pak stává centrem jejich pozornosti. Tímto chováním mohou přímo i nevědomě dávat najevo, že si cení hubenosti, a že být hubený je určité privilegium nebo statut úspěchu.

Jak konstatuje Papežová (2017), děti se snaží získat náklonnost rodičů prostřednictvím zdravého životního stylu a perfektních výkonů ve škole i ve sportu. Tento extrém může být rizikový. Některé výzkumy spojují nespokojenost s vlastním tělesným sebeobrazem u dcer s historií maladaptivních stravovacích postojů u matek (Kichler & Crowther, 2001). O specifickém postavení matky v rámci rodinného klimatu v souvislosti s poruchami příjmu potravy pojednává celá řada studií. Předpokládá se, že dyadický vztah matka-dcera hraje významnou roli v evoluci a udržování poruch příjmu potravy.

Např. studie Bauer et al. (2013) zkoumala vztah mezi hodnocením vlastního tělesného vzhledu u matek a dopady tohoto chování ve směru k jejich dcerám. Bylo zjištěno, že časté komentáře a kritika vlastního vzhledu u matek byla spojena s prevalencí extrémní kontroly hmotnosti u jejich dcer, ale i k větší prevalenci záchvatovitého přejídání.

Byla nalezena významná pozitivní korelace mezi špatným zacházením v dětství u matek a vznikem PPP u jejich dcer. To může být vysvětleno tím, že matka, která se potýká se svými negativními zážitky a vzpomínkami z dětství, může vytvořit prostředí, ve kterém nejsou naplněny základní emocionální potřeby její dcery. Z hlediska nenaplnění emocionálních potřeb u dcer se vyskytuje kompenzační chování ve formě jídelní patologie (Talmon & Tsur, 2021).²

Studie, které by byly zaměřené na specifickou roli otce v rámci PPP u dětí, jsou spíše sporadické. Bylo zjištěno, že tlak na perfekcionismus ze strany otce může být rizikovým faktorem pro vznik PPP (Canals et al., 2009). Jiné studie uvádějí, že nespokojenost otců se svou vlastní tělesnou váhou a komentování tělesné váhy dcer může zvyšovat riziko vzniku PPP (Keel et al., 1997).

² Výsledky této studie mohou mít spojitost s modelem narušení identity. O tomto modelu jsme pojednávali výše.

Chvála a Trapková (2007) zpracovali 120 kazuistik rodin s PPP u některého svého člena (ve většině případů se jednalo o dcery). Konstatují, že významnou postavou celého procesu je právě otec. Uvádí, že v těch případech, kde se otce podařilo získat ve prospěch dcery, byla terapie úspěšnější, než když otec vůbec nebyl k dispozici nebo nebyla u něj patrná žádná změna. Z uvedených studií vyplývá, že otec je obvykle ten obtížnější partner pro komunikaci dospívajícího dítěte. Často z úst otce mohou častěji zaznívat „rádoby“ vtipné anebo ironické poznámky týkající se vzhledu dítěte.

Studie se podrobněji zaměřovala na spojitost typu rodičovského vztahu mezi otcem a dcerou a výskytem jídelní patologie. Byly nalezeny dva typy vztahu otec-dcera: vztah „pečující a benevolentní“ a „přehnaně ochranný a vyhýbavý“. Ve druhém jmenovaném případě dívky vykazovali výrazně vyšší míru omezování v jídle, větší obavy z jídla, obavy o tělesný vzhled a vyšší úroveň deprese (Horesh et al., 2015).

Na základě výše uvedených poznatků lze říci, že stravovací postoje a chování u dcer jsou spojeny s kontrolou jejich tělesné hmotnosti ze strany rodičů. Studie týkající se postavení každého z rodičů jsou značně nekonzistentní. Některé zdůrazňují výrazný vliv matky, jiné směřují více pozornosti k roli otce. Významnou roli ovšem hrají postoje rodičů ke svému vlastnímu tělesnému obrazu. Tento aspekt je často může být v rodinách velmi opomíjen. Normativ tělesného vzhledu stojí v pozadí životního stylu rodiny a rodiče jsou primární osoby, které nastavují kulturu rodiny, pokud jde o stravování a životní styl.

Přes výše zmíněné je třeba opakovaně zdůraznit, že rodiče nenesou vinu za to, že jejich dítě trpí onemocněním PPP. S tímto faktem je potřeba u rodin nebo pečujících osob dostatečně pracovat. Tento poznatek pomůže přijmout diagnózu a minimalizuje obavy ze stigmatu, které je s onemocněním spojováno (Papežová et al., 2018). Nedávné studie ukazují, že postoje a chování rodičů mohou být důležité z hlediska prevence vzniku PPP a jak bude dále zmíněno i z hlediska účinnosti léčby. V tomto smyslu je zkoumání rodinných vztahů potřebné a přínosné a je třeba mu věnovat více pozornosti.

4 Rodinné jídelní chování

Některé studie spojují rodinnou dynamiku (např. Minuchin et al., 1978) s narušením jídelního chování a poruchami příjmu potravy. Jiné studie zdůrazňují vliv postoje rodiny týkající se ideálního vzhledu, stravování nebo tělesné váhy na vývoj nevhodných stravovacích návyků u dětí (Kluck, 2008; Wertheim et al., 2002). Obecná tendence rodiny soustředit se významně na vzhled a tělesnou atraktivitu souvisí s většími potížemi s neuspořádaným stravovacím chováním a obavami o tělesnou hmotnost, zejména u dcer (Davis et al., 2004; Field et al., 2001).

Rodina je primárním prostředím, ve kterém se rozvíjí a udržují vzorce zdravého nebo nezdravého životního stylu včetně stravovacích návyků. Obecně se má za to, že stravovací návyky rodičů významně modelují jídelní chování dítěte (Birch & Fisher, 2000; Birch, 2006; Blissett et al., 2006). Klima v rodině týkající se zdravé výživy (např. komunikace o zdravém stravování) je prediktorem stravovacího chování dětí. Z tohoto úhlu pohledu má rodina nepochybně vliv na utváření základní koncepce zdravého životního stylu a vytváření pozitivního tělesného sebeobrazu.

V rámci komplexního studia této problematiky je třeba se zaměřit na více dílčích hledisek. Jedním z nich je riziko obezity u dětí a rodin obecně. V souvislosti s nárůstem obezity a nezdravého životního stylu u dětí v západní společnosti narůstá řada studií, které přesněji mapují životní styl a stravovací návyky rodin.

Panuje zažitě přesvědčení, že společné stolování dává pocit určitého řádu a jedná se o důležitý rodinný zvyk. Společné stolování s dětmi vytváří lepší atmosféru a zdravější stravovací návyky. Platnost těchto tvrzení ale není jednoznačná.

Zajímavou studii uskutečnili Field et al. (2001), kteří mapovali společné stravovací chování rodin. Zjistili, že zvýšená frekvence rodinných večeří u dětí mezi 9 a 14 lety vedla k výrazně zdravějším stravovacím návykům. Pokud děti preferovaly stravu o samotě nebo s vrstevníky bez přítomnosti rodičů, konzumovaly potraviny ve větším množství a v horší kvalitě.

Studie Verjans-Janssen et al. (2019) ovšem konkrétně ukazuje, že na zdravé stravovací chování u dětí má vliv hlavně způsob a kvalita komunikace mezi dospělými a mezi dospělými a dětmi během společného stolování, nikoli pouhá přítomnost členů rodiny u jídla. Negativní komunikace a nepříjemné pocity při společném stolování mohou být u dětí spojeny s rizikem následných příznaků AN (Papežová et al., 2018).

Rodiče se snaží podporovat zdravý životní styl u dětí pomocí různých strategií stravovacího chování. Zvláště znepokojující je povzbuzování dětí k dietnímu chování. Rodiče mohou vnímat povzbuzování k dietě a hubnutí jako starostlivé chování. Rádoby vtipné komentáře a škádlení, týkající se váhy dětí vnímají jako neutrální témata v rámci rodinné komunikace. Přesto rodičovská podpora diet a hubnutí byly spojeny s negativními důsledky, pokud jde o nezdravé a neuspořádané stravovací chování dětí (Kluck, 2008).

Jídelní návyky jsou formovány již v raném dětství. Dítě při kojení nebo krmení komunikuje s pečující osobou a navazuje s ní vztah. V procesu krmení se odráží i další projevy psychického zrání dítěte. Dítě v období sebeuvědomění testuje hranice rodičů a v tomto období mohou rodiče vytvářet nevhodné stravovací návyky. Jídlo může být nástrojem manipulace nebo citového vydírání ze strany rodičů (Papežová et al., 2018).

Řada autorů se zabývá tím, jak může souviset narušení tělesného obrazu rodičů se způsoby formování stravovacích návyků u menších dětí. Ukazuje se, že poruchy tělesného obrazu rodičů mohou představovat zvýšené riziko pozdějšího vzniku nevhodných stravovacích návyků u dětí, např. dietního chování nebo přejídání.

Bylo prokázáno, že vlastní tělesná nespokojenost rodičů má spojitost se způsoby nebo praktikami, jakými rodiče krmí své děti. Nespokojenost rodičů s vlastním tělesným obrazem je spojena s restriktivnějšími praktikami krmení dětí (Solano-Pinto et al., 2021).

Golan a Crow (2004) uvádí, že u rodičů, kteří nemají zdravé stravovací návyky, se více setkáváme s nátlakem vůči dětem ve smyslu větších restrikcí u příjmu potravy a hlídání hmotnosti, než je běžné. Tito rodiče se více obávají rizika nadváhy u dětí. Odborníci se obávají, že toto chování, které se vyznačuje určitou necitlivostí nebo nereagováním na potřebu krmení od dítěte, může být kontraproduktivní. Dítě není později schopno samo si regulovat pocit hladu a sytosti. To může mít nepříznivé důsledky pro jeho další vývoj (Gahagan, 2012).

Na straně druhé se setkáváme i s opačným přístupem, a to je nucení do jídla. Gahagan (2012) uvádí, že intruzivní chování rodičů, pokud jde o krmení dětí, je asociováno se zvýšeným rizikem PPP. Naopak flexibilní přístupy v krmení se ukazují jako zdravější v pozdějším vývoji dítěte (Rigal et al., 2012).

Většina studií upozorňuje na zvláštní roli matek a jejich stravovacího chování v návaznosti na stravovací patologii jejich dcer. Uvádí se, že mateřské stravování je jedním z nejsilnějších prediktorů stravovacích zvyků dětí. Matky mohou hrát obzvláště důležitou roli v rozvoji kontroly příjmu potravy u dcer, zejména v rozvoji pozdějšího dietního a jiného nevhodného jídelního chování (Birch & Fisher, 2000; Edmunds & Hill, 1999). Bylo např.

zjištěno, že vlastní váhou zabývající se matky, více omezovaly dcery v příjmu potravy a také je ve větší míře povzbuzovaly k dietnímu chování a jídelním restrikcím (Francis & Birch, 2005).

Litchford et al. (2020) upozorňují rovněž na stěžejní roli otce, pokud jde o stravovací chování dětí. Dodávají, že kongruentní chování obou rodičů v případě nastavení pravidel zdravého stravování v rodině dosahuje nejlepších výsledků.

Poměrně překvapivá zjištění přináší studie Lowes a Tiggemann (2013), která uvádí, že podstatná část malých dětí (ve věku pět až osm let) má již internalizovaná přesvědčení o ideálním tvaru těla a je si dobře vědoma, že diety mohou být prostředkem k dosažení tohoto ideálu, přičemž touha po hubenosti se objevuje již u šestiletých dívek. Tato zjištění potvrzují i další studie, která např. uvádí, že přání být hubenější se objevuje u dívek ve větší míře již kolem devátého roku života a může být důležitým prediktorem pro pozdější rozvoj PPP (Westerberg-Jacobson et al., 2010).

V současné době panují jisté názorové rozepře, pokud se jedná o jídelní chování rodiny v případě efektivní léčby PPP. Zatímco některé studie a klinická pozorování naznačují, že nastavení pravidel jídelního chování a společné stolování celé rodiny nemá na efektivitu rodinné terapie vliv, jiné zase uvádějí, že se jedná o nezbytnou součást léčby (Solange, 2016).

5 Role rodiny v rámci léčby poruch příjmu potravy

Koncept AN jako neuropsychiatrické poruchy pravděpodobně předpokládá různé léčebné strategie.

Při výběru vhodného postupu je nutné přihlídnout ke konkrétnímu klinickému obrazu, fázi onemocnění i k výsledkům předchozí léčby. Včasná detekce onemocnění a adekvátní léčba jsou pro průběh onemocnění zásadní. Na počátku léčby se přistupuje k psychoedukaci. Podle Papežové je žádoucí psychoedukace ohledně povahy nemoci, následcích hladovění nebo nevhodného jídelního chování u všech klientů trpících PPP a dále o možnostech léčby (Papežová, 2010). Pečujícím osobám by měly být poskytnuty komplexní informace a poradenství o poruchách příjmu potravy a o tom, co mohou udělat, aby pomohli svým blízkým během zotavování (Coomber & King, 2011).

Jak uvádí Papežová et al. (2018), cílem léčby pro všechny pacienty s PPP je **stabilizace somatického stavu, nutriční rehabilitace, normalizace jídelního chování a psychosociální stabilizace**. Udržení zdravé váhy koreluje s lepším průběhem nemoci. Pro plnou úzdravu ovšem pouhá korekce hmotnosti není dostačující.

Papežová et al. (2018) uvádí, že řada osob trpících PPP nepodstupuje komplexní psychiatricko-psychologickou léčbu a je léčena neodborně mimo mapovaná klinická pracoviště, popř. zůstává na interních odděleních nemocnic, kde jsou léčeny pouze tělesné následky onemocnění.

Narůstá množství klinického materiálu, který svědčí o tom, že rodinná terapie je účinná u většiny pacientů trpících PPP. U starších pacientů je rodinná terapie považována za vhodný doplněk k individuální terapii, pokud jsou u pacienta v popředí rodinné konflikty.

Koordinace léčebných intervencí je nezbytná. Každému pacientovi bude vyhovovat specifická forma pomoci. V posledních několika letech se ukazuje jako velmi účinná vícerodinná terapie. Jedná se o ekletický přístup, který umožňuje rodinám reciproční sdílení zkušeností. Podporuje kompetence osoby, jež trpí PPP, stejně jako kompetenci rodiny jako celku. Jednotlivé fáze a techniky jsou variabilní podle charakteru dané skupiny (Papežová et al., 2018).

Je založená na skupinové léčbě více rodin (například šesti až osmi). Rozšiřuje obzory jednotlivým členům rodiny a dodává jim pocit sounáležitosti, celkový nadhled a lepší motivaci nemocných k léčbě. Umožňuje rodinám otevřeně hovořit o svých problémech,

sdílet zkušenost a recipročně se podílet na vývoji a posunech v léčbě a aktivizuje ozdravné procesy v rodině.

Dochází k tzv. „family bonding“, tzn. propojení rodin, které samo o sobě způsobuje změny ve vnímání rodinného systému a může být v rámci léčby účinnější než rady odborníků (Wiseman et al., 2019).

Bylo zjištěno, že hlavní principy vícerodinné terapie spočívají ve změně myšlení, týkající se pohledu na PPP. Konkrétní metody jsou navrženy tak, aby pomohly oddělit diagnózu PPP od dítěte. Cílem této terapie je, aby rodina objevila vlastní možnosti a zdroje, jak s PPP bojovat a sama našla postupy, které budou v jejím konkrétním případě účinné. Důležitá je určitá změna postojů, proměna rodinné dynamiky a získání náhledu, který je dobrým prognostickým faktorem, jež rodině pomáhá zvědomit určité aspekty nemoci. Zvláště u adolescentních pacientů se ukazuje jako velmi účinná (Engman-Bredvik et al., 2016; Rienecke, 2017).

V rámci pilotní studie byla zkoumána účinnost vícerodinné terapie s účastí i bez účasti pacienta. Bylo zjištěno, že po obou intervencích došlo ke zlepšení rodinného fungování. (Depestele et al., 2017).

Vhodná strategie „šitá na míru“ danému jedinci, jeho rodině a celkovému klinickému obrazu je jistě efektivním přístupem v rámci léčby. Ale i další aspekty léčby, jako je osobnost terapeuta a specifika terapeutického vztahu (včetně přístupu zdravotnického personálu) jsou významnými faktory. V jednom ze starších průzkumů současných a bývalých pacientů s poruchami příjmu potravy bylo zjištěno, že mezi nejvíce ceněné aspekty léčby patří osobnostní vlastnosti terapeuta a terapeutický vztah; konkrétně důvěra v terapeuta a jejich terapeutický vztah, schopnost otevřeně hovořit o pocitech a respekt ve vztahu k pacientovi. Samotní terapeuti také oceňovali tyto aspekty, ale měli sklon klást větší důraz na obsah samotné terapie (de la Rie et al., 2008).

Obdobné studie byly učiněny i ve Velké Británii a USA. V tomto průzkumu hodnotili pacienti osobní a profesionální kvality personálu jako nejdůležitější rysy vysoce kvalitní služby. Jako vysoce hodnocena byla také podpora klinických pracovníků a dostupnost služeb (Nishizono-Maher et al., 2011).

Studie autorů Hughes et al. (2018) přinesla zajímavé výsledky ohledně hodnocení léčby poruch příjmu potravy u dospívajících v rámci rodinné terapie. Rodiče i dospívající byli dotazováni na výsledky léčby v rovině fyzické i psychické. Většina rodičů byla toho názoru, že jejich dítě dosáhlo fyzického zdraví (80 %) a 61 % si myslelo, že jejich dítě dosáhlo dobrého duševního zdraví. Naproti tomu 68 % dospívajících bylo toho názoru, že se fyzicky

uzdravili, ale jen 45 % dospívajících uvádělo, že dosáhli dobrého duševního zdraví. Výsledky poukazují na jistou nekonzistentnost ve vnímání rodičů a dopívajících pacientů. Je možné, že rodiče mají více očekávání ve vztahu k léčbě.

Papathomas et al. (2015) uvádí, že úskalím léčby mohou být přání rodičů, aby jejich dítě dosáhlo plného obnovení stavu, který byl před propuknutím nemoci. Ale jak vyplývá z výsledků této studie, pozornost by měla být zaměřena nikoli na obnovu, ale spíše na transformaci. Nemoc mění člověka samotného i celý rodinný systém a integrace této zkušenosti je důležitá.

Byla provedena řada studií, které se zabývaly tím, jak různá vysvětlení etiologie duševních poruch ovlivňují vnímání těchto poruch ze strany veřejnosti a jaký mají dopad na léčbu a sebepojetí osob s duševními poruchami. Lebowitz a Appelbaum (2019) poznamenali, že je důležité vždy zdůraznit určitou tvárnost biologických faktorů v etiologii stavů duševního zdraví. Účelem je snížení vnímané neměnnosti symptomů, která může být přítomna. Z hlediska léčby je důležité edukovat pacienta o tom, že má vlastní aktivní roli v tomto procesu (Farrell et al., 2015).

Bylo zjištěno, že samotný proces léčby vede k většímu soucitu rodičů s nemocným dítětem. Kvalitativní studie Weaver (2012) přinesla právě v této oblasti povzbudivé výsledky. Rodičům, kteří prošli utrpením souvisejícím s onemocněním PPP u svého dítěte, se podařilo transformovat svůj postoj z utrpení k moudrosti a pochopení. V této souvislosti bylo potřeba, aby rodiče průběžně a postupně upravovali svá chápání a očekávání. Někteří autoři zdůrazňují, že protektivním faktorem vzniku PPP může být emoční blízkost rodičů a dítěte (Polivy & Herman, 2002). Bylo zjištěno, že emoční blízkost matky k dceři může být důležitým prediktorem jejího rychlého zotavení (Nilsson et al., 2012).

Ukazuje se, že vysoce efektivní je funkční systém podpory a otevřená komunikace o problému. Některým rodičům pomáhá hovořit se zdravotníky, psychology nebo jinými rodiči. Jiným psaní blogu nebo vedení deníku. Jako stěžejní strategie se ukázala možnost otevřené komunikace s dítětem a náhled na jeho způsob myšlení (Papežová & Hanusová, 2012). Důležitou roli v rámci schopnosti vypořádat se s daným problémem může hrát resilience rodiny, akceptace situace, odstoupení od problému a čas sám pro sebe.

Většina rodičů uvedla, že měli zcela zkreslená očekávání o průběhu a délce léčby. Domnívali se, že se jedná o záležitost řešitelnou v rámci několika týdnů, nikoli let (Svensson et al., 2013). Tady narážíme na zásadní informaci, kterou je třeba rodičům sdělit a připravit je na fakt, že uzdravení může být a zpravidla je dlouhodobý proces.

Je nesporné, že rodina je považována za důležitý cíl intervence, zejména pro léčbu dospívajících a mladých dospělých, kteří trpí poruchami příjmu potravy. (Jewell et al., 2016). Většina studií prokázala, že zlepšení rodinných vztahů (např. větší blízkost mezi členy rodiny, zlepšená komunikace) je spojeno s úspěšnou léčbou poruch příjmu potravy u dospívajících (Nilsson et al., 2012), a to dokonce bez ohledu na typ léčby (Ciao et al., 2015).

6 Body image v kontextu sociálních médií

Body image³ je prožíván v kontinuu od pozitivního k negativnímu. Lidé s negativním body image („body dissatisfaction“) se cítí nespokojeni se svým vzhledem a vnímají rozpor mezi svým současným vzhledem a ideálním vzhledem (Grogan, 2006).

Čím nespokojeněji se člověk se svým tělem cítí, tím vyšší je riziko, že se potýká s nízkým sebevědomím a špatnou kvalitou života (Paxton et al., 2006). Negativní body image zvyšuje pravděpodobnost zapojení se do neuspořádaného stravovacího chování (včetně diet, záchvatovitých přejídání, půstu, počítání kalorií) s četnými vážnými a dlouhodobými zdravotními následky (Peckmezian et al., 2017).

Nespokojenost s vlastním tělem je jedním z nejvíce konzistentních a robustních rizikových faktorů pro poruchy příjmu potravy. Sociokulturní model poruch příjmu potravy podporuje internalizaci ideálu štíhlého těla prostřednictvím masmédií a sociálních médií.

Řada studií vysvětluje vztah mezi chováním na sociálních platformách zaměřených na body image a narušeným stravovacím chováním. Sociálních platformy jsou jedním z klíčových sociokulturních faktorů přispívajících k narušenému stravovacímu chování u žen (Holland & Tiggemann, 2016). Stejně jako tradiční média, tak i sociální platformy (Facebook, Instagram, Tinder) přitahují v současnosti značnou pozornost výzkumníků zabývajících se problematikou PPP.

Obecně se ukazuje, že některé obsahy na sociálních sítích jsou zvláště důležité v kontextu nespokojenosti s vlastním tělem a PPP. Sociální sítě se v posledním desetiletí staly „de facto“ neformálním zdrojem výchovy ke zdraví a určují trendy v oblasti ideálního tělesného vzezření.

Velká část obsahu na sociálních sítích propaguje idealizovaný obraz těla, zdravé a vhodné potraviny, případně doplňky či náhražky stravy, diety a cvičení. Tento mediálně propagovaný obsah může mít vliv na duševní zdraví, přispívat k obavám o image těla, následně i poruchám příjmu potravy a celkové psychické tísní. Objevuje se nové paradigma toho, jak má vypadat zdravý člověk (Marks et al., 2020).

³ Pojem body image nemá v českém jazyce přesný ekvivalent, překládá se často jako tělesné sebepojetí nebo postoj k vlastnímu tělu.

Sociální sítě vedou k zapojení do objektivizačního a sebeobjektivizačního chování⁴. Byl prokázán pozitivní vztah mezi sexuální objektivizací, sebeobjektivizací a PPP. U žen byl nalezen silnější vztah objektivizace a poruch příjmu potravy než u mužů, přičemž nebyl objeven signifikantní rozdíl mezi adolescentními dívkami a dospělou populací (Schaefer & Thompson, 2018).

Rozsáhlá studie Chau (2016) mapovala hluboký a kritický dopad sociálních médií na duševní zdraví žen, obraz těla a nespokojenost sama se sebou. Bylo zjištěno, že právě srovnávání se s ostatními vrstevníky vyvolávalo negativní reakce a negativní sebehodnocení. Srovnávání se s celebritami takový dopad nemělo. Jiná studie uvádí, že srovnávání mezi vrstevníky se neliší od srovnávání se s celebritami nebo influencery (Pađin et al., 2021).

Ve stejném duchu se vyjadřuje řada jiných studií, např. Frederik et al. (2017) uvádí, že sociální srovnání generuje u uživatelů tělesnou nespokojenost. Zejména z hlediska uvědomění si, že nemohou dosáhnout zobecněného ideálu hubenosti. Většina mladých dívek a žen byla ovlivněna obsahem sociálních sítí v kontextu tělesného schématu, ale faktor resilience určoval, do jaké míry měla tato expozice negativní dopad na hodnocení vlastního vzezření.

Při zkoumání vlivu sociálních médií na spokojenost s vlastním tělesným obrazem se výzkumníci zaměřují i na těchto sítích strávený čas. Bylo zjištěno, že čas strávený na sociálních sítích a riziko rozvoje PPP spolu souvisí. Kaewpradub et al. (2017) v rámci své studie zjistili, že delší čas strávený na sociálních sítích byl spojen s problematickým stravovacím chováním. Ke stejným závěrům dospěli i Santarossa a Woodruff (2017).

Jiná studie uvádí, že ženy, které mají vysokou míru diskrepance mezi vysněným tělesným ideálem a vlastním tělesným sebepojetím, jsou náchylnější k negativním myšlenkám ohledně svého vzhledu a častěji se zapojují do sociálního srovnávání než ženy, které mají nízkou míru této diskrepance. Tento moderátor vztahu („body image self-discrepancy“) zvyšuje či snižuje účinek sociálního srovnání a jeho negativní dopad na vnímání vlastního těla (Bessenoff, 2006).

Zajímavé výsledky přinesl výzkum mezi americkými ženami, který mapoval vztah mezi upravováním vlastních fotografií na Instagramu a poruchami příjmu potravy. Bylo zjištěno, že úprava vlastních fotografií zveřejňovaných na sociálních sítích měla pozitivní souvislost s narušeným stravovacím chováním. Ruminační myšlenky o jídle a vlastní tělesné hmotnosti

⁴ Teorie objektivizace poskytuje určitý rámec pro pochopení kultury, která sexuálně objektivizuje ženské tělo. Pokud si žena internalizuje pocity způsobené externí objektivizací a pohlíží sama na sebe objektivizačním pohledem, pak dochází k takzvané sebeobjektivizaci (Fredrickson & Roberts, 1997).

byly mediátorem tohoto vztahu a nastavení myšlení (v tomto případě růstové nastavení myslí nebo fixní nastavení) představoval moderátor. Bylo zjištěno, že ženy s fixním nastavením myslí jsou vystaveny většímu riziku narušeného stravovacího chování (Lee-Won et al., 2020).

Sociokulturní tlak na ženy je v dnešní době tak intenzivní, že mnoho odborníků předpokládá, že tělesná nespokojenost je už určitou normativní nespokojeností ženského pohlaví. Je tedy běžné, že ženy komentují negativně svůj vzhled a snaží se jej měnit, i když tato potřeba nemá objektivní důvody. Tento tlak je tak intenzivní, že zcela mění náhled na to, co považujeme za normální stravovací chování.

Vliv sociálních médií na stravovací chování a tělesnou nespokojenost u mladých dospělých je prokázán. Tato problematika je ovšem komplikovaná z několika hledisek. Sociální sítě svým obsahem nastavují pro mladé dospělé určitou normu sociokulturního vzhledu a posilují skupinovou identitu (Saunders & Eaton, 2018).

Výzkumná pozornost by měla být směřována na faktor resilience vůči obsahu, který by mohl mít negativní dopad, a na množství času stráveného na sociálních sítích. Empirické výzkumy také naznačují, že zdravotníci by měli začlenit diskuse o užívání sociálních sítí do léčby PPP.

7 Současné problémy rodin s přítomností diagnózy PPP

Rodiče nebo jiné pečující osoby jsou často ti první, kteří vyhledávají pomoc pro své děti, adolescenty a mladé dospělé s PPP. Jsou to většinou ti první, kteří zaznamenají, že něco s jejich dětmi není v pořádku.

Rodiny dětí trpících poruchou příjmu potravy mají tendenci se reorganizovat a nemoc postavit do centra pozornosti (Whitney & Eisler, 2005). Narušení životního cyklu rodiny a pocity bezmoci jsou jedním z častých jevů rodin s výskytem PPP. Panuje obecná shoda v tom, že rodiče, kteří se starají o dítě, jež trpí PPP, jsou vystaveni vysoké míře distresu a pečovatelských nároků.

Často se objevují neadekvátní emoční reakce členů rodiny vůči nemocnému dítěti, které mohou mít na dítě nepříznivý dopad a situaci zhoršovat. Rodiče a blízké osoby si nemusí být si vědomi dopadu tohoto chování. V případě, kdy se nedaří nemoc zvládat a terapeutické nebo jiné léčebné intervence nemají předpokládaný efekt, narůstá míra kritiky ze strany členů rodiny, což má zpětně negativní dopad na léčbu. Vliv rodičů a kritika je spojena s pokračujícími příznaky stravovací patologie (Le Grange et al., 1992; Le Grange et al., 2010).

V případě podezření na patologické jídelní chování jsou některé emoční reakce pochopitelné a často pramení z šoku nebo nedostatku informací o tom, jakým způsobem mají k danému problému přistupovat. Rodiče a blízké osoby často neví, jak se zachovat v případě podezření na vznik PPP u člena rodiny.

Objevuje se sebeobviňování, vyčerpání, bezmoc a nejistota ohledně komunikace s nemocným dítětem. V tomto smyslu jim nejvíce pomáhá, když mají přístup k relevantním informacím o PPP a kontaktům a vědí, kam se mohou obrátit a co mohou očekávat. Dochází také k určitému obratu ve vztahu s dítětem. Dosavadní interakce a komunikační vzorce se hroutí. Obvykle rodiče vyčerpají všechny své vlastní způsoby intervence na řešení dané situace (Weaver, 2012).

Specifickou skupinou, která byla doposud jak ve výzkumu, tak v klinické oblasti opomíjena, jsou sourozenci jedinců s PPP. Studie ukázaly, že všudypřítomná zátěž a nároky spojené s životem se sourozencem, který trpí PPP, mohou mít vliv na duševní pohodu sourozence. Sourozenci častěji uváděli problémy se spánkem, měli nižší hladinu energie a měli potíže s pozorností a koncentrací (Dimitropoulos et al., 2013; Steinhausen et al., 2015). Sourozenci také uváděli pokles školního fungování a pokles motivace k sociálním

aktivitám. Někteří se obviňovali z toho, že svým sourozencům nepomáhali a cítili pocity viny. Častý byl pocit smutku, ztráty normálního dětství a narušený vztah s nemocným sourozencem (Areemit et al., 2010; Jungbauer et al., 2016).

Studie Coelho et al. (2021) identifikovala řadu překážek v rodinách, které procházejí léčbou PPP. Výsledky této studie naznačují důležitost včasné identifikace příznaků poruchy příjmu potravy, usnadnění plynulejších přechodů mezi úrovněmi péče (např. služby různých center komunitní péče a péče v nemocnicích) a dále důležitost rozhodnutí o nejvhodnější léčbě na základě klinického obrazu. Ukazuje se, že správná léčba ve správný čas je zásadní. Adekvátní informace a emoční zapojení rodinných příslušníků hrají významnou roli, pokud jde o zvýšení úspěšnosti léčby u PPP. Jak uvádí Papežová et al. (2018), je zcela nebytné, aby se rodina nemocné osoby na léčbě PPP podílela. Léčba je nesmírně psychicky náročnou zkušeností pro všechny blízké.

Výzkumníci Svensson et al. (2013) uskutečnili kvalitativní studii, kde reflektovali zkušenosti blízkých osob, které se staraly o dítě s poruchou příjmu potravy. Bylo zjištěno, že rodiny se potýkaly s větší mírou sociální izolace a narušeného společenského života. Onemocnění dítěte se stalo prioritou v životě rodičů a věnovali mu většinu svého času a pozornosti. V důsledku toho docházelo k napjatým vztahům v rodině. Nemoc dítěte negativně ovlivnila jejich pracovní aktivity ve smyslu snížení pracovní výkonnosti nebo výpadku větší části příjmu. V oblasti emočních dopadů vyjadřovali rodiče zejména pocity jako je strach a zlost. Mnoho rodičů v rámci této studie uvedlo, že se obávají o své dítě, ale také o ostatní členy rodiny, kteří touto situací nepřímo trpí. Dále uvedli, že mají strach z možného relapsu nebo zhoršení stavu dítěte. Rodiče se rovněž potýkali s pocity viny, zahanbení a frustrace.

Linville et al. (2012) zkoumali, jak by mohla být sociální podpora užitečná anebo škodlivá během procesu zotavení dítěte. Účastníci této studie uvedli, že zotavení z poruchy příjmu potravy je do značné míry ovlivněno pocitem spojení s ostatními lidmi. Sociální podpora hraje v tomto procesu významnou roli.

Důležitým tématem, které souvisí s PPP, a kterému je třeba věnovat pozornost, je stigma. Stigma spojené s PPP se netýká jen osoby, která onemocněním trpí, ale i jeho blízkých. Časté mohou být pocity nekompetentnosti, nízké vědomí vlastní účinnosti a nízká sebeúcta (Brelet et al., 2021).

Pokud jde o selfstigma⁵, bylo zjištěno, že stigma u jedinců s PPP vedlo k většímu odcizení a sociálnímu stažení, které zase předpovídalo větší závažnost symptomů. Dalším potenciálně nepříznivým účinkem stigmatu je jeho dopad na léčbu. Griffiths et al. (2018) zjistili, že zkušenost stigmatu byla spojena s delším trváním nemoci a s oddálením léčby. Maier et al. (2014) navíc uvádí, že stigmatizace u mladých pacientů s AN má rozhodující roli a ovlivňuje jejich motivaci vyhledat odbornou pomoc a zapojit se do léčby.

V současnosti je zkoumán fenomén odolnosti vůči stigmatu. Griffiths et al. (2015) zkoumali osoby diagnostikované pro PPP z hlediska rezistence vůči stigmatu. Dospěli k závěru, že větší rezistence vůči stigmatu korelovala s větším sebevědomím, pozitivním přístupem k hledání psychologické léčby a menším výskytem depresivních symptomů.

Široká veřejnost pociťuje protichůdné emoce ve vztahu k osobám trpícím PPP. Účastníci studie vyjadřovali negativní emoce jako je podráždění a hněv. Bylo zjištěno, že veřejnost postrádá sympatie vůči těmto osobám a v osobních interakcích s lidmi trpícími zejména AN se cítí velmi nepříjemně (Geerling & Saunders, 2015).

Poměrně překvapivá zjištění přináší studie, ve které odborníci sdíleli negativní emoce ohledně PPP. Zdravotníci uváděli ztrátu motivace v péči o tyto pacienty a objevovaly se u nich pocity nepohodlí, frustrace, strachu, stresu, podráždění a nelibosti (Padín et al., 2021). Pro rodiny může být velmi obtížné přiznat si, že je přítomen určitý problém, který vyžaduje řešení. Opora je i v tomto kontextu velmi významným zdrojem pomoci, ale právě kvůli obavám z reakce okolí může docházet k oddalování řešení. Studie, kterou uskutečnili Griffiths et al. (2015), přinesla alarmující zjištění, že časová prodleva mezi propuknutím nemoci a první konzultací u lékaře trvala v průměru mezi osmi až devíti měsíci.

Přesné způsoby, jakými rodiny mohou užitečně zvládnout nemoc a pomoci dítěti zotavit se, jsou stále omezené. Z dosavadních výzkumných poznatků vyplývá, že je třeba věnovat pozornost celkové interakci v rodině a destigmatizaci problematiky. Stěžejní jsou programy prevence a správná a relevantní informovanost rodin o problematice PPP.

⁵ Selfstigma můžeme označit jako proces, ve kterém člověk s mentálním onemocněním internalizuje předsudky ze strany společnosti a následnou diskriminaci (Corrigan, & Bink, 2005).

EMPIRICKÁ ČÁST

8 Výzkumný problém, cíl výzkumu a výzkumné otázky

V následující kapitole si nejprve popíšeme výzkumný problém, z toho vyplývající cíle výzkumu a stanovíme hlavní výzkumné otázky.

8.1 Výzkumný problém

Prožívání osob, které trpí některou z forem poruch příjmu potravy, je předmětem řady kvalitativních studií. Téma poruch příjmu potravy je společensky diskutováno a zkoumáno.

V českém prostředí najdeme bezpočet studií, které se zabývají zmíněnou problematikou. Většina z nich pracuje s daty získanými od osob trpících některou z forem poruch příjmu potravy. Např. Kolková (2020) se ve své diplomové práci zabývá poruchami příjmu potravy v souvislosti s charakteristickými znaky rodinného prostředí. Hájková (2017) mapuje intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy. Vývojově psychologické a sociálně psychologické aspekty poruch příjmu potravy zkoumá starší studie Hadaše (2007).

Obecně velmi málo pozornosti je v rámci výzkumu v českém prostředí věnováno ostatním členům rodiny a jiným blízkým osobám⁶. Rozdíly mezi názorem otců a matek na fungování rodiny s výskytem poruch příjmu potravy se zabývá ve své diplomové práci Syslová (2020). Některé výzkumné cíle se mohou překrývat. Zejména pokud jde o mapování rodinného fungování a atmosféry v rodině, kde se vyskytuje člen trpící poruchou příjmu potravy.

Náš výzkumný fokus se bude zabývat a priori hlubším prožíváním blízkých osob. Často se setkáváme s utajováním nemoci a stigmatem v rodinách, kde se PPP vyskytuje (Brelet et al., 2021, Griffiths et al., 2018). Podstatné je, že blízcí se nacházejí ve složité situaci. Dopadá na ně tíha negativních emocí a zároveň se od nich očekává aktivní a povzbudivý přístup v rámci léčby nemocného (Svensson et al., 2013). Blízké osoby mohou hrát důležitou roli také v následném relapsu onemocnění nebo remisi (Papežová, 2018).

8.2 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Na základě výzkumného problému jsme stanovili tři stěžejní výzkumné cíle a z nich vyplývající výzkumné otázky.

⁶ Blízkými osobami rozumíme příbuzné, rodinné příslušníky, pečující osoby a jiné blízké osoby těch, kteří trpěli některou z forem PPP.

Cíl č. 1: Popsat a analyzovat rodinné fungování a životní styl rodiny před propuknutím onemocnění. Zajímá nás perspektiva těchto blízkých osob a zachycení esence prožité zkušenosti.

- Výzkumná otázka č. 1: Jak hodnotí blízké osoby fungování rodiny v době před propuknutím onemocnění?
- Výzkumná otázka č. 2: Jak hodnotí blízké osoby životní styl rodiny v době před propuknutím onemocnění u člena rodiny?

Cíl č. 2: Zjistit jakým způsobem řešili blízcí prvotní symptomy onemocnění, jakou roli hráli v průběhu léčby a co jim pomohlo celou situaci zvládnout.

- Výzkumná otázka č. 3: Jaké byly reakce blízkých při podezření na diagnózu PPP u člena rodiny?
- Výzkumná otázka č. 4: Co blízkým osobám pomáhalo zvládnout celou situaci?

Cíl č. 3: Popsat roli blízkých v procesu léčby a zhodnotit vzájemnou proměnu vztahů mezi blízkými v rodinách, kde se PPP vyskytovaly.

- Výzkumná otázka č. 5: Jakou roli zastávaly blízké osoby v průběhu léčby člena rodiny?
- Výzkumná otázka č. 6: Jak hodnotí blízké osoby vzájemné vztahy po uzdravení jejího člena?

Výzkumný projekt může pomoci rodinám a jiným blízkým osobám, a to jak z hlediska prevence, tak z hlediska léčby. Naším záměrem je podívat se na onemocnění PPP z širšího úhlu pohledu a přispět tímto výzkumem k lepšímu pochopení všech aspektů onemocnění PPP. Máme za to, že výzkumná zjištění v tomto směru mohou pomoci dokreslit komplexní obraz celé problematiky a mohou být přínosem v klinické práci s rodinami a blízkými. Výzkumná zjištění mohou být přínosem i v rámci určitých mezer v léčbě PPP.

9 Metodologický rámec výzkumu

Zvolili jsme **kvalitativní metodologický přístup k výzkumu**, který umožňuje proniknout hlouběji k podstatě zkoumaných jevů. „Jedná se o přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci zkoumaných fenoménů využívá kvalitativních metod.“ (Miovský, 2006, s. 17) Vzhledem k povaze zkoumané problematiky považujeme tento přístup za nejvhodnější.

Zvolili jsme **vícečetnou případovou studii** (multiple-case design), jež se využívá ke zkoumání fenoménu kvalitativní povahy. Vícečetné studie zkoumají jevy v reálném životě a snaží se o zachycení autentičnosti zkoumaného fenoménu. Jedná se o detailní popis minimálně dvou nebo jen několika málo případů. Každý případ výzkumník podrobí hloubkové analýze a následně se porovnávají jednotlivé případy mezi sebou (Chrastina et al., 2015).

9.1 Metoda tvorby dat

Zvolili jsme metodu **polostrukurovaných hloubkových rozhovorů**, které byly uskutečněny na základě osobního kontaktu s participanty a také formou on-line rozhovoru. Někteří participanti si vyžádali strukturu otázek před konáním rozhovoru. Ta jim byla poskytnuta. Máme za to, že tento postup pomohl eliminovat obavy z rozhovoru a umožnil poskytnout bezpečný rámec, ve kterém se bude rozhovor odehrávat.

Nedodržovali jsme striktně pořadí otázek, ale reflektovali jsme celkové emoční rozpoložení participantů, otevřenost vůči tématu a sdílnost. Těmto faktorům jsme přizpůsobili celkovou strategii vedení rozhovoru.

Rozhovory probíhaly od srpna do prosince roku 2021. Maximální časový limit na jedno interview byl stanoven na 60 minut. Nejdelší interview trvalo 60 minut, nejkratší 46 minut. V průměru trvalo jedno interview 53 minut.

9.2 Metoda zpracování dat a analýza dat

Data byla zpracována metodou **interpretativní fenomenologické analýzy (IPA)**. IPA nám umožňuje zachytit esenci prožité zkušenosti jedince. Zkoumá podrobné zkušenosti každého případu směrem k obecnějším tvrzením. Jedná se o zvláště užitečnou metodiku pro zkoumání témat, která jsou složitá, nejednoznačná a emocionálně zatížená. Autoři uvádí, že optimální počet případů pro účely magisterské práce je tři až šest. Nezapomínáme na to, že

IPA klade značné požadavky na osobu badatele, který by měl být empaticky angažován a měl by být schopen zachytit důležité a zajímavé aspekty dané problematiky (Smith et al., 2009).

Z rozhovorů byl pořízen **audiozáznam** prostřednictvím diktafonu. Následně jsme provedli transkripci dat. Přepis rozhovoru jsme upravili do plynulejší podoby a odstranili nežádoucí projevy, které narušovaly obsah sdělení. S daty jsme pracovali technikou „tužka papír“.

Následně jsme provedli **analýzu získaných dat**. Při kvalitativní analýze jde o systematické nenumerné organizování dat s cílem odhalit témata, pravidelnosti, konfigurace, formy, kvality a vztahy. (Hendl, 2016). V první fázi je nutné důkladně se s daty seznámit. Opakovaně jsme pročítali rozhovory a prováděli první poznámky. Ve fázi kódování jsme redukovali objem dat a našich poznámek prostřednictvím formulování tzv. rodících se témat. Druhá fáze kódování spočívá také v hledání komplikací v datech, čímž se otevírá cesta k dalšímu kontextu zkoumání (Hendl, 2016). Cílem této fáze je přetavit předchozí poznámky do výstižných témat, která zachytí esenciální kvalitu respondentovy zkušenosti (Říhářek et al., 2013). Po procesu pojmenování témat jsme zpětně reflektovali jejich významy v datech. Následovalo hledání souvislostí mezi jednotlivými tématy. Výsledkem procesu bylo definování nadřazených témat. Tímto způsobem jsme postupovali u všech případů. Následně jsme propojili analýzy jednotlivých případů.

9.3 Etické aspekty výzkumu

Všichni účastníci výzkumu byli plně informováni o průběhu a okolnostech výzkumu. Od všech participantů jsme získali **informovaný souhlas**, který byl předložen v písemné podobě a podepsán všemi participanty. Participantů byli informováni o možnosti kdykoli ukončit svou účast ve výzkumu. Všichni souhlasili s tím, že rozhovory budou nahrávány. Na konci rozhovoru byli dotázáni, zda souhlasí s obsahem nahraných dat.

Vzhledem k citlivosti tématu jsme se snažili mírnit potenciální negativní dopady na participanty a zajistit jim odpovídající **emoční bezpečí**. Pokud jde o místo a čas rozhovoru, ponechali jsme výběr na participantech. V prvotní fázi rozhovoru bylo stěžejní navodit příjemnou a uvolněnou atmosféru. U rozhovorů přes online platformu jsme se snažili zorganizovat rozhovor dle časových možností participantů a dbali jsme na to, abychom nebyli v průběhu rozhovoru rušeni. Všichni participantů byli vstřícní a otevření. Byl dán prostor pro otevřené projevování emocí, ale zároveň byl dodržován rámec rozhovoru. Po

skončení rozhovoru byl každý participant informován o možnostech, kam se případně obrátit pro psychologickou pomoc. Byla zde snaha co nejvíce eliminovat možné negativní dopady rozhovoru na participanty.

V rámci výzkumu jsme striktně dbali na dodržení **anonymity** a zatajení identity participantů. Skutečná jména participantů nebo jejich blízkých jsou nahrazena jmény smyšlenými.

10 Výběr a charakteristika výzkumného vzorku

Zvolili jsme metodu **záměrného účelového výběru přes instituce**. Tedy postup, kdy na základě předem stanovených kritérií hledáme účastníky výzkumu, kteří daná kritéria (viz níže) splňují a jsou ochotni se výzkumu účastnit (Miovský, 2016).

Na počátku výzkumu jsme oslovili klinická pracoviště, která se zabývají léčbou PPP s prosbou o pomoc při hledání účastníků dle stanovených kritérií. Na daná pracoviště jsme zaslali žádost o pomoc s realizací výzkumu spolu s informativním letáčkem. Představili jsme jim cíl výzkumu a seznámili je se samotným průběhem. Následně se nám skrze kompetentní osoby na klinických pracovištích podařilo navázat kontakt s potenciálními účastníky. Tyto účastníky jsme po předchozím souhlasu kontaktovali s žádostí o osobní nebo online setkání.

Osloveno bylo deset vhodných osob, které by na výzkumu mohly participovat. **Nakonec bylo do výzkumu zahrnuto pět osob**. Výzkum nám na počátku značně komplikovala epidemiologická situace kvůli koronaviru COVID-19. V době realizace výzkumné části nebylo možné se osobně s některými účastníky setkat. Další problém byla ochota účastníků zapojit se do výzkumu. S některými z nich vypadala domluva na začátku velmi nadějně, ale nakonec se odmlčeli. Někteří potencionální účastníci se omluvili s tím, že o problematice hovořit nechtějí. **Tři rozhovory byly realizovány na základě osobního setkání a dva byly uskutečněny on-line**.

Skrze klinická pracoviště se nám podařilo získat tři účastníky do výzkumu. Zbylé dva účastníky jsme získali zprostředkovaně **metodou sněhové koule**. Jedná se o volbu dalších případů na základě doporučení již zkoumaných jedinců (Hendl, 2016).

Pro výběr účastníků do výzkumu jsme stanovili následující **kritéria**. Muselo se jednat o blízkého člověka osoby, která měla diagnostikována některou z PPP. Pro účely této práce jsme stanovili v podstatě stejnou kategorii osob, jakou vymezuje právní řád. Za osoby blízké v tomto kontextu považujeme osoby v poměru rodinném nebo obdobném.⁷ Záměrem bylo stanovit okruh osob, které nemusí být pouze přímými příbuznými, ale mají s osobou, jež trpěla PPP, těsné emoční pouto. Muselo se jednat o osoby, jež měly plné povědomí o diagnóze a hráli důležitou roli v průběhu onemocnění i léčby.

⁷ „Osoba blízká je v rámci právního řádu definována jako příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu trvale žijí” (Zákon č. 89/2012 Sb., § 22 odst. 1, občanský zákoník).

Další kritérium se týkalo společného soužití. Muselo se jednat o osoby, jež spolu sdílely společnou domácnost. Toto kritérium bylo stanoveno s ohledem na potřebu mapovat atmosféru v rodině nebo společné domácnosti před propuknutím nemoci. Dalším kritériem byl určitý časový odstup, kdy mohou blízcí zpětně reflektovat prožitou zkušenost. Muselo se jednat o blízké osoby členů rodiny, kteří dosáhli plného nebo částečného zotavení. Časový odstup od úzdravy byl stanoven na období minimálně jednoho roku, abychom mohli mapovat proměnu vztahu (vztahů) nebo atmosféru v rodině a mezi blízkými osobami.

Z důvodu snazší orientace hovoříme o osobě, jež trpěla onemocněním PPP jako o osobě, jež trpěla PPP nebo jako o nemocném členu rodiny.

Tabulka 3: Charakteristika výzkumného souboru

Participantky	P1	P2	P3	P4	P5
Věk	53	29	35	56	55
Vlastní zkušenost s PPP	ne	ano	ano	ne	ne
Vztah k osobě, jež trpěla PPP	matka	sestra	sestra	matka	matka
Pohlaví osoby, jež trpěla PPP	žena	žena	žena	žena	žena
Aktuální věk osoby, jež trpěla PPP	31	22	22	24	20
Diagnóza u osoby, jež trpěla PPP	AN	AN	AN	BN	AN
Forma odborné pomoci u osoby, jež trpěla PPP	pediatr hospitalizace psychiatr psycholog	psychiatr psycholog	pediatr, hospitalizace psycholog psychiatr	Psycholog psychiatr	pediatr, gynekolog psychiatr psycholog hospitalizace
Časový odstup od částečné nebo plné úzdravy u osoby, jež trpěla PPP	14 let	5 let	6 let	3 roky	1 rok

Vysvětlení zkratk: AN = anorexia nervosa, BN = bulimia nervosa, PPP = poruchy příjmu potravy.

Zdroj: vlastní zpracování

11 Výsledky

V následující kapitole se pokusíme podrobně vyložit hlavní výzkumná zjištění a pokusíme se předložit odpovědi na jednotlivé výzkumné otázky.

Fungování rodiny v době před propuknutím onemocnění u jejího člen (cíl č. 1)

První výzkumná oblast se týká fungování rodiny v době, než došlo k onemocnění jejího člena. Pozornost směřovala hlavně na kohezi, adaptabilitu, komunikaci, schopnost řešení problémů a vzájemnou podporu jednotlivých členů rodiny. Spokojenost členů rodiny s rodinným životem se projevuje hlavně v míře soudržnosti a adaptability, která by měla odpovídat potřebám členů rodiny.

První dominantní téma jsme pojmenovali emoční nejistota v chování rodičů. V rodinách participantů se vyskytovaly problémy. Ve čtyřech zmíněných případech se vyskytovaly neshody nebo konfliktní atmosféra mezi rodiči nemocného člena. Chování rodičů nebylo předvídatelné a emoční jistota byla v řadě rodin ohrožena. Konfliktní prostředí nebo konfliktní situace ohrožují emoční jistotu a integritu rodiny. Často se tato nejistota promítala i do vztahu s nemocným členem rodiny. Nemocné osoby pociťovaly napjatou atmosféru a emočně nestabilní prostředí.

„Tak jak jsem říkala, naši nebyli nejpohodovější rodiče. Ta atmosféra byla prostě u nás neustále napjatá. Spíš podle toho, jak se zrovna vyspali. Nevěděly jsme, co bude. Jeden den klid, druhý den bouřka. Takhle to bylo prakticky pořád.“ (P2)

„Ve zkratce to řeknu...naši byly prostě komplikované osobnosti...Bylo to doma jak na houpačce.“ (P3)

„Jako přiznám se, že jsme se s manželem hádali. Doma nebyl klid. Jako snažila jsem se, aby to ty děti neovlivnilo, ale tak samozřejmě, že to vnímaly. Navíc můj manžel je cholerik a on zkrátka neuměl ty věci řešit v klidu.“ (P1)

Pouze v jednom případě uvedla participantka, že vztahy byly vždy pohodové a láskyplné, a to jak s manželem, tak s dětmi. K nedorozuměním docházelo, ale ve velmi malé míře. Podle její výpovědi si byli s manželem vzácní vzhledem k tomu, že pracoval převážně v zahraničí.

„Vztahy mezi námi nebyly nikdy napjaté. Máme se prostě rádi a nikdy jsme se vyloženě nehádali. Byli jsme rádi, že máme na sebe alespoň trochu času a ten jsme nechtěli trávit nějakými rozepřemi nebo si vytvářet domněle problémy.“ (P5)

Druhé téma, jež jsme rozklíčili v datech, se týkalo vyhýbavých komunikačních vzorců a potlačování emocí. Identifikovali jsme u rodin neochotu k řešení problémů a tendence ignorovat negativní jevy. Snaha rodičů udržovat atmosféru rodiny v domnělé pozitivitě může vést k frustraci členů rodiny, kteří radostné pocity necítí. V těchto rodinách jsme se setkali s bagatelizováním problémů nebo vnitřního prožívání u jejich členů a s cenzurou negativních emocí. Obecně se jednalo o rodiny, kde vyjadřování nepříjemných emocí bylo spíše inhibováno. Často jsme naráželi na to, že se rodiče snažili udržet obraz rodiny v pozitivním světle.

„Nemohly jsme se ségrou nic říct, protože následovaly výčitky nebo zesměšňování, bagatelizování apod. A to se týkalo všeho, co mu připadalo banální a nedůležité. Často to bylo ve smyslu, že to, co říkáme, vlastně není žádný problém. Ono to zní bizarně, ale mě dlouhou dobu připadalo, že všechny rodiny, které jsou šťastné, tak to spíš jenom hrají. Já jsem vlastně celému tomu konceptu šťastné rodiny dlouho nevěřila.“ (P2)

„Já věřím, že ty děcka to mohlo nějak ovlivnit... ten vztah. Já jsem se snažila jako mít takovou tu rodinnou idylku...ale to nešlo. Můj manžel se nechce bavit o problematických věcech. On je hodně společenský a měl vždycky rád zábavu. Cokoli jsme chtěli doma řešit, tak odcházel.“ (P1)

Setkali jsme se s utajováním autentického prožívání na straně nemocných členů rodiny. A to i v případě, kde se projevovale ze strany blízkých snaha o pochopení situace. Identifikovali jsme úmysl nezatěžovat rodiče svými problémy. Popřípadě neschopnost o problému efektivně komunikovat. Byla patrná určitá rezignace na straně nemocných dívek a neochota řešit problém s blízkými. Je otázkou, do jaké míry byla přítomna důvěra dívek k rodičům. Z některých rozhovorů s participantkami vyplynulo, že se dívky začaly více stranit vzájemné komunikaci. Čím více se participantky snažily o otevřenou a důvěrnou komunikaci, tím spíše se dívky uzavíraly do sebe.

„Ona Sára vždycky ladí úsměv, že je to dobrý. Ona neventiluje, že je jí zle. Já poznám, když jí něco je. Ale ona řekla, že nás nechce zatěžovat... řekla, že mě nic říkat nebude, doslova řekla, že bych to já nezvládla.“ (P5)

„Bavit jsme se o tom nemohly. To nešlo. Domlouvání, přemlouvání z naší strany, ale to jsme vždycky narazili.“ (P1)

„Ségra nedávala najevo nic. Tvářila se neutrálně. Akorát potom v noci mi vždycky psala smsky, že to nezvládá, ale nechce to říct našim. Trvalo dlouhou dobu, než se mi svěřila. Vždycky to byly střípky. Chtělo to hodně trpělivosti...“ (P2)

Životní styl rodiny v době před propuknutím onemocnění u jejího člen (cíl č. 1)

V rodinách, kde se vyskytovala některá z forem PPP, jsme se setkali s životním stylem, který nebyl nápadně mimo normu. Dokonce v některých rodinách panoval poměrně striktní režim, pokud jde o stolování a zdravý životní styl obecně. Rodina měla zažitá rodinná rituála, které zahrnovaly společně stolování. V rodinách probíhaly nejčastěji společné obědy nebo večeře a o víkendech společné sportovní aktivity.

„Doma panoval normální režim, společné obědy o víkendu, sportování. Spíš bych řekla, že poměrně striktní režim...Ted' v dospělosti to úplně nepraktikuju. Mám ráda společné stolování, ale tak nějak v pohodě a v klidu. U nás to bylo vždycky křečovitě nebo co si pamatuju.“ (P2)

„My jsme měli teplé večeře, když byly děcka doma. Rozumně a zdravě jsme jedli a u nás ten režim byl. Já jsem byla doma hodně. Já mám ráda ten pevný režim. Děcka vyrůstaly v pevném režimu, prostě přišly ze školy byla svačina, šly do kroužku nebo si hrát a dělat úkoly a pak večeře. Tam opravdu nebylo si myslím nic zvláštního. Společně jsme večeřeli téměř každý den.“ (P1)

„Ne, každý den to nešlo z časových důvodů, děcka jsem vozila do školy a musela jsem spěchat do práce, ale o víkendech ano. To se vracel manžel a měli jsme společné obědy i večeře.“ (P5)

Pokud jde o životní styl rodiny, zjišťovali jsme rovněž, do jaké míry byla přítomná zdravá komunikace, týkající se stravování a tělesného vzhledu v době před propuknutím nemoci. A to směrem k nemocnému členu rodiny, ale i mezi jednotlivými členy rodiny navzájem. Z výpovědí blízkých bylo zřejmé, že vzhled v rodině byl tématem, kterému se věnovala pozornost. Ve většině zmíněných případů jsme na základě odpovědí zjistili, že ve většině rodin opakovaně docházelo ke kritickým komentářům ohledně tělesného vzhledu nebo váhy. V rodinách zaznívaly kritické komentáře zejména ze strany otců směrem k dcerám nebo k partnerce.

„... v tomto hrál roli i otec, protože on nemá rád obézní lidi. On tím, jak je nastavený, že prostě je strašně akční člověk a sportovec, tak on to fakt nechápe, že má někdo i lehkou nadváhu a úplně je proti tomu. A často měl nějaké poznámky, když jsme některá přibrála nebo zhubla.“ (P2)

„... no zaznělo tam, že dcera vypadá jako prasnička.“ (P4)

„My jsme spíš řešili vždycky opačný problém jako rodina-nadváhu. Já se snažím hubnout celý život a moc se mi to nedaří. No tak občas si mě manžel dobírá, jak vypadám,

ale asi ne ve zlém. Na dceru jsme řeči neměli, ale on si myslí, že je jenom líná a rozmazlená.“

(P5)

Reakce blízkých při podezření na diagnózu PPP u člena rodiny (cíl č. 2)

Ani v jednom ze zmiňovaných případů jsme se neseťkali s tím, že by propuknutí nemoci bylo pro rodiče a jiné blízké osoby šokující. Blízcí přinejmenším tušili, že něco není v pořádku. Ve většině případů začali situaci aktivněji řešit až v momentě, kdy byl nemocný člen rodiny ve stavu, kdy somatické následky patologického jídelního režimu již byly na první pohled zjevné. Situace se stala pro blízké osoby v této fázi již neúnosná.

Rozdělili jsme reakce rodičů a jejich celkové chování na dvě fáze. V první fázi se projevovала snaha blízkých osob kontrolovat stravovací chování. Blízcí vypověděli, že se domnívali, že když budou mít dopívající dívku pod kontrolou, tak se situace zvrátí. Docházelo k experimentům se stravováním. Během této doby si blízké osoby začaly všimnat změny stravovacích návyků. Zejména odmítání společného stolování, experimentování s jídlem (včetně vegetariánství nebo veganství) a vyhledávání samoty při konzumaci potravin. Byly zde zjevné restriktivní vzorce ve stravovacím chování nemocného člena.

„... přestala s námi společně jíst. My jsme se ji snažili donutit. Ale to řešila tak, že si to jídlo brala s sebou do pokoje. Když něco snědla, tak to vyzvracela. Ale ona už věděla, že jako na to přijdu, takže se třeba vyzvracela do odpadkového koše. Sáček zabalila a vyhodila. To chování ale bylo tak nápadné, že si toho všimli i ve škole.“ (P1)

„To vygradovalo před maturitou. Začala být vychrtlá, roztrpaná, měla úplně popelavou pleť. Vlasy jí vypadaly. To bylo šílené. Ona s námi odmítala jíst, jídlo si nosila do pokoje. Já jsem to věděla, že to není dobře, ale manžel říkal, že se to spraví.“ (P5)

„Nevím, jestli to vegetariánství s tím souviselo, ale ona opravdu začala čím dál více vybírat co jí. Zaštiťovala se tím, že se musí hlídat, aby byla zdravá. Strašně dlouho se to přehlíželo, i když občas otec vybouchnul, že prostě bude jíst normálně, a to končilo u ségry totálním emočním kolapsem. Ale to nic nevyřešilo, spíš naopak.“ (P2)

Ve dvou případech jsme se setkali s nekompetentním chováním praktických lékařů. Snaha rodičů situaci řešit a proaktivně vyhledat pomoc se neseťkala s úspěchem. V těchto případech nenásledovala pomoc zoufalému rodiči, ale kritika nebo bagatelizování situace. Rodiče nebo jiní blízcí v těchto momentech potřebovali spíše podporu, pomoc a informace, jak mají dále postupovat.

„Já jsem se Sárrou byla u obvodářky. Vylíčila jsem jí situaci a ta lékařka jí řekla, ať toho nechá a ať se prostě sebere...“ (P5)

„Podle toho, co vím, tak doktorka začala vykládat, jak je to nezdravé, že nejí a totálně ponižila mamku. Bylo to ve stylu, že se o ni v podstatě nestará. Prý ségru donutila, aby se zvážila, což jako bych pochopila, ale pak měla nějaké nevybíravé poznámky k tomu, jak vypadá.“ (P3)

Nosné téma, které zastřešuje reakce blízkých osob v druhé fázi s určitým časovým odstupem (řádově několik měsíců) nastalo okamžité vyhledání pomoci. V této fázi už blízké osoby aktivně v situaci zasáhly. Situace již v této fázi eskalovala do bodu, kdy věděli, že je jejich dítě v podstatě ohroženo na životě, a že potřebuje odbornou pomoc. Po měsících varovných příznaků se rozhodli razantně jednat. Setkali jsme se s určitým zoufalstvím blízkých osob, kdy už odmítaly akceptovat současný stav. V naléhavé situaci už nemohly dlouhodobě setrvávat.

„Tam nastalo to, že seděla a měla nachystané tři piškoty a nebyla schopná je sníst. Tam jsem si říkala, že už to nezvládnou. Já prostě jsem si uvědomila, že ani já nejsem tak silná, abych tohle snášela.“ (P5)

„A ta poslední kapka byla, když jsem jednou přišla do pokoje a ona tam ležela na posteli v bezvědomí skutečně. Tam jsem už říkala, že absolutně dost. Ona vlastně, si myslím, byla ráda, že jsme převzali tu odpovědnost za řešení. Sama to nezvládala.“ (P1)

„Ona jednoduše zkolabovala, naši volali záchranku...několik dní zřejmě moc nejedla no a do toho pila energetáky. Tam se to zlomilo, že i ten otec asi pochopil, že je zle.“ (P2)

Často jsme se setkali s tím, že blízcí dlouho nevěděli, kam se obrátit. Komplikovanost situace mohla být dána i tím, že u některých nemocných dívek nastal odpor k řešení situace v předchozí fázi, neschopnost komunikovat negativní emoce, strach a utajování autentického prožívání. Spolupráce s dívkami byla obtížná, zároveň jsme se setkali s tím, že podle výpovědí blízkých už v této fázi i dívky samotné rezignovaly a přijaly nutnost situaci řešit.

Strategie zvládání situace (cíl č. 2)

Cílem následujícího textu je představit zjištěné poznatky týkající se strategií, jež blízké osoby uplatily k tomu, aby dosáhly adaptace na situaci a zvládly těžkosti spojené s léčbou nemocného člena rodiny.

Blízké osoby vypověděly, že situaci se jim podařilo dostat pod kontrolu až s nástupem léčby nemocného člena. Blízké osoby se začaly aktivněji o onemocnění PPP zajímat. Hledaly informace, rozhodovaly se co dál a plánovaly další kroky. Uplatnily se zde strategie zaměřené na získávání další zdrojů a u blízkých osob nastal bezprostředně po vyhledání odborné pomoci čas úlevy a odstoupení od problému. Možnost řešit problém skrze kompetentní osoby způsobil klid. U blízkých nastalo uvědomění, že zvládnutí situace znamená řešit problém skrze odborníky. U matek nemocných dětí jsme se setkali s tím, že začaly opečovávat své emoce a věnovat se samy sobě po dlouhém období distresu.

„To byla už úleva, jako vážně. Přestala jsem se snažit to všechno řešit za ní. Nastal u mě klid v duši. Prostě klid, že se to konečně řeší.“ (P5)

„Protože mě pomohlo i to, že jsem se trochu od toho odstříhla. Pochopila jsem, že ji nemůžu pořád chránit.“ (P4)

„Moc se mi ulevilo. Já jsem byla ráda, že je hospitalizovaná. Mně bylo nejhůř na tom začátku, kdy jsme pořád nevěděli, co bude. Tam bylo komplikovanější to, že jsme ji odvezli do Kroměříže, ale tam jí vůbec nepomohli, spíš naopak, vrátila se v horším stavu, než byla. Ale jak nastoupila do Brna do FN, tak já jsem už po pár dnech věděla, že je konečně po všech těch peripetiích v dobrých rukou.“ (P1)

Participantky se po určitém čase se dostaly do péče psychologa anebo psychiatra. Většina z nich uvedla, že ocenili pomoc přátel, známých nebo kolegů, kteří jim zprostředkovali kontakty na odborníky. Navíc se přestali bát o problému hovořit. V rodinách, kde panovalo stigma, nastal obrat k vyhledání zdrojů sociální opory. V této fázi došlo pravděpodobně také k akceptaci a přiznání si, že nejen nemocní členové, ale i blízké osoby potřebují psychickou podporu a pomoc. Zastřešujícím tématem je akceptace vlastních potřeb. U blízkých osob se projevila větší péče o své vlastní duševní zdraví.

„Přiznám se, že chodím k psychologovi, ale už celkem dlouho. Řešila jsem tam i vztah se ségrou a našima. To mi strašně pomohlo ty věci zpracovat. Dneska už to není terapie, ale spíš chodím některé věci konzultovat. Více se to otevřelo. Už prostě nebyl prostor, abychom se pořád u nás v rodině tvářili, že se nic neděje.“ (P3)

„Začala jsem chodit ke známé, ona je psycholožka. A doporučila mi i psychiatra. Brala jsem antidepressiva, začala jsem hodně cvičit, udržovat se prostě a mít i svůj život mimo tyhle problémy.“ (P1)

U některých participantek jsme se setkali s potřebou být sama. Vyhledávaly čas o samotě i mimo domov. Byla u nich přítomna potřeba odstupu od problému.

„My jsme chodili na takové setkání rodiny, ale já jsem potřebovala tu věc zpracovat i sama, jako myslím prostě úplně sama. Potřebovala jsem se i já sama dát nějak do kupy. Jezdila jsem na různé workshopy, semináře a tak. Potřebovala jsem načerpat sílu.“ (P4)

Role blízké osoby v procesu léčby člena rodiny (cíl č. 3)

Situace byla ve většině případů kritická a po prvotní intervenci bylo třeba, aby se blízké osoby zapojily do péče o nemocného člena. Opadla falešná naděje, že se problém vyřeší sám. Nastal reálný pohled na celou situaci a blízké osoby se snažily být nemocným oporou. Matky nemocných dívek mobilizovaly svoje síly a snažily se být maximálně do léčby zapojeny. Blízké osoby zastávaly aktivní roli v rámci léčebného procesu a byly prakticky i emočně angažovány.

„Snažila jsem se být pro ni velká opora. No, a když jsem měla čas, tak jsem sedla do auta a dojela za ní. Jezdila jsem tam často, jak to šlo... My jsme ty léčebny vystřídaly dvě a až v tom Brně ji pomohli. Udělaly jí i diagnostické testy, věnovali se jí. Tam byl vidět obrovský pokrok, já jsem věděla, že to je na dobré cestě.“ (P1)

„Já jsem to s ní prožívala. I když jsme nebyly v denním kontaktu, ale snažila jsem se jí být oporou. Tu první návštěvu s psychologkou jsem domluvila a šla jsem tam s ní a pak jsme si vždycky volaly skoro každý den.“ (P2)

„Ona měla po 14 dnech domluvené vycházky, takže my jsme za ní jezdili. Takže my jsme jezdili na víkendy. Šli jsme do zoo, do města, přesпали jsme, a i druhý den jsme byli s ní. Spojili jsme to zkrátka vždycky s nějakým rodinným výletem. Jezdili jsme za ní i s manželem a synem.“ (P5)

Problémem u většiny rodin byla špatná dostupnost specializované léčby. U rodin, které žijí v menších městech nebo vesnicích, jsme se setkali s tím, že odborníci nebo specializovaná klinická pracoviště byla prakticky nedostupná nebo byla nutnost za pomoci dojíždět do větších měst, což představovalo pro život rodiny značné komplikace.

„No my jsme jezdili do Anabell, ale měli jsme to daleko a u nás je jen jeden psychiatr a ty čekací lhůty byly opravdu dlouhé. Mu naštěstí vypadl nějaký pacient, tak nás vzal přednostně.“ (P1)

„Doktorka nás doporučila na hospitalizaci do Brna. Museli jsme ale dlouho čekat, takže první byla hospitalizovaná u nás v okresní nemocnici a čekali jsme.“ (P5)

Zjišťovali jsme, zda byla některá z rodin participantů zapojena do terapie nebo zda se účastnila vícerodinných programů. Pouze dvě participantky uvedly, že se účastnili několik týdnů rodinné terapie. Ta jim byla doporučena s časovým odstupem po zahájení léčby.

„Jo, jo, to my jsme chodili na rodinnou terapii... ale to bylo až po nějaké době, co se vrátila z té léčebny. Já si myslím, že jako jo... pomohlo to. Možná jsme mohli chodit i déle.“ (P1)

Zbylé participantky uvedly, že řešily problém formou individuálních terapií nebo svépomocí. O vícerodinných programech neměly žádné informace. Při větším narušení rodinných vztahů se zdá lepší volbou individuální terapie. Vzhledem k tomu, že u těchto rodin nebyla komunikace zpočátku zcela otevřená a autentická, bylo problematičtější navázat spolupráci s celou rodinou. Ale zůstává otázkou, proč se rodiny o možnostech léčby nedozvěděly více informací.

Proměna mezi blízkými v rodinách, kde se PPP vyskytovaly (cíl č. 3)

Poslední oblast se zabývá proměnami vzájemných vztahů po dosažení údravy člena rodiny. Mapovali jsme, jakým způsobem nahlíží participantky na vývoj rodiny jako celku po překonání této zkušenosti. Zajímalo nás, jak se proměnilo rodinné fungování a vztahy mezi blízkými osobami a uzdraveným členem rodiny.

Téma, které se objevovalo prakticky ve všech rodinách participantek se týkalo testování důvěry. Bylo třeba opatrně balancovat mezi důvěrou a kontrolou. Vzhledem k utajování problému a maskováním symptomů, ke kterému zpočátku docházelo, bylo třeba pomalu obnovit důvěru ve vztazích. Narušení důvěry se vyskytovalo zejména u matek uzdravených dívek. Z výpovědí žen bylo zjevné, že toto téma není zcela uzavřené ani po letech od plného uzdravení.

„Ta důvěra se tam musela obnovit. Člověk ji musel věřit, ale ona to nesměla vědět, že tu důvěru testuju. Prostě chodila jsem na záchod po ní, a to proto, abych poznala, pokud by tam zvracela. Takže tak jako opatrně.“ (P1)

„No je to těžké, museli jsme postupovat po špičkách, protože ona se vždycky strašně naštvála, když jsme se začali bavit o jídle. Obvykle se i rozbřečela. Nebylo dobré to nějak rozmazávat. Já jsem měla o ni strach, ten mám jako v podstatě do teď.“ (P4)

V případě sester nebyla vzájemná důvěra poškozena. Vzhledem k tomu, že ve dvou případech figurovaly v rodině sourozenecké koalice, sestry sdílely své pocity. Nicméně, i pro ně byla situace náročná z hlediska emoční zátěže, kterou nesly. Často věděly více než rodiče a vzhledem k tomu, že nechtěly ohrozit vzájemnou důvěru, informace uchovávaly pro sebe.

„My jsme se ségrou si blízce, ono se to formovalo samozřejmě věkem, ale myslím si, že tu důvěru tam máme a ona se mi svěřuje víc než rodičům. To ale asi bývá normální. Až jsem si někdy říkala, jestli bych všechny ty věci měla řešit já, jestli by to neměli vědět rodiče a řešit to... Další věc, která to komplikovala, souvisí s tím, že když se mi svěřila, tak jsem jim to nemohla říct, tam by se ta důvěra narušila. Ale bylo to pro mě dilema, navíc já jsem mnohdy neměla už kapacitu nést tíhu těch jejich emocí.“ (P2)

Ve výpovědích figurovalo poukazování na vlastní vinu za stav nemocného člena. Setkali jsme se s ambivalentními pocity. Z výpovědí vyplynulo, že rodiče se potýkali s vlastním selháním a pocity viny. Zároveň se vyjevilo hlubší téma, týkající se emoční frustrace. Z výpovědí těchto osob bylo patrné, že se jim nedostalo dostatečného uznání a ocenění ze strany nemocných členů rodiny za to, že museli ustát náročné období a být nemocnému členu oporou.

I přes to, že považovali pomoc a aktivní roli v procesu léčby za samozřejmou, po dosažení úzdravy očekávali větší projevy ocenění. Toto téma se vyskytovalo i po letech od úplné úzdravy. Vynořil se určité pocity křivdy, nedocenění za péči a starostlivost.

„Když jí občas řeknu, že to bylo psychicky náročné a co jsme všechno museli ustát, tak ona to nebere. Ona řekne, že ji to posílilo... Jako já vím, že rodiče nemají čekat vděčnost, ale trochu mi chybí to pochopení. Aby třeba jenom řekla, měli jste to semnou těžké...aby prostě se chovala někdy trochu jinak. Ale samozřejmě, že tu vinu nesu určitě i já...“ (P1).

„Ona si to asi neuvědomuje. Ale mám někdy pocit, že já jsem ta špatná a za všechno co se stalo, můžu. Přitom já jsem byla ta, co musela taky všechny ty věci ustát a být silná a držet i tu rodinu.“ (P5)

Ve třech případech se podařilo identifikovat změny ve vztazích. Z výpovědi dvou participantek vyplynulo, že v rodinách nastalo určité kultivování vztahů. Zejména otcové začali své dcery více respektovat. Z výpovědí vyplynulo, že se zlepšila vzájemná komunikace.

„On můj manžel ji začal více respektovat tu Lucku. Ale on ji v podstatě začal brát více vážně až s věkem. Když byla malá, tak ji nebral. Ty děti neměly pocit důležitosti u toho otce. Ona Lucka mi říkala, že prostě s tím tatínkem to vnímá komplikovaně a nebyla tam ta otevřená náruč. Až vlastně dneska už když je dospělá, tak je ta komunikace mezi nimi lepší.“ (P1)

„Začali jsme více rozumět tomu, že ji musíme nechat chvíli tak. Prostě nezasahovat ji ve všem do života. Ta důvěra musela být i v tom, že když bude bydlet sama, tak ji musíme věřit, že to zvládne. Manžel to dlouho špatně nesl, že oni měl strach... Pak se ukázalo, že to byl správný krok.“ (P5)

Zajímaly nás i vztahy mezi partnery (rodiči nemocných dívek). Matky dívek vypověděly, že je tato zkušenost s druhým partnerem sblížila. Rodinám se podařilo překonat těžké období a více se semknout. Z výpovědí vyplynula i schopnost více otevřeně komunikovat.

„V podstatě, když se nad tím zamyslím, tak to nemělo jenom negativa. Jako naši se víc semkli, najednou museli řešit tu ségrinu nemoc. Takže ono to v něčem paradoxně pomohlo... Prostě všechno se přestavilo do jiných kulis.“ (P3)

V jednom případě se partneri rozvedli. Z výpovědi vyplynulo, že krize rodiny byla přítomna delší dobu. Tato participantka uvedla, že měla dlouho strach se k rozvodu odhodlat i skrze nemoc dcery. Měla obavy z toho, že by její rozhodnutí mohlo mít dopad na dceru, která by se s rozvodem obtížně vyrovnávala, a mohlo být dojit k relapsu onemocnění.

„Nás vztah s manželem to proměnilo. My jsme se rozvedli, ale tam bylo více věcí. Já jsem měla strach, že když odejdu, tak tam najede ten problém znovu. Protože když jsem to řekla, tak brečela a časem zase trochu pohlubla. Tak jsem vlastně nevěděla, jestli to rozhodnutí nebude mít na ni negativní dopad. Dlouho jsem to rozhodnutí odkládala.“ (P1)

12 Souhrn odpovědí na výzkumné otázky

V této podkapitole se pokusíme přehledně a stručně shrnout odpovědi na výzkumné otázky.

Výzkumná otázka č. 1: Jak hodnotí blízké osoby fungování rodiny v době před propuknutím onemocnění?

První dominantní téma, které jsme zaznamenali, se týkalo emoční nejistoty dětí ohledně partnerského vztahu rodičů. Setkali jsme se s nepředvídatelným chováním a konfliktní atmosférou mezi partnery-rodiči. Identifikovali jsme v rodinách slabé schopnosti řešit problémy a narušené vazby. Nejistota v chování rodičů se propisovala i do vztahu k dětem, kdy nemocné dívky a jejich sestry čelily nejasné vizi rodinného života a vnímaly ohrožení rodinné integrity.

Druhé téma, jež jsme rozklíčili v datech, se týkalo vyhýbavých komunikačních vzorců a potlačování nepříjemných emocí. V rodinách nemocných dívek jsme identifikovali neschopnost nebo nedostatek síly vyrovnat se s tématy, která mohou narušit nebo ohrozit fungování rodiny. Typická byla neschopnost čelit autentickým emočním prožitkům. V rodině se vyskytují. Dále také s popíráním, bagatelizováním nebo nepřijetím negativních emocí.

Další téma se týkalo utajování autentického prožívání na straně nemocných členů rodiny. Snaha maskovat skutečné pocity, uzavřenost a neochota nebo nemožnost otevřené exprese emocí byla přítomna téměř ve všech rodinách.

Výzkumná otázka č. 2: Jak hodnotí blízké osoby životní styl rodiny v době před propuknutím onemocnění u člena rodiny?

V rámci této výzkumné oblasti se objevuje téma rodinných rituálů. Z výpovědí vyplynulo, že rodiny měly nastaveny striktní režim, pokud jde o společné stolování a trávení volného času. Co se týká jídelního chování rodiny, tak většina rodin se společně scházela u víkendových obědů, některé rodiny i pravidelně u večeře. Obvykle se setkáváme s doporučením, aby rodiny věnovaly čas společnému stolování. Výsledky výzkumu ukazují, že PPP se vyskytují i v rodinách, kde je společné stolování běžnou součástí života rodin.

Další výzkumná zjištění se týkala kritických komentářů, týkající se vzhledu. Zjistili jsme, že v některých rodinách zaznívala kritika vzhledu nebo žertovné poznámky ze strany otců směrem k dcerám nebo partnerkám. Tyto komentáře byly běžnou součástí

konverzace. Upozorňování na tělesné nedostatky se zdálo být velmi citlivou tematikou. Ukazuje se, že tyto poznámky silně ulpívají v životech rodin. V jedné rodině se komentáře tohoto typu nevyskytovaly.

Výzkumná otázka č. 3: Jaké byly reakce blízkých při podezření na diagnózu PPP u člena rodiny?

Rozdělili jsme reakce blízkých osob a jejich celkové chování na dvě fáze. V první fázi byla charakteristická ostražitostí a kontrolou stravovacího chování u nemocných dívek. Docházelo ke změnám stravovacích návyků, kdy nemocné dívky odmítaly společné stolování s rodinou, stranily se komunikaci o jídle a začaly experimentovat s dietami nebo hladověním.

V druhé fázi již blízké osoby reagovaly vyhledáním okamžité pomoci pro nemocného člena rodiny a aktivně v situaci zasáhly. Po delším období monitorování a v některých případech i přehlížení symptomů nastalo akutní řešení situace a intenzivní hledání pomoci. Impulzem k tomuto jednání byl ve většině případů zdravotní stav dívek. Ve dvou případech byly nemocné dívky hospitalizovány. V ostatních případech se léčily s pomocí psychologa a psychiatra. Ve většině případů vedly první kroky k pediatrovi. Ve dvou případech se participantky svěřily, že pediatričky zareagovaly na problémy nemocných dívek bagatelizováním problému nebo dokonce jeho popřením.

Výzkumná otázka č. 4: Co blízkým osobám pomáhalo zvládnout celou situaci?

V momentě, kdy blízké osoby vyhledaly pro nemocné dívky odbornou pomoc, nastal pro ně čas úlevy a možnost odstoupení od problému. Léčba nemocných dívek skrze kompetentní osoby otevírala prostor pro ostatní členy rodiny, aby mohli začít řešit i své těžkosti a vypořádat se s událostmi posledních měsíců. I přesto, že situace nebyla pro všechny zúčastněné osoby jednoduchá, otevřel se prostor pro opečování emocí na straně blízkých.

Blízké osoby vyhledaly pomoc psychologa anebo psychiatra. Začaly akceptovat své potřeby a věnovat čas samy sobě. Pouze ve dvou případech docházela rodina na rodinné terapie. Ale i mimo tyto společné terapie vyhledávaly participantky formy individuální terapie nebo jiné formy pomoci pro sebe sama. Další důležitá strategie se týkala vyhledávání informací. Blízké osoby se začaly intenzivněji zabývat problematikou PPP.

Výzkumná otázka č. 5: Jakou roli zastávaly blízké osoby v průběhu léčby člena rodiny?

Blízké osoby zastávaly aktivní roli v rámci léčebného procesu. Blízcí se angažovali prakticky i emočně. Byli si vědomi, že jejich podpora je nezbytná a snažili se vědomě podílet na procesu léčby. Aktivně dojížděli do nemocnice a snažili se udržovat kontakt s nemocnou dívkou. Zejména se jednalo o participantky – matky nemocných dívek. V případě hospitalizovaných dívek bylo nutné přizpůsobit léčebnému režimu celý harmonogram rodiny. U rodičů nemocných dívek panoval strach a obavy z budoucího vývoje nemoci, ale i hluboké a silné přesvědčení, že se podaří dostat nemoc pod kontrolu.

Problémem u většiny rodin byla špatná dostupnost specializované léčby. Vzhledem k tomu, že se jednalo o rodiny z menších měst a vesnic, dostupnost specializované léčby byla komplikovanější. Problémem byla i špatná informovanost o formách pomoci. Bylo třeba prolomit stigma mlčení a otevřeně o problémech začít hovořit. V momentě, kdy se tak stalo, začali být rodiče aktivnějšími v procesu uzdravy. Nebáli se hovořit o problému i s ostatními rodiči a odborníky.

Výzkumná otázka č. 6: Jak hodnotí blízké osoby vzájemné vztahy po uzdravení jejího člena?

Poslední výzkumná otázka se zabývá proměnami vzájemných vztahů po uzdravení dívek. Zjišťovali jsme, zda prožitá zkušenost PPP v rodině způsobila proměnu vztahů mezi blízkými, zda došlo i ke změnám v rodinném systému. Nejprve nastalo období, kdy blízké osoby testovaly důvěru ve vzájemném vztahu. Narušení důvěry se vyskytovalo zejména u matek uzdravených dívek. Matky kontrolovaly chování dívek a byly celkově obezřetnější než dříve.

Z výpovědí vyplynulo, že se blízké osoby necítily dostatečně oceněny za vše, co během léčby musely překonat. Zejména u matek nemocných dívek bylo patrné narušení vztahu s dcerou a matky samy přiznaly, že jim chybí uznání a vděk za pomoc, kterou dcerám poskytovaly nejen v průběhu léčby, ale za celou dobu trvajících problému. Byla přítomna emoční frustrace. Za touto frustrací stála pravděpodobně i dlouhotrvající léčba a zajištění chodu rodiny ze strany matek. U sester nemocných dívek jsme identifikovali určité emoční vyčerpání, ale vztah mezi nimi nebyl výrazně narušen.

Ve třech případech se podařilo identifikovat výraznější změny ve vztazích. Téma, které vykristalizovalo, se týkalo kultivace vztahu mezi rodiči a dětmi. Z výpovědí vyplynulo, že hlavně otcové začali své dcery více respektovat a vnímat jejich problémy s větší vážností. Obecně se dá říci, že rodiny prošly významnou transformativní zkušeností. Na druhé straně, ne vždy byla tato zkušenost dobře integrována. Bylo potřeba překonat období stresu

a zvýšených pečovatelských nároků, vyrovnat se se stigmatem a najít cestu, jak krizi v rodině překonat.

13 Diskuze

V této kapitole se pokusíme interpretovat výsledky naší práce. Naše výzkumná zjištění porovnááme s výsledky studií, které se zabývají stejnou nebo obdobnou problematikou. V této kapitole se rovněž zabýváme limity našeho výzkumu a potenciálními přínosy a v neposlední řadě náměty na budoucí zkoumání.

Obecným cílem této práce bylo popsat a analyzovat prožitou zkušenost blízkých osob těch, jež trpěli některou z forem PPP. Prostřednictvím hloubkových rozhovorů jsme se snažili zachytit esenci prožité zkušenosti. Snažili jsme se mapovat život blízkých osob od počátku onemocnění člena rodiny až po jeho uzdravení. Zajímalo nás, co všechno se v tomto životním období na poli vzájemných vztahů odehrávalo a jak nemoc ovlivnila život blízkých a celé rodinné fungování.

První výzkumný cíl byl zaměřen na zkoumání rodinného fungování v době před vypuknutím onemocnění u člena rodiny. Zajímalo nás, jakým způsobem funguje v rodině komunikace, schopnost řešit problémy a jaká je vzájemná blízkost členů.

První výzkumné zjištění se týkalo emoční nejistoty v rodinných vztazích a konfliktní atmosféry. Davies a Cummings (1994) přikládají důležitost emoční jistotě dítěte, která může být některými formami rodičovského konfliktu ohrožena. V tomto směru můžeme naše výsledky porovnat se studii, jež zkoumají souvislost mezi manželským konfliktem a poruchami stravovacího chování u dospívajících dětí. Ukázalo se, že emoční nejistota dětí a dospívajících ohledně manželského vztahu má škodlivý vliv na jejich další emoční, behaviorální a sociální vývoj (Cummings et al., 2006). Předpokládá se, že emoční nejistota v manželském vztahu podkopává pocit jistoty dětí, pokud jde o stabilitu rodinného systému. To má krátkodobé i dlouhodobé důsledky pro jejich vývoj (Cummings et al., 2012). Ačkoli negativní, konfliktní rodinné prostředí je již dlouho považováno za problematické a přispívající k rozvoji poruch příjmu potravy, jen málo studií zkoumalo vliv manželských konfliktů rodičů na rozvoj nezdravých stravovacích návyků u dospívajících dětí. Může být přínosné, aby se věnovalo této oblasti problematiky více pozornosti.

Naše výzkumná zjištění korespondují také s výsledky studie George et al. (2014), kteří na základě prospektivní longitudinální studie dospěli k závěru, že rané zkušenosti z rodinných konfliktů zvyšují pravděpodobnost rozvoje neuspořádaného stravovacího chování v dospívání. Je třeba podotknout, že studie se věnuje i kontextu dalších individuálních a rodinných okolností. Tato zjištění jsou ovšem důležitá pro objasnění

mechanismu, kterým rodinné procesy ovlivňují vývoj dospívající a rovněž přispívají k lepšímu pochopení etiologie poruch příjmu potravy a souvisejících následků.

V jednom případě jsme se nesetkali s konflikty, pokud jde o partnerský vztah rodičů. Podle výpovědi participantky nebyly přítomny žádné závažnější konflikty v rodině. Panovala vzájemná blízkost členů a zdravé vztahy. Tato situace se začala postupně měnit až s prvotními symptomy onemocnění PPP u dívek.

Další výzkumná zjištění se týkala existence vyhýbavých komunikačních vzorců v rodině a potlačování emocí. Otevřená a autentická emoční exprese bývá považována za jeden z esenciálních aspektů zdravého rodinného fungování. Potlačování emocí a komunikační tabu v rodině jsou riziková (Sobotková, 2007; Tóthová, 2011). Rodiče ovlivňují emoční vývoj dětí a učí je, jak porozumět emočním prožitkům a jak je zvládat. Nedávná studie emoční regulace u rodičů naznačuje, že když rodič zadržuje nebo maskuje negativní pocity, má to negativní důsledky pro vztah rodič-dítě. Je důležité poznamenat, že nejen potlačování emocí, ale i přehánění pozitivních emocí může mít na vztahy stejné dopady (Le & Impett, 2016). Právě přehánění pozitivních emocí a neschopnost čelit těm nepříjemným, můžeme označit jako toxickou pozitivitu. Zdravá pozitivita znamená vytvořit prostor pro realitu i naději. Toxická pozitivita popírá emoce a nutí nás je potlačovat (Táborský, 2022).

Částečně jsme dospěli ke stejným výzkumným zjištěním jako Holtom-Viesel a Allan (2014), kteří v rámci své studie uvádí, že v rodinách s PPP se vyskytuje emocionální necitlivost a neschopnost řešit konflikty. Nicméně, naše studie více poukazuje na záměrné potlačování negativních emocí v rodině a neschopnost o nich otevřeně a autenticky komunikovat.

Do jaké míry souvisí potlačování emocí se stravovacím chováním, nám předkládá celá řada studií. Nejčastěji se setkáváme s emocionálním jedením, které u některých jedinců reguluje negativní emoční prožitky (Heatheron & Baumeister, 1991). Experimentální důkazy ukazují, že potlačování emocí vede k nezdravému stravovacímu chování a obvykle je spojeno s přejídáním a konzumací nezdravých potravin (Taut et al., 2012). Tento problém se ovšem netýká pouze psychogenního přejídání. Jak již bylo uvedeno výše, je třeba mít na paměti provázanost nadváhy s restrikcemi v jídelním chování a možným vznikem PPP.

Na to navazují další výzkumné závěry, jež se týkají utajování autentického prožívání nemocných dívek a neschopnost hovořit s blízkými o problémech a nepříjemných tématech. Potlačování emocí a neschopnost řešit konflikty v rodině může jít v souladu s následnou neochotou nemocných dívek ke sdílení svých autentických pocitů. Zároveň může

naznačovat obavy dívek z reakcí rodičů a narušení vzájemných vztahů. Setkali jsme se s tím, že dívky odmítaly komunikovat s rodiči o problémech nebo nepříjemných emocích. A to zejména v době, kdy se objevovaly symptomy onemocnění.

Co se týká životního stylu, v rodinách se udržovaly rodinné zvyky a rituály (společné stolování, trávení času, sportování, odpočinek). Snaha udržovat společné rituály je pro rodiny důležitá, nicméně v případě některých rodin byly tyto zvyky charakterizovány větší direktivou. Obecně se doporučuje, aby rodina věnovala čas společnému stolování, ale důležité je především to, jak společně strávený čas u stolu vypadá z hlediska vzájemných interakcí. Naše výzkumná zjištění jsou v souladu s tvrzením Verjans-Janssen et al. (2019), kteří upozorňují, že na zdravé stravovací chování u dětí má vliv hlavně způsob a kvalita komunikace nikoli pouhá přítomnost členů rodiny u jídla.

V rodinách zaznívaly poměrně často kritické komentáře, týkající se vzhledu, hmotnosti nebo tvaru těla dívek (tzv. „fat-talk“). Tyto komentáře zaznívaly hlavně ze strany otců směrem k dcerám a partnerkám. Tato zjištění korespondují se závěry Berge et al. (2014), kteří uvádí, že v rodinách, kde je vysoká kritika dětí ze strany rodičů, se vyskytuje určitá patologie ve stravování. Kritické komentáře nebo rádobý škádlení a upozorňování na tělesné proporce byly podle výpovědí participantek v rodině poměrně běžnou součástí konverzace.

Pokud jde o reakce blízkých osob při podezření na PPP, setkali jsme se nejprve s falešnými nadějemi. Zejména rodiče nemocných dívek zprvu věřili, že situaci zvládnou svépomocí a nebude nutné vyhledat odbornou pomoc. Docházelo k bagatelizování situace, přehlížení některých symptomů a následně oddalování řešení. Naše výzkumná zjištění jsou v souladu s výsledky mnoha studií. Rodiče často skrývají přítomnost PPP v rodině, aby se uchránili před obecně panující představou, že jsou za nemoc zodpovědní a chtějí ochránit rodinu před negativním obrazem ve společnosti (Crisafulli et al., 2010).

Po určité době, často s odstupem několika měsíců, kdy se situace konstantně zhoršovala, se blízké osoby rozhodly vyhledat pro dívky odbornou pomoc. V některých rodinách se somatický stav dívek velmi zhoršil. Důsledkem bylo okamžité vyhledání pomoci. Naše výsledky se částečně překrývají s výzkumnými zjištěními, která přednesli Griffiths et al. (2015). Ti upozorňují, že časová prodleva mezi propuknutím nemoci a první konzultací u lékaře trvala v průměru mezi osmi až devíti měsíci. Je třeba také upozornit na to, že v mnoha případech stojí ego-syntonní povaha nemoci za zpožděním léčby (Treasure et al., 2008).

Jak již bylo zmíněno výše, jedním z faktorů, který pravděpodobně přispěl k oddalování adekvátní pomoci a léčby, bylo stigma. Přikláníme se tedy k výzkumným závěrům Griffiths

et al. (2018), kteří uvádí, že zkušenost stigmatu byla spojena s delším trváním nemoci a s oddálením léčby. Přítomnost stigmatizace a negativních reakcí ze sociálního okolí může vést k tomu, že se u pečujících osob vyskytuje neochota vyhledat pomoc. Naše závěry rovněž korespondují s výsledky studie McCormack a McCann (2015). Autoři mapovali zkušenost rodičů s péčí o dospívajícího s diagnózou AN. V rámci tohoto kvalitativního výzkumu rodiče vyjádřili vinu za to, že příznaky poruchy nerozpoznali dříve a nevyhledali vhodnou pomoc a podporu. Rodiče to přičítali nedostatku uvědomění si závažnosti problému a také přehlížením prvotních symptomů.

Zde by se nabízela doporučení profesorky Bulik (2021), která uvádí, že rodiče by měli zbystrit již při drobných změnách, které se u dospívajících dětí mohou objevit v rámci jejich chování nebo stravovacích návyků. Mezi tyto projevy patří náhlý propad růstové křivky (nadměrné hubnutí), dále moment, kdy se dítě začne vyhýbat společnému stolování, komentáře dítěte typu „nenávidím své tělo“ nebo „cítím se tlustý“, diety a náhlé změny stravovacích návyků, a v neposlední řadě úzkosti nebo deprese. Profesorka dále uvádí, že je nutné brát situaci velmi vážně.

Důležitá výzkumná zjištění vyplynula v otázce zvládnání situace po stanovení diagnózy u dívek. Zaměřovali jsme pozornost zejména na strategie zvládnání emocí. Pro blízké osoby bylo důležité, aby věnovaly nějaký čas samy sobě. Po vyhledání odporné kompetentní pomoci nastalo dočasné období úlevy. Po dlouhém období stresu a nejistoty, kdy byla pozornost rodiny zaměřena na nemocnou dívku, se blízké osoby začaly více zaměřovat i na opečovávání vlastních potřeb. Většina z nich začala navštěvovat psychologa nebo psychiatra. Více z nich také začalo hovořit o svých problémech s okolím. Odreagování vlastních prožitků a obav v rámci sociálního kontaktu může vést ke snížení emočního napětí a tím k lepší aktivaci dalších adaptivních způsobů zvládnání zátěže (Purová, 2015).⁸

Tato zjištění byla poměrně překvapivá, jelikož naše prvotní úvahy směřovaly spíše k tomu, že se stanovením diagnózy a zahájením léčby u dívek bude narůstat u blízkých osob stres a míra pečovatelských nároků. Naopak jsme se setkali s tím, že právě bezprostředně po vyhledání odborné pomoci a nastartování léčebného procesu, nastal určitý obrat. Jedním z vysvětlení může být uvědomění blízkých, že existuje východisko z doposud beznadějně situace. Jednou z dalších strategií, jak se blízcí vyrovnávali se situací bezprostředně po stanovení diagnózy a zahájení léčby, bylo vyhledávání relevantních informací. Zajímali se

⁸ Je otázkou, zda se jedinci neocitají spíše v situaci, kterou bychom mohli klasifikovat jako krizi a nikoli zátěž, obvyklé copingové strategie v této situaci většinou nejsou funkční nebo jsou nadužívány a v takovém případě se jeví vyhledání odborné pomoci jako nejvhodnější řešení (Špatenková, 2017).

více o to, jakým způsobem mohou v situaci pomoci. Naše závěry v tomto plně korespondují i s jinými studii, které zkoumají možné copingové strategie. Např. Sampogna et al. (2017) uvádí, že vyhledávání informací a duchovní pomoci jsou nejčastějšími copingovými strategiemi u rodinných příslušníků osob, jež trpí PPP.

Další výzkumná oblast se týkala role blízkých v rámci léčebného procesu. Víme, že péče o osobu s poruchou příjmu potravy je spojena s vysokou mírou zátěže a psychického stresu. Z vyprávění matek vyplynulo, že to byly hlavně ony, které musely zajišťovat emoční a praktickou oporu nemocným dcerám. Do jisté míry naše zjištění korespondují s jinými studii, které zkoumají zátěž spojenou s péčí o blízkého s diagnózou PPP. Macdonald et al. (2011) zmiňují negativní dopad na well-being pečovatelů a emoční zátěž spojenou s péčí o dospívajícího s AN. V naší studii jsme se setkali s tím, že členové rodiny se na situaci spojenou s péčí nebo podporou nemocného člena adaptovali a považovali za zcela samozřejmé, že je potřeba mobilizovat síly a poskytnout pomoc.

V rámci tohoto výzkumného okruhu jsme narazili na otázku dostupnosti specializované léčby. Vzhledem k tomu, že ve výzkumném souboru se vyskytovaly participantky i z menších měst nebo vesnic, často jsme naráželi na problém nedostupnosti odborníků nebo klinických pracovišť v bližší vzdálenosti od jejich bydliště. První volbou byla většinou návštěva praktického lékaře. Ve dvou případech se blízcí setkali s nekompetentním a nevhodným chováním praktické lékařky. Zajímavostí může být v tomto ohledu srovnání s jinými zahraničními studii. McCormack & McCann (2015) upozorňují, že většina účastníků studie měla negativní zkušenosti s praktickými lékaři, ti neměli navíc povědomí o možnostech léčby, které jsou k dispozici pro dospívající s AN. Tento přístup často vedl u rodičů k pocitům frustrace a hněvu. Považujeme proto za důležité, aby byli zejména dorostoví praktičtí lékaři o PPP dostatečně edukováni, nabídli adekvátní pomoc a informovali o dostupných možnostech léčby.

Poslední výzkumný okruh se týkal proměn ve vzájemném vztahu mezi osobou, jež trpěla PPP a blízkým po dosažení údravy. Po dosažení údravy bylo stěžejním tématem ve vztahu mezi blízkými testování důvěry. Jak uvádí Gustafsson et al. (2021) jedná se o balancování mezi kontrolou a důvěrou. Tato pozice byla pro blízké osoby velmi náročná. Obnovení důvěry zpravidla trvalo několik měsíců a v některých případech i po několika letech od uzdravení panuje v rodinách strach z relapsu. V tomto směru nejsou naše výsledky překvapivé, ale mohou poskytnout blízkým uvědomění, že obnovení důvěry je dlouhodobý proces a potýká se s ním většina rodin, kde se PPP vyskytovaly.

Blízké osoby se v rámci rozhovorů svěřily, že vyrovnávání se s důsledky onemocnění v rodině často vedlo k tomu, že se cítily emocionálně vyčerpaný. U několika blízkých se objevoval pocit viny a částečná odpovědnost za rozvoj PPP u dívek. McCormack & McCann (2015) uvádí, že u rodičů dívek s AN se při fenomenologickém zkoumání jako zásadní ukázaly emoce spojené s pocitem viny za vznik PPP.

Na straně druhé byla u těchto blízkých přítomna emocionální frustrace. Po několika měsících od uzdravení nemocného člena se začal projevovat u matek nemocných dívek stav určitého nedocení. To může odrážet dlouhodobý stav potlačených emocí a neupřímné komunikace ve vztahu mezi matkou a dcerou. Tato zjištění bychom mohli dát do souvislosti se zjištěními McCormack & McCann (2015), kteří uvádí, že péče o dospívající s AN je spojená s vysokými nároky zejména pro matky těchto nemocných dívek. Jako odůvodnění uvádí souvislost s všeobecným vnímáním žen jako pečovatelek. Ty primárně oproti mužům, mohou pociťovat větší zátěž nebo frustraci při péči o blízkého.

U sester nemocných dívek byla patrná rovněž velká emoční zátěž. Snažily se být nemocné sestře oporou. U sester nemocných dívek docházelo k narušení jejich životní spokojenosti. Potýkaly se s pocity osamocení, zanedbávaly své koníčky, snažily se být oporou své sestře v průběhu léčby. Naše výsledky korespondují se studii, které uvádí pokles motivace a zanedbávání školních či studijních aktivit. Ale zcela nekorespondují se studii, které uvádí narušení vztahu mezi sourozenci v důsledku přítomnosti PPP (Aremit et al., 2010; Jungbauer et al., 2016). Tato zjištění lze pravděpodobně vysvětlit tím, že ve výzkumném souboru byly zastoupeny pouze sestry nemocných dívek. Mezi další faktory může patřit menší věkový rozdíl mezi sestrami a jejich blízká citová vazba.

Pokud jde o proměny rodinného fungování a vzájemných vztahů mezi blízkými, většina studií prokázala, že zlepšení rodinných vztahů (např. větší blízkost mezi členy rodiny, zlepšená komunikace) je spojeno s úspěšnou léčbou poruch příjmu potravy u dospívajících (Nilsson et al., 2012). Tyto výzkumné závěry se do jisté míry potkávají i se závěry naší studie. Došlo ke kultivaci vztahu rodič-dítě. Z výpovědí vyplývá, že otcové začali své dospívající dcery více respektovat. Nastalo i zlepšení vzájemné komunikace. Bezsporně hrají roli i vývojová hlediska. Vzájemná proměna vztahu otec-dcera by si v kontextu této problematiky zasloužovala větší pozornost a mohla by být předmětem navazujících studií.

V rámci posledního okruhu jsme mapovali také proměnu vztahu mezi partnery/rodiči. V jednom případě se respondentka vyjádřila tak, že k nějaké výraznější proměně v rámci partnerských vztahů v rodině nedošlo, obecně popisovala vztahy jako láskyplné a rodina spolu držela i přes vzniklé problémy. V jednom případě došlo k rozvodu partnerů v důsledku

dlouhotrvajících neshod. Vztahy mezi partnery se proměnily k lepšímu, zejména v rámci komunikace a vzájemného naslouchání.

Limity a přínosy výzkumu

Na úvod je třeba zmínit, že kvalitativní výzkumné metody přináší zjištění a výsledky, které jsou spíše přenositelné než zobecnitelné (Ungar, 2003).

Za hlavní limit této práce považujeme nízký počet participantů. Najít osoby, které by splnily přesně stanovená kritéria a byly ochotny o tématu otevřeně komunikovat, bylo poměrně problematické. I přes to, že někteří potenciální participanté přislíbili účast ve výzkumu, nakonec svůj souhlas odvolali, ať už z časových nebo osobních důvodů. Dalo by se říci, že limitem v době realizace výzkumu byla i epidemiologická situace kvůli koronaviru COVID-19, která znemožnila se s některými participanty setkat osobně. Klinická pracoviště fungovala pouze v omezeném režimu a zprostředkování kontaktu s potenciálními účastníky studie bylo ztížené. Tato situace zkomplikovala i časový harmonogram výzkumu.

Lze předpokládat, že i pocit viny na straně rodičů nemocných dívek mohl být stigmatizujícím prvkem, který mohl bránit účasti ve výzkumu.

Další limit bude představovat charakter našeho výzkumného souboru. Jednalo se pouze o osoby, jež byly ochotny otevřeně sdílet své prožitky a poskytnout nám vhled do života rodiny, která se potýká s poruchou příjmu potravy. Výzkumu se účastnilo pět žen, jednalo se o dvě matky, jednu nevlastní matku a dvě sestry dívek, jež trpěly některou z poruch příjmu potravy. Ve výzkumném souboru se nevyskytují otcové dívek, ačkoli by bylo vhodné, abychom analyzovali i jejich zkušenost. Obecně otcové nebyli v tomto směru ochotni své zkušenosti sdílet.

Uvědomujeme si i řadu jiných problematických oblastí. Limitem studie může být i problém zkreslení ve výpovědích. Reflektovali jsme u participantek zpětně zkušenost, která nemusela odrážet skutečný stav věci. Každá rodina má jinou historii, jiné paradigma a nachází se v různých fázích vývoje. Všechny tyto proměnné mohou mít vliv na hodnocení celé situace blízkou osobou a odlišné vnímání prožité zkušenosti. Zkušenosti participantek se také mohly lišit v závislosti na délce trvání nemoci a časovým odstupem od uzdravení.

V neposlední řadě by mohlo dojít k nepřesným sdělením ze strany autorky, pokud by se dopustila chybné interpretace dat. Je zřejmé, že hodnocení některých aspektů rodinného fungování bude jiné, pokud se informace dozvíme ze strany rodičů, sourozenců nebo nemocných dívek.

Mapovali jsme navíc fungování v rodinách, kde se vyskytují pouze dívky s poruchou příjmu potravy. Na poli budoucího výzkumu by bylo na místě mapovat i rodiny, kde se s poruchami potýkají chlapci. Ti stále zůstávají spíše v pozadí zájmu. Stejně tak by bylo přínosné mapovat rodiny, kde se vyskytuje nejen anorexie nebo bulimie, ale i psychogenní přejídání.

Přínosem výzkumných zjištění může být jiný pohled na problematiku poruch příjmu potravy. Perspektiva blízkých osob může obohatit dosavadní poznatky o poruchách. Většina kvalitativních studií je zaměřena na prožívání dospívajících, kteří trpí některou z poruch příjmu potravy, zatímco jejich blízcí nebo jiné pečující osoby jsou spíše v pozadí zájmu. Přitom jejich zkušenost může významnou měrou přispět k efektivnějším programům včasné prevence, vyhledání pomoci a následně i k úspěšnější léčbě. A v neposlední řadě může zprostředkovat cenné zkušenosti pro všechny, kteří se s tímto problémem v rodině potýkají.

Celá problematika poruch příjmu potravy je hojně společensky diskutována, ale z našich zjištění jednoznačně vyplynulo, že rodiče mají informační mezery ohledně závažnosti poruch a dostupnosti a možnostech léčby. Na specializovaných klinických pracovištích chybí větší psychoedukace rodinných příslušníků o jejich roli v rámci léčby. Rodinní příslušníci často nevědí, jak s nemocným dospívajícím komunikovat. Tato oblast by si zasluhovala o mnoho větší pozornost.

Závěr

Cílem této práce bylo získat vhled do problematiky poruch příjmu potravy z perspektivy blízkých osob. Výsledky výzkumu nám umožnily získat bližší představu o prožívání těchto blízkých a umožnily nám nahlédnout do života rodin, kde se porucha příjmu potravy vyskytovala. Obecně je jen velmi málo studií, které by zkoumaly zkušenosti rodičů a jejich dospívajících dětí, jež trpí poruchami příjmu potravy.

Většina našich výzkumných zjištění je v souladu s výsledky zahraničních studií, jež se zabývají stejnou nebo obdobnou tematikou. Základní oblasti výzkumných zjištění se týkají emoční nejistoty v rodinných vztazích a konfliktní atmosféry. Pouze jedna z respondentek popisovala atmosféru v rodině jako příjemnou a nekonfliktní. V této rodině ovšem podmínky společného soužití výrazně ovlivněny pracovními aktivitami otce mimo domov a mapování atmosféry v rodině bylo komplikovanější. Téma, které jsme identifikovali u všech rodin, se týkalo potlačování nepříjemných emocí a skrývání autentických prožitků. Ve všech rodinách se vyskytovaly určité problémy ve způsobu komunikace a vyjadřování nepříjemných emocí.

Naše výzkumná zjištění jsou v opozici k obecným přesvědčením, že v rodinách s poruchami příjmu potravy nejsou dodržovány rodinné zvyky zahrnující společné stravování a společné trávení času. Společné stolování a dodržování zvyků bylo přítomné ve všech rodinách.

Podceňování symptomů nemoci u dospívajícího naznačuje nutnost větší informovanosti blízkých o závažnosti a dopadech poruch příjmu potravy a dostupnosti léčby. Oddalování odborné pomoci nebo podceňování symptomů je jedním z nejčastějších problémů ve spojitosti s poruchami příjmu potravy. Obecná doporučení pro rodiče a jiné blízké osoby zahrnují pozorování změn u dětí nebo dospívajících, ať už se jedná o větší váhové výkyvy nebo změny v psychických projevech. Je také důležité překonat rigidní a stereotypní představu o tom, jak má vypadat prototyp ideálního tělesného vzhledu. Úloha rodičů je v tomto směru prakticky nezastupitelná.

V kontextu onemocnění PPP je důležité hovořit o snižování nároků na rodiny. Ukázalo se, že blízké osoby potřebovaly věnovat prostor a čas pro své vlastní potřeby. V případě našeho výzkumu vyvstala u blízkých osob potřeba ošetřit vlastní emoce a věnovat čas sám sobě. Po zahájení léčby nastal čas úlevy a po dlouhém období osobního distresu se blízcí rozhodli vyhledat odbornou pomoc. Tyto strategie se ukázaly jako funkční. Blízké osoby

hrají důležitou roli v rámci léčby. Navzdory negativním zkušenostem rodiče prokázali odolnost a odhodlání pomoci dospívající dívce, aby se zotavila.

Péče o nemocného s PPP může být pro pečující osoby zatěžující, jelikož je obecně vnímáno, že na rozdíl od jiných závažných onemocnění, v tomto případě rodiče nesou vinu za vznik onemocnění u dítěte (Kyriacou et al., 2008). Pro úspěšný proces léčby je tedy nezbytné, aby probíhala komunikace s odborníky na velmi dobré úrovni, nezhoršovala situaci, ale naopak přispívala k procesu uzdravení. Upozornili jsme na chybějící dostupnost odborníků a adekvátní léčebné intervence. Problematická situace je zejména v menších městech a vesnicích. Ordinance praktických lékařů, pediatrů a dalších oborů diagnostikují osoby, které jsou ohrožené poruchami příjmu potravy, nebo s počínajícím onemocněním, a měly by je předávat k následné psychiatrické či psychologické specializované péči. Včasná a adekvátní intervence zásadně ovlivňuje průběh onemocnění (Papežová, 2018).

Souhrn

Prezentovaná práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy z pohledu blízkých osob. Perspektiva blízkých může obohatit dosavadní poznatky o problematice a výzkumná zjištění mohou být přínosem pro práci s rodinami, kde se poruchy příjmu potravy vyskytují.

Poruchy příjmu potravy představují duševní poruchy, které značně narušují fyzické zdraví i psychosociální fungování. Klíčovou roli ve vzniku a udržování poruch příjmu potravy hrají narušené postoje k hmotnosti, tvaru těla a stravování. Celkový odhad celoživotní prevalence AN na základě populačních studií v západní Evropě a USA se pohybuje v rozmezí 0,5–2,2 % u žen. V ČR je podle dostupných statistik prevalence v rozmezí 0,5–1,0 % (Papežová et al., 2018). Některé studie uvádějí, že celoživotní prevalence v západních zemích dosahuje u žen 4 % a u mužů 0,3 %. Přestože je celkový výskyt mentální anorexie v posledních desetiletích stabilní, výskyt u mladších osob (ve věku < 15 let) se zvýšil. Není jasné, zda to odráží dřívější detekci nebo dřívější věk nástupu nemoci (van Eeden et al., 2021). Co se týká mentální bulimie, podle dostupných statistických dat v českém prostředí je odhad prevalence u žen 1–3 % (Papežová, 2010). Výsledky celoživotní prevalence BN u žen v USA a Kanadě se pohybuje mezi 1,1–2,8 %, Některé studie uvádí odhad prevalence 3 % u žen a více než 1 % mužů (van Eeden et al., 2021). U psychogenního přejídání (záchvatovitého přejídání) setkáváme se s tím, že epidemiologické údaje jsou stále velmi omezené. V populační studii Hudson et al. (2007) byl odhad prevalence 3,5 % u žen a 2 % u mužů. Česká republika je v prevalenci onemocnění srovnatelná s jinými státy západní Evropy.

Papežová et al. (2018) uvádí, že PPP jsou komplexním onemocněním ovlivněným mnoha biopsychosociálními mechanismy. Koncepce multifaktoriální prahové etiologie vychází z interakce individuálních vývojových, psychologických, sociálních a biologických faktorů, které jsou zformulovány pomocí různých modelů (Raboch & Pavlovský, 2020). Tyto modely popisují pouze některé aspekty vzniku a průběhu onemocnění. Holistický psychosomatický výklad spočívá ve vysvětlení interakce postupného nárůstu rizikových a spouštěcích faktorů.

Podle dostupných výzkumů vykazují rodiny s PPP řadu specifíků v porovnání s rodinami, kde se PPP nevyskytuje. Bylo např. zjištěno, že v rodinách s PPP se často vyskytuje hyperprotektivní výchova, emocionální necitlivost a neschopnost řešit konflikty v rámci rodiny (Cerniglia et al., 2017; Holtom-Viesel & Allan, 2014). Ciao et al. (2015)

uvádí taktéž neschopnost řešit konflikty, narušení soudržnosti a nedostatečné emocionální projevy v rodině. Erriu et al. (2020) popisují nedostatek empatického porozumění mezi členy rodiny. Krug et al. (2016) uvádí, že právě nedostatek emoční vřelosti ze strany rodičů je spojen s výskytem BN u dívek. U skupiny anorektických pacientů bylo zjištěno, že vnímali oba rodiče jako méně starostlivé a vřelé. Důležitý aspekt rodinného fungování představuje také stravovací chování. Role rodinného prostředí v patologii příjmu potravy je komplikovaná a nahlížíme na ni v širších souvislostech. Velkou pozornost věnujeme také životnímu stylu a stravovacímu chování v rodině. Rodina je primárním prostředím, ve kterém se rozvíjí a udržují vzorce zdravého nebo nezdravého životního stylu včetně stravovacích návyků. Obecně se má za to, že stravovací návyky rodičů významně modelují jídelní chování dítěte (Birch & Fisher, 2000; Blissett et al., 2006). Klima v rodině týkající se zdravé výživy (např. komunikace o zdravém stravování) je prediktorem stravovacího chování dětí. Z tohoto úhlu pohledu má rodina nepochybně vliv na utváření základní koncepce zdravého životního stylu a vytváření pozitivního tělesného sebeobrazu.

Panují rozepře ohledně společného rodinného stolování. Obecně se má za to, že pravidelné společné stolování rodiny je prevencí nezdravých stravovacích návyků u dětí. V případě společného stolování hraje největší roli způsob a kvalita komunikace, nikoli pouhá přítomnost členů rodiny u jídla (Verjans-Janssen et al., 2019). Řada autorů se zabývá tím, jak může souviset narušení tělesného obrazu rodičů se způsoby stravování u dětí. Matky mohou hrát obzvláště důležitou roli v rozvoji kontroly příjmu potravy u dcer, zejména v rozvoji pozdějšího dietního a jiného nevhodného jídelního chování (Birch & Fisher, 2000; Edmunds & Hill, 1999). Bylo např. zjištěno, že vlastní váhou zabývající se matky, více omezovaly dcery v příjmu potravy a také je ve větší míře povzbuzovaly k dietnímu chování a jídelním restrikcím (Francis & Birch, 2005). Rizikové mohou být také nevhodné a kritické komentáře rodičů (zvláště otců) směrem k dětem, jež se týkají tělesných proporcí nebo tělesné hmotnosti.

Role rodiny je podstatná i v případě následné léčby PPP. Pečujícím osobám by měly být poskytnuty komplexní informace a poradenství o PPP a o tom, co mohou udělat, aby pomohli svým blízkým během zotavení (Coomber & King, 2011). Vhodná strategie „šitá na míru“ danému jedinci, jeho rodině a celkovému klinickému obrazu je jistě efektivním přístupem v rámci léčby. Bylo zjištěno, že samotný proces léčby vede k většímu soucitu rodičů s nemocným dítětem. Ukázalo se, že je zejména důležité transformovat postoje rodičů z utrpení k moudrosti a pochopení. V této souvislosti je potřebné, aby rodiče průběžně

a postupně upravovali svá chápání a očekávání. Někteří autoři zdůrazňují, že protektivním faktorem vzniku PPP může být emoční blízkost rodičů a dítěte (Polivy & Herman, 2002).

Je třeba zmínit, že rodiny, kde se onemocnění poruch příjmu potravy vyskytuje, se potýkají s celou řadou problémů. Tyto rodiny mají tendenci se reorganizovat a nemoc postavit do centra pozornosti. Narušení životního cyklu rodiny a pocity bezmoci jsou jedním z častých jevů rodin s výskytem PPP. Panuje obecná shoda v tom, že rodiče, kteří se starají o dítě, jež trpí PPP, jsou vystaveni vysoké míře distresu a pečovatelských nároků (Whitney & Eisler, 2005). Rodiče se navíc velmi často potýkají s pocity viny a strachu. Široká veřejnost pocituje protichůdné emoce ve vztahu k osobám trpícím PPP, společnost obecně postrádá sympatie vůči těmto osobám a v osobních interakcích s lidmi trpícími zejména AN se cítí velmi nepříjemně (Geerling & Saunders, 2015). Poměrně překvapivá zjištění přináší studie, ve které i sami odborníci sdíleli negativní emoce ohledně PPP. Zdravotníci uváděli ztrátu motivace v péči o tyto pacienty a objevovaly se u nich pocity nepohodlí, frustrace, strachu, stresu, podráždění a nelibosti (Padín et al., 2021).

Tato teoretická východiska byla podkladem pro realizaci kvalitativního výzkumu formou polostrukturovaných rozhovorů. Stanovili jsme základní cíle výzkumu. Cíl č. 1: Popsat a analyzovat rodinné fungování a životní styl rodiny před propuknutím onemocnění. Zajímá nás perspektiva těchto blízkých osob a zachycení esence prožité zkušenosti. Cíl č. 2: Zjistit jakým způsobem řešili blízcí prvotní symptomy onemocnění, jakou roli hráli v průběhu léčby a co jim pomohlo celou situaci zvládnout. Cíl č. 3: Popsat roli blízkých v procesu léčby a zhodnotit vzájemnou proměnu vztahů mezi blízkými v rodinách, kde se PPP vyskytovaly. Výzkumný soubor se skládal z pěti participantek – jednalo se o matky a sestry dívek, jež trpěly některou z forem poruch příjmu potravy (AN a BN). Při hledání participantů jsme použili metodu záměrného účelového výběru přes instituce. Přes klinická pracoviště se nám podařilo získat tři účastníky do výzkumu. Zbylé dva účastníky jsme získali zprostředkovaně metodou sněhové koule. Následně jsme prováděli analýzu získaných dat. Vzhledem k citlivosti zkoumaného fenoménu jsme se snažili maximálně dbát na dodržení etických aspektů výzkumu. Z výzkumných zjištění vyplývá, že v rodinách s PPP se vyskytuje emoční nejistota dětí ohledně partnerského vztahu rodičů. Chování rodičů je nepředvídatelné a objevuje se slabá schopnost rodiny efektivně řešit problémy. Soudržnost členů rodiny bývá rovněž narušena. V rodinách nemocných dívek jsme identifikovali neschopnost nebo nedostatek síly vyrovnat se s tématy, která mohou narušit nebo ohrozit fungování rodiny. Typická byla neschopnost čelit autentickým emočním prožitkům, popírání, bagatelizování nebo nepřijetí negativních emocí. Neochota

nebo nemožnost otevřené exprese emocí byla přítomna téměř ve všech rodin. Další výzkumná zjištění se týkala kritických komentářů zaměřených na tělesný vzhled. Zjistili jsme, že v některých rodinách zaznívala kritika vzhledu nebo žertovné poznámky ze strany otců směrem k dcerám nebo partnerkám. Společné stolování bylo běžnou součástí života rodiny, právě časté vyhýbání se společnému stolování se stalo jedním z prediktorů nežádoucího stravovacího chování u nemocných dívek. Pro rodiny může být velmi obtížné přiznat si, že je přítomen určitý problém, který vyžaduje řešení. Z výzkumu vyplynulo, že v rodinách docházelo k oddalování řešení a často se dostalo dívkám pomoci až ve fázi, kdy následky patologického jídelního chování byly zjevné.

Blízké osoby zastávaly aktivní roli v rámci léčebného procesu. Bylo třeba prolomit stigma mlčení a otevřeně o problémech začít hovořit. V momentě, kdy se tak stalo, začali být rodiče aktivnějšími v procesu údravy. Nebáli se hovořit o problému s ostatními rodiči a odborníky. Blízcí neváhali vyhledat odbornou pomoc u psychiatra nebo psychologa. Setkali jsme se s proměnami vzájemných vztahů mezi blízkými po uzdravení dívek. U matek nemocných dívek jsme identifikovali narušení vztahu s dcerou. I přes to, že obecně hodnotili blízcí zkušenost s nemocí jako posilující, matky dívek přiznaly, že jim chybí uznání a vděk za pomoc, kterou dcerám poskytovaly nejen v průběhu léčby, ale za celou dobu trvajících problémů. Z výsledků vyplývá, že by bylo třeba věnovat větší čas a pozornost vztahům v rodině i po uzdravení nemocných členů. Ne vždy byla tato zkušenost integrována tak, aby dále nenarušovala vztah dívek a matek, popř. jiné vztahy v rodině. U sester nemocných dívek jsme identifikovali určité emoční vyčerpání, ale vztah mezi nimi nebyl výrazně narušen.

S poruchami příjmu potravy se pojí problémy, které by zasluhovaly větší společenskou pozornost a jež se týkají hlavně podceňování závažnosti onemocnění.

Komunikace v rodinách ohledně autentického prožívání emocí, tělesného vzhledu a životního stylu je rozpačitá. Rodiny se mohou v souvislosti s poruchami příjmu potravy setkávat s řadou dalších problémů, které souvisejí s nedostatkem informací, stigmatizací, nedostupností odborné pomoci nebo nedostatkem psychosociální podpory. Zavedení intervencí v těchto oblastech a následné zkoumání účinnosti by mohlo být předmětem navazujících výzkumů.

Seznam literatury

- Aragona et al. (2011). The "psychosomatic" family system: are families with Eating Disorders more enmeshed and rigid than normal controls? *Dialogues in Philosophy, Mental and Neuro Sciences* 4 (1), 10-15. Ziskáno 23. března 2022 z <https://philpapers.org/archive/ARATQF.pdf>
- Areemit, R. S., Katzman, D. K., Pinhas, L., & Kaufman, M. E. (2010). The experience of siblings of adolescents with eating disorders. *Journal of Adolescence and Health*, 46(6), 569–76. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.12.011
- Bauer, K. W., Bucchianeri, M. M., & Neumark-Sztainer, D. (2013). Mother-reported parental weight talk and adolescent girls' emotional health, weight control attempts, and disordered eating behaviors. *Journal of eating disorders*, 1, 45. doi:10.1186/2050-2974-1-45.
- Becker, A., Burwell, R., Gilman, S., Herzog, D. & Hamburg, P. (2002). Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *The British journal of psychiatry*, 180(6), 509-1410. doi:10.1192/bjp.180.6.509
- Bennett, D., Sharpe, M., Freeman, C., & Carson, A. (2004). Anorexia nervosa among female secondary school students in Ghana. *British Journal of Psychiatry*, 185(4), 312-317. doi:10.1192/bjp.185.4.312
- Bessenoff, G. (2006). Can the Media Affect Us? Social Comparison, Self-Discrepancy, and the Thin Ideal. *Psychology of Women Quarterly*, 30, 239-251. doi:10.1111/j.1471-6402.2006.00292.x
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2014). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of behavioral medicine*, 37 (2), 205–217. <https://doi.org/10.1007/s10865-012-9478-1>
- Birch, L. L. (2006). Child feeding practices and the etiology of obesity. *Obesity (Silver Spring)*, 14(3), 343-344. doi.org/10.1038/oby.2006.45

- Birch, L. L., & Fisher, J. O. (2000). Mothers' child-feeding practices influence daughters' eating and weight. *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(5), 1054-106. doi.org/10.1093/ajcn/71.5.1054
- Blissett, J., Meyer, C., & Haycraft, E. (2006). Maternal and paternal controlling feeding practices with male and female children. *Appetite*, 47 (2), 212-219. doi:org/10.1016/j.appet.2006.04.002
- Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P. M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*, 13(8), 2834. doi:10.3390/nu13082834
- Bruch, H. (1971). Family transactions in eating disorders, *Comprehensive Psychiatry*, 12(3), 238-248. doi:10.1016/0010-440X(71)90021-6
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, Heritability, and Prospective Risk Factors for Anorexia Nervosa. *Archives Of General Psychiatry*, 63(3), 305–312. doi:10.1001/archpsyc.63.3.305
- Bulik, C. M., Blake, L., & Austin, J. (2019). Genetics of Eating Disorders What the Clinician Needs to Know. *Psychiatr Clinic of North America*, 42 (1), 59–73. https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.007
- Canals, J., Sancho, C. & Arija, M. V. (2009). Influence of parent's eating attitudes on eating disorders in school adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 18, 353–359. https://doi.org/10.1007/s00787-009-0737-9
- Canetti, L., Kanyas, K., Lerer, B., Latzer, Y., & Bachar, E. (2008). Anorexia nervosa and parental bonding: the contribution of parent-grandparent relationships to eating disorder psychopathology. *Journal of clinical psychology*, 64(6), 703–716. https://doi.org/10.1002/jclp.20482
- Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology research and behavior management*, 10, 305–312. https://doi.org/10.2147/PRBM.S145463

- Ciao, A. C., Accurso, E. C., Fitzsimmons-Craft, E. E., Lock, J., & Le Grange, D. (2015). Family functioning in two treatments for adolescent anorexia nervosa. *The International journal of eating disorders*, 48(1), 81–90. <https://doi.org/10.1002/eat.22314>
- Claudino, A. M., Pike, K. M., Hay, P., Keeley, J. W., Evans, S. C., Rebello, T. J., Bryant-Waugh, R., Dai, Y., Zhao, M., Matsumoto, C., Herscovici, C. R., Mellor-Marsá, B., Stona, A. C., Kogan, C. S., Andrews, H. F., Monteleone, P., Pilon, D. J., Thiels, C., Sharan, P., Al-Adawi, S., ... Reed, G. M. (2019). The classification of feeding and eating disorders in the ICD-11: results of a field study comparing proposed ICD-11 guidelines with existing ICD-10 guidelines. *BMC medicine*, 17(1), 93. <https://doi.org/10.1186/s12916-019-1327-4>
- Coelho, J. S., Suen, J., Marshall, S., Burns, A., Lam P. Y., & Geller, J. (2021). Parental experiences with their child's eating disorder treatment journey. *Journal of Eating Disorder*, 9(92). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00449-x>
- Connan, F., Campbell, I. C., Katzman, M., Lightman, S. L., & Treasure, J. (2003). A neurodevelopmental model for anorexia nervosa. *Physiology & behavior*, 79(1), 13–24. [https://doi.org/10.1016/s0031-9384\(03\)00101-x](https://doi.org/10.1016/s0031-9384(03)00101-x)
- Coomer, K., & King, R. M. (2011). Coping strategies and social support as predictors and mediators of eating disorder carer burden and psychological distress. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (5), 789–796. doi:10.1007/s00127-011-0384-6
- Corrigan, P., & Bink, A. B. (2005). On the stigma of mental illness. *American Psychological Association*. Získáno 2. ledna 2022 z <https://scitechconnect.elsevier.com/wp-content/uploads/2015/09/The-Stigma-of-Mental-Illness.pdf>
- Crisafulli, M. A., Thompson-Brenner, H., Franko, L. D., Eddy, T. K., & Herzog, B. D. (2010). Stigmatization of anorexia nervosa: Characteristic sand response to intervention. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(7), 756–770. <http://dx.doi.org/10.1521/jscp.2010.29.7.756>
- Cummings, E. M., Schermerhorn, A. C., Davies, P. T., Goeke-Morey, M. C., & Cummings, J. S. (2006). Interparental discord and child adjustment: prospective investigations of emotional security as an explanatory mechanism. *Child development*, 77(1), 132–152. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2006.00861.x>

- Cummings, E. M., George, M. R., McCoy, K. P., & Davies, P. T. (2012). Interparental conflict in kindergarten and adolescent adjustment: prospective investigation of emotional security as an explanatory mechanism. *Child development*, 83(5), 1703–1715. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2012.01807.x>
- Davies, P. T., & Cummings, E. M. (1994). Marital conflict and child adjustment: an emotional security hypothesis. *Psychological bulletin*, 116(3), 387–411. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.116.3.387>
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., & Fox, J. (2004). Looking good—family focus on appearance and the risk for eating disorders. *International Journal of Eating disorders*, 35(2), 136-133. <https://doi.org/10.1002/eat.10250>
- De la Rie, S., Noordenbos, G., Donker, M., & van Furth, E. (2008). The quality of treatment of eating disorders: A comparison of the therapists' and the patients' perspective. *International Journal of Eating Disorder*, 41(4), 307–17. doi: 10.1002/eat.20494
- Depestele, L., Claes, L., Dierckx, E., Colman, R., Schoevaerts, K., & Gilbert M.D. Lemmens, G. M. D. (2017). An Adjunctive Multi-family Group Intervention with or without Patient Participation during an Inpatient Treatment for Adolescents with an Eating Disorder: A Pilot Study: Multi-family Group for Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 25(6), doi:10.1002/erv.2556
- Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Bellai, K., Olmsted, M. (2013). Inpatients with severe anorexia nervosa and their siblings: non-shared experiences and family functioning. *European Eating Disorder Review*, 21(4), 284–93. doi: 10.1002/erv.2230
- Eddy, K., Hennessey, M., & Thompson-Brenner, H. (2007). Eating Pathology in East African Women. *The Journal of nervous and mental disease*, 195(3), 196-202. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000243922.49394.7d>
- Edmunds, H., & Hill, A. J. (1999). Dieting and the family context of eating in young adolescent children. *The International journal of eating disorders*, 25(4), 435–440. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199905\)25:4<435::AID-EAT8>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199905)25:4<435::AID-EAT8>3.0.CO;2-3)
- Engman-Bredvik, S., Carballeira Suarez N., Levi, R., & Nilsson, K. (2016) Multi-family therapy in anorexia nervosa - A qualitative study of parental experiences. *Eating Disorders*, 24(2), 186-197. doi:10.1080/10640266.2015.1034053

- Erriu, M., Cimino, S., & Cerniglia, L. (2020). The Role of Family Relationships in Eating Disorders in Adolescents: A Narrative Review. *Behavioral Sciences*, 10(4), doi:10.3390/bs10040071
- Farrel, N. R., Lee, A. A., & Deacon, B. J. (2015). Biological or psychological? Effects of eating disorder psychoeducation on self-blame and recovery expectations among symptomatic individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.08.011>
- Favaro, A., Ferrara, S., & Santonastaso, P. (2003). The spectrum of eating disorders in young women: a prevalence study in a general population sample. *Psychosomatic medicine*, 65(4), 701–708. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000073871.67679.d8>
- Field, A. E., Camargo, C. A., Taylor, B. C., Berkey, C. S., Roberts, S. B., & Colditz, G. A. (2001). Peer, Parent, and Media Influences on the Development of Weight Concerns and Frequent Dieting Among Preadolescent and Adolescent Girls and Boys. *Pediatrics*, 107(1), 54-60. <https://doi.org/10.1542/peds.107.1.54>
- Francis, L. A., & Birch, L. L. (2005). Maternal influences on daughters' restrained eating behavior. *Health Psychology*, 24(6), 548–554. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.24.6.548>
- Fredrickson, B. L., & Robertson, T. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Womens Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173-206. doi:10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x
- Frederik, D. A., Daniels, E. A., Bates, M. E., & Tylka, T. L. (2017). Exposure to thin-ideal media affect most, but not all, women: Results from the Perceived Effects of Media Exposure Scale and open-ended responses. *Body image*, 23, 188-205. doi: doi:10.1016/j.bodyim.2017.10.006
- Gahagan S. (2012). Development of eating behavior: biology and context. *Journal of developmental and behavioral pediatrics*, 33(3), 261–271. doi.org/10.1097/DBP.0b013e31824a7baa
- Ganson, K.T., & Nagata, J.M. (2021). Associations between vaping and eating disorder diagnosis and risk among college students. *Eating behaviors*, 43, 101566. doi:10.1016/j.eatbeh.2021.101566

- Geerling, D. M., & Saunders, S. M. (2015). College students' perceptions of individuals with anorexia nervosa: irritation and admiration. *Journal of mental health (Abingdon, England)*, 24 (2), 83–87. doi:10.3109/09638237.2014.998807
- George, M. W., Fairchild, A. J., Mark Cummings, E., & Davies, P. T. (2014). Marital conflict in early childhood and adolescent disordered eating: emotional insecurity about the marital relationship as an explanatory mechanism. *Eating behaviors*, 15(4), 532–539. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2014.06.006>
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 15(1), 38–45. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(00\)00212-1](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(00)00212-1)
- Golan, M., & Crow, S. (2004). Parents are key players in the prevention and treatment of weight-related problems. *Nutrition reviews*, 62 (1), 39–50. <https://doi.org/10.1111/j.1753-4887.2004.tb00005.x>
- Gorwood, P., Blanchet-Collet, C., Chartrel, N., Duclos, J., Dechelotte, P., Hanachi, M., Fetissoff, S., Godart, N., Melchior, J. C., Ramoz, N., Rovere-Jovene, C., Tolle, V., Viltart, O., & Epelbaum, J. (2016). New Insights in Anorexia Nervosa. *Frontiers in neuroscience*, 10, 256. <https://doi.org/10.3389/fnins.2016.00256>
- Griffiths, S., Mitchison, D., Murray, S. B., Mond, J. M., & Bastian, B. B. (2018). How might eating disorders stigmatization worsen eating disorders symptom severity? Evaluation of a stigma internalization model. *International Journal of Eating Disorders*. 51, 1–5. doi.org/10.1002/eat.22932
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., Thornton, C., & Touyz, S. (2015). Stigma resistance in eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50, 279–287. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0923-z>
- Grogan, S. (2006). Body Image and Health: Contemporary Perspectives. *Journal of Health Psychology*, 11 (4), 523–530. <https://doi.org/10.1177/1359105306065013>
- Gustafsson, S. A., Stenström, K., Olofsson, H., Pettersson, A., & Wilbe Ramsay, K. (2021). Experiences of eating disorders from the perspectives of patients, family members and health care professionals: a meta-review of qualitative evidence syntheses. *Journal of eating disorders*, 9(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00507-4>

- Hadaš, L. (2007). Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie. Disertační práce. Masarykova univerzita. Dostupné z: <https://is.muni.cz/th/fiqlc/>
- Hájková, S. (2019). Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy. Bakalářská práce. Univerzita Palackého v Olomouci. Dostupné z: <https://theses.cz/id/qmp0ir/>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (3. vyd). Praha: Portál.
- Herpertz-Dahlmann, B., Seitz, J., & Konrad K. (2011). Aetiology of anorexia nervosa: from a „psychosomatic family model“ to a neuropsychiatric disorder? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 261(2), 177–181. doi:10.1007/s00406-011-0246-y
- Horesh, N., Sommerfeld, E., Wolf, M., Zubery, E., & Zalsman, G. (2015). Father-daughter relationship and the severity of eating disorders. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 30(1), 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.04.004>
- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 17,100-110, doi:10.1016/j.bodyim.2016.02.008
- Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical psychology review*, 34(1), 29–43. doi:10.1016/j.cpr.2013.10.005
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr, & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>
- Hughes, K., E., Burton, C., Le Grange, D., & Sawyer, M., S. (2018) The Participation of Mothers, Fathers, and Siblings in Family-Based Treatment for Adolescent Anorexia Nervosa, *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 47(1), 456-466. doi: 10.1080/15374416.2017.1390756

- Chau, Q. (2016). The effects of social comparison through social media for young women and adolescent females with eating disordered symptomatology. In Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering. Získáno 3. září 2021 z <https://www.proquest.com/docview/1658201709/fulltextPDF/3D70997D22884659PQ/2?accountid=16730>
- Chrastina, J. et al. (2015). Design mnohopřípadové studie ve (speciálně) pedagogickém výzkumu. *e-Pedagogium*, 15(1), 7-20. doi: 10.5507/epd.2015.002
- Chvála, V., & Trapková L. (2007). Otec a dcera s poruchou příjmu potravy. Získáno 23. září 2021 z <https://www.lirtaps.cz/otec-a-dcera-s-ppp/>
- Jewell, T., Blessitt, E., Stewart, C., Simic, M., & Eisler, I. (2016). Family Therapy for Child and Adolescent Eating Disorders: A Critical Review. *Family process*, 55(3), 577–594. <https://doi.org/10.1111/famp.12242>
- Jungbauer, J., Heibach, J., & Urban, K. (2016). Experiences, burdens, and support needs in siblings of girls and women with anorexia nervosa: Results from a qualitative interview study. *Clinical Social Work Journal*, 44(1), 78–86. doi: 10.1007/s10615-015-0569-7
- Kaewpradub, N., Kiatrungrit, K., Hongsanguansri, S., & Pavasuthipaisit, C. (2017). Association among Internet usage, body image and eating behaviors of secondary school students. *Shanghai Archives of Psychiatry*, 29(4), 208–217. <http://dx.doi.org/10.11919/j.issn.1002-0829.216092>
- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *The American journal of psychiatry*, 161(12), 2215–2221. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2215>
- Kaye, W. H., Fudge, J. L., & Paulus, M. (2009). New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. Nature reviews. *Neuroscience*, 10(8), 573–584. <https://doi.org/10.1038/nrn2682>
- Keel, P. K., Heatherton, T. F., Harnden, J. L., & Hornig, Ch. D. (1997) Mothers, Fathers, and Daughters: Dieting and disordered eating, *Eating Disorders*, 5(3), 216-228. doi: 10.1080/10640269708249227

- Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 340-5. doi:10.1097/YCO.0000000000000278
- Keski-Rahkonen, A., Hoek, H. W., Susser, E. S., Linna, M. S., Sihvola, E., Raevuori, A., Bulik, C. M., Kaprio, J., & Rissanen, A. (2007). Epidemiology and course of anorexia nervosa in the community. *The American journal of psychiatry*, 164(8), 1259–1265. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06081388>
- Kichler, J. C., & Crowther, J. H. (2001). The effects of maternal modeling and negative familial communication on women's eating attitudes and body image. *Behavior Therapy*, 32(3), 443-457. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(01\)80030-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(01)80030-7)
- Kluck, A.S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behavior*, 9(4), 471-483. doi:10.1016/j.eatbeh.2008.07.006
- Kolková, V. (2020) Vliv rodiny na vznik a vývoj poruch příjmu potravy u adolescentních dívek. Diplomová práce. Masarykova univerzita. Získáno 4. března 2021 z <https://is.muni.cz/th/u5y3c/>
- Korotana, L. M., von Ranson, K. M., Wilson, S., & Iacono, W. G. (2018). Reciprocal Associations Between Eating Pathology and Parent-Daughter Relationships Across Adolescence: A Monozygotic Twin Differences Study. *Frontiers in psychology*, 9, 914. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00914>
- Krásničanová, H., & Lesný, P. (2005). *Kompendium pediatrické auxologie 2005*. Praha: Mladá fronta.
- Krch, F. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4 (10), 420–422. Získáno 12. února 2021 z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
- Kroplewski, Z., Szcześniak, M., Furmańska, J. & Gójska, A. (2019). Assessment of Family Functioning and Eating Disorders – The Mediating Role of Self-Esteem. *Frontiers in Psychology*, 10, 1-13, doi:10.3389/fpsyg.2019.00921
- Krug, I., King, R. M., Youssef, G. J., Sorabji, A., Wertheim, E. H., Le Grange, D., Hughes, E. K., Letcher, P., & Olsson, C. A. (2016). The effect of low parental warmth and low monitoring on disordered eating in mid-adolescence: Findings from the

- Australian Temperament Project. *Appetite*, 105, 232–241. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2016.05.015>
- Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233–242. doi:10.1002/eat.20488
- Le, B. M., & Impett, E. A. (2016). The costs of suppressing negative emotions and amplifying positive emotions during parental caregiving. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 42(3), 323–336. <https://doi.org/10.1177/0146167216629122>
- Lebowitz, M. S., & Appelbaum, P. S. (2019). Biomedical Explanations of Psychopathology and Their Implications for Attitudes and Beliefs About Mental Disorders. *Annual review of clinical psychology*, 15, 555–577. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095416>
- Lee-Won, R. J., Joo, Y. K., Baek, Y. M., Hu, D., & Park, S. G. (2020). “Obsessed with retouching your selfies? Check your mindset!”: Female Instagram users with a fixed mindset are at greater risk of disordered eating. *Personality and Individual Differences*, 167. doi: 10.1016/j.paid.2020.110223
- Le Grange, D., Eider, I., Dare, C., & Hodes M. (1992). Family criticism and self-starvation: study of expressed emotion. *Journal of Family Therapy*, 14, 177–192. doi:10.1046/j..1992.00451.x
- Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D., (2010). Academy for eating disorders position paper: the role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorder*, 43(1), 1–5. doi:10.1002/eat.20751
- Lee, A. Y., Reynolds, K. D., Stacy, A., Niu, Z., & Xie, B. (2019). Family functioning, moods, and binge eating among urban adolescents. *Journal of behavioral medicine*, 42(3), 511–521. <https://doi.org/10.1007/s10865-018-9994-8>
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20, 216–231. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.668480>

- Litchford, A., Savoie Roskos, M. R., & Wengreen, H. (2020). Influence of fathers on the feeding practices and behaviors of children: A systematic review. *Appetite*, 147, 104558. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2019.104558>
- Lowes, J., & Tiggemann, M. (2003). Body dissatisfaction, dieting awareness and the impact of parental influence in young children. *British journal of health psychology*, 8(2), 135–147. doi:10.1348/135910703321649123
- Macdonald, P., Murray, J., Goddard, E., & Treasure, J. (2011). Carer's experience and perceived effects of a skills based training programme for families of people with eating disorders: a qualitative study. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 19(6), 475–486. <https://doi.org/10.1002/erv.1065>
- Maier A., Ernst J. P., Müller S., Gross D., Zepf, F. D., Herpertz-Dahlmann, B., & Hagenah, U. (2014). Self-Perceived Stigmatization in Female Patients with Anorexia Nervosa - Results from an Explorative Retrospective Pilot Study of Adolescents. *Psychopathology*, 47, 127-132. doi:10.1159/000350505
- Marks, R., J., De Foe, A., Collett, J. (2020). The pursuit of wellness: Social media, body image and eating disorders. *Children and Youth Services Review*, 119, doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105659
- McClellan, C. B., & Cohen, L. L. (2007). Family functioning in children with chronic illness compared with healthy controls: a critical review. *Journal of Pediatric*, 150(3), 221–223. doi: 10.1016/j.jpeds.2006.11.063
- McCormack, C., & McCann, E. (2015). Caring for an Adolescent with Anorexia Nervosa: Parent's Views and Experiences. *Archives of Psychiatric Nursing*, 29(3), 143–147. doi:10.1016/j.apnu.2015.01.003
- Micali, N., & Hebebrand, J. (2015). Anorexia nervosa through the looking glass of the draft ICD-11 diagnostic criteria: a disorder in transition. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24, 1149–1152. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0771-8>
- Michopoulos, V., Powers, A., Moore, C., Villarreal, S., Ressler, K. J., & Bradley, B. (2015). The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. *Appetite*, 91, 129–136. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2015.03.036>

- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context. *Harvard University Press*. doi:10.4159/harvard.9780674418233
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
- Morean, E., & Wedel, A. V. (2017). Vaping to lose weight: Predictors of adult e-cigarette. Use for weight loss or control. *Addictive Behaviors*, 66, 55-59, doi:10.1016/j.addbeh.2016.10.022
- Morean, M. E., Bold, K. W., Kong, G., Camenga, D. R., Simon, P., Jackson, A., Cavallo, D. A., & Krishnan-Sarin, S. (2020). High school students' use of flavored e-cigarette e-liquids for appetite control and weight loss. *Addictive behaviors*, 102, 106139. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106139>
- Moulton, S.J., Newman, E., Power, K.G., Swanson, V., & Day, K. (2015) Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse and Neglect*, 39, 167-174. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.07.003
- Němečková, P. (2011). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 8 (11), 459–462. Získáno 17. srpna 2021 z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>
- Nishizono-Maher, A., Escobar-Koch, T., Ringwood, S., Banker, J., van Furth, E., & Schmidt, U. (2011) What are the top five essential features of a high quality eating disorder service? A comparison of the views of US and UK eating disorder sufferers, carers and health professionals. *European Eating Disorder Review*, 19(5), 411–6. doi: 10.1002/erv.1062
- Nilsson, K., Engström, I., & Hägglöf, B. (2012). Family Climate and Recovery in Adolescent Onset Eating Disorders: A Prospective Study. *European Eating Disorders Review*, 20(1), 96–102. <https://doi.org/10.1002/erv.1127>
- Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C., & Vázquez-Pérez, R. (2021). Social media and eating disorder psychopathology: A systematic review. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 15(3), <https://doi.org/10.5817/CP2021-3-6>

- Papathomas, A., Smith, B., & Lavalley, D. (2015). Family experiences of living with an eating disorder: A narrative analysis. *Journal of Health Psychology*, 20(3), 313-325. doi:10.1177/1359105314566608
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
- Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakulní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga.
- Papežová, H. (2017). Poruchy příjmu potravy jsou začarovaný kruh. Získáno 13. října 2021 z <https://atypmagazin.cz/profesorka-papezova-poruchy-prijmu-potravy-jsou-zacarovany-kruh/>
- Papežová, H. (Ed.), Brunerová, L., Čerešňáková, S., Faltus, F., Gricová, J., Haluzík, M., Charvát, J., Jaššová, K., Kalousová, M., Klempíř, J., Kocourková, J., Kohout, P., Kotrlíková, E., Krch, F. D., Machová, J., Mourek, J., Novotný A., Pálová S., Pařízek, ... Žuchová, S. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta.
- Paxton, S. J., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., & Eisenberg, M. E. (2006) Body Dissatisfaction Prospectively Predicts Depressive Mood and Low Self Esteem in Adolescent Girls and Boys, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 35(4), 539-549, doi: 10.1207/s15374424jccp3504_5
- Peckmezian, T., Cook, F., & Watson, H. (2017). Eating Disorders Prevention, Treatment and Management. Získáno dne 6. října 2021 z <https://www.nedc.com.au/assets/NEDC-Publications/Evidence-Reviewelectronic-complete-FINAL-compressed.pdf>
- Preti, A., Girolamo, G. d., Vilagut, G., Alonso, J., Graaf, R. d., Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Pinto-Meza, A., Haro, J. M., Morosini, P., & ESEMeD-WMH Investigators (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of psychiatric research*, 43(14), 1125–1132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2009.04.003>
- Polivy, J., & Herman C.P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187-213. doi:10.1146/annurev.psych.53.100901.135103

- Purová, K. (2015). Aspekty zvládání onkologického onemocnění v rámci partnerského vztahu. Diplomová práce, Univerzita Palackého v Olomouci. <https://theses.cz/id/3u5qoa/14316877>
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch. Hogrefe - Testcentrum.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2020). *Psychiatrie (Vydání druhé)*. Univerzita Karlova, Praha: Karolinum.
- Rigal, N., Chabanet, C., Issanchou, S., & Monnery-Patris, S. (2012). Links between maternal feeding practices and children's eating difficulties. Validation of French tools. *Appetite*, 58(2), 629–637. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2011.12.016>
- Rienecke, R. D. (2017). Family-based treatment of eating disorders in adolescents: current insights. *Adolescent health, medicine and therapeutics*, 8, 69–79. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S115775>
- Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.
- Sampogna, G., Fiorillo, A., Luciano, M., Del Vecchio, V., Volpe, U., Monteleone, A., Bruni, A., Segura-Garcia, C., Catapano, F., Monteleone, P., & Maj, M. (2017). Are coping strategies really different among family members of patients with eating disorders? *European Psychiatry*, 41(1), 559–559. doi:10.1016/j.eurpsy.2017.01.807
- Santarossa, S., & Woodruff, S. J. (2017). SocialMedia: Exploring the relationship of social networking sites on body image, self-esteem, and eating disorders. *Social Media and Society*, 3(2). <http://dx.doi.org/10.1177/2056305117704407>
- Saunders, J. F., & Eaton, A. A. (2018). Snaps, selfies, and shares: How three popular social media platforms contribute to the sociocultural model of disordered eating among young women. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 21(6), 343–354. <http://dx.doi.org/10.1089/cyber.2017.0713>
- Schaefer, L. M., & Thompson, J. K. (2018). Self-objectification and disordered eating: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 51(6), 483-502. <https://doi.org/10.1002/eat.22854>

- Silberg, J. L., & Bulik, C. M. (2005). The developmental association between eating disorders symptoms and symptoms of depression and anxiety in juvenile twin girls. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 46(12), 1317–1326. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2005.01427.x>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis. Theory, Method and Research*. London: Sage Publications.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Solano-Pinto, N., Sevilla-Vera, Y., Fernández-Cézar, R., & Garrido, D. (2021). Can Parental Body Dissatisfaction Predict That of Children? A Study on Body Dissatisfaction, Body Mass Index, and Desire to Diet in Children Aged 9-11 and Their Families. *Frontiers in psychology*, 12, 650744. doi:10.3389/fpsyg.2021.650744
- Solange, C. D. (2016). The role of family meals in the treatment of eating disorders: a scoping review of the literature and implications. *Eating and weight disorders*, 21(3). doi:10.1007/s40519-016-0263-y
- Solmi, M., Veronese, N., Sergi, G., Luchini, C., Favaro, A., Santonastaso, P., Vancampfort, D., Correll, C. U., Ussher, M., Thapa-Chhetri, N., Fornaro, M., & Stubbs, B. (2016). The association between smoking prevalence and eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 111(11), 1914–1922. <https://doi.org/10.1111/add.13457>
- Steiger, H., & Booij, L. (2020). Eating Disorders, Heredity and Environmental Activation: Getting Epigenetic Concepts into Practice. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1332. <https://doi.org/10.3390/jcm9051332>
- Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P., Strober, M. A. (2015). Nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International Journal of Eating Disorder*, 48(1), 1–8. doi:10.1002/eat.22293
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Desjardins, C. (2020). Weight suppression increases odds for future onset of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and purging disorder, but not binge eating disorder. *The American journal of clinical nutrition*, 112(4), 941-947. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqaa146>

- Strodl, E., & Wylie, L. (2020). Childhood trauma and disordered eating: Exploring the role of alexithymia and beliefs about emotions. *Appetite*, 154(1), doi:10.1016/j.appet.2020.104802
- Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R., & Suarez, N. (2013). Parents' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder. *Eating Disorders*, 21(5), 395-407, doi: 10.1080/10640266.2013.827537
- Selvini-Palazzoli, M. (1986). Towards a general model of psychotic family games. *Journal of Marital and Family Therapy*, 12, 339-349. doi:10.1111/j.1752-0606.1986.tb00665.x
- Syslová, M. (2020). Poruchy příjmu potravy a jejich dopad na fungování rodiny. Bakalářská práce. Univerzita Karlova. Dostupné z <http://hdl.handle.net/20.500.11956/123406>
- Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.
- Táborský, A. (2022). Past pozitivního myšlení. Vidět na všem jen to dobré neprospívá našemu duševnímu zdraví. Získáno 13. července 2022 z <https://www.heroine.cz/psychologie/8722-past-pozitivniho-mysleni-videt-na-vsem-jen-to-dobre-neprospiva-nasemu-dusevniemu-zdravi>
- Talmon, A., & Tsur, N. (2021). Intergenerational transmission of childhood maltreatment and eating disorder behaviors: Shedding light on the mother-daughter dyad and grandmother-mother-daughter triad, *Children and Youth Services Review*, 129, doi:10.1016/j.chilyouth.2021.106209
- Taut, D., Renner, B., & Baban, A. (2012). Reappraise the situation but express your emotions: Impact of emotion regulation strategies on ad libitum food intake. *Frontiers in Psychology*, 3, 359. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00359>
- Tetzlaff, A., Schmidt, R., Brauhardt, A., & Hilbert, A. (2016). Family Functioning in Adolescents with Binge-Eating Disorder. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 24(5), 430–433. <https://doi.org/10.1002/erv.2462>
- Thornton, L. M., Mazzeo, S. E., & Bulik, C. M. (2011). The heritability of eating disorders: methods and current findings. *Current topics in behavioral neurosciences*, 6, 141–156. https://doi.org/10.1007/7854_2010_91

- Tóthová, J. (2011). *Úvod do transgenerační psychologie rodiny: transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení*. Praha: Portál.
- Treasure, J., Sepulveda, A. R., MacDonald, P., Whitaker, W., Lopez, C., Zabala, M., Kyriacou, O., & Todd, G. (2008). The assessment of the family of people with eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 16(4), 247–255. <https://doi.org/10.1002/erv.859>
- Ungar, M. (2003). Qualitative Contributions to Resilience Research. *Qualitative Social Work: Research and Practice*, 2(1), 85–102. <https://doi.org/10.1177/1473325003002001123>
- ÚZIS. (n.d.). Získáno 21. října 2022 z <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat-klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#implementace>
- ÚZIS. (2018) Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011–2017. https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- Van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current opinion in psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
- Vartanian, L., Hayward, L., Smyth, J., Paxton, S. & Touyz, S. (2018). Risk and resiliency factors related to body dissatisfaction and disordered eating: The identity disruption model. *International Journal of Eating Disorders*, 51(4). doi:10.1002/eat.22835
- Verjans-Janssen, S., Van Kann, D., Kremers, S., Vos, S., Jansen, M., & Gerards, S. (2019). A Cross-Sectional Study on the Relationship between the Family Nutrition Climate and Children's Nutrition Behavior. *Nutrients*, 11(10), 2344. doi:10.3390/nu11102344
- Watson, H. J., Yilmaz, Z., Thornton, L. M., Hübel, C., Coleman, J. R. I., Gaspar, H. A., Bryois, J., Hinney, A., Leppä, V. M., Mattheisen, M., Medland, S. E., Ripke, S., Yao, S., Giusti-Rodríguez, P., Anorexia Nervosa Genetics Initiative, Hanscombe, K. B., Purves, K. L., Eating Disorders Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium, Adan, R. A. H., Alfredsson, L., ... Bulik, C. M. (2019). Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins

for anorexia nervosa. *Nature genetics*, 51(8), 1207–1214. <https://doi.org/10.1038/s41588-019-0439-2>

Weaver, K. (2012) Loving her into well-being one day at a time: Narratives of caring for daughters with eating disorders. *Open Journal of Nursing*, 2, 406-419. doi: 10.4236/ojn.2012.24059

Wertheim, E. H, Geoff, M., Prior, M., Sanson, A., & Smart, D. (2002). Parent Influences in the Transmission of Eating and Weight Related Values and Behaviors. *Eating disorders*, 10, 321-34. doi:10.1080/10640260214507

Westerberg-Jacobson, J., Edlund, B., & Ghaderi, A. (2010). Risk and protective factors for disturbed eating: A 7-year longitudinal study of eating attitudes and psychological factors in adolescent girls and their parents. *Eating and Weight Disorders*, 15, 208–218. <https://doi.org/10.1007/BF03325302>

Whitney, J., & Eisler, I. (2005). Theoretical and empirical models around caring for someone with an eating disorder: The reorganization of family life and inter-personal maintenance factors. *Journal of Mental Health*, 14, 575–585. doi: 10.1080/09638230500347889

Wiseman, H., Ensoll, S., Russouw, L., & Butler, C. (2019). Multi-Family Therapy for young people with Anorexia Nervosa: Clinicians and carers' perspectives on systemic changes. *Journal of Systemic Therapies*, 38(3), 67–83. doi:10.1521/jsyt.2019.38.3.67

World Health Organization. (2019). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11th ed.). Ziskáno 28. února 2022 z <https://icd.who.int/en>

Zahava, S., Berry, E. M., Hao, S., & Avraham, Y. (2003). Animal models in the investigation of anorexia. *Physiology & Behavior*, 79(1), 39-45. doi:10.1016/S0031-9384(03)00103-3

Zákon č. 89/2012 Sb., Občanský zákoník. Česká republika

Přílohy

Příloha 1: Český a anglický abstrakt diplomové práce

Příloha 2: Okruhy otázek pro interview

Příloha 3: Seznam zkratek

Příloha 4: Leták s žádostí o účast ve výzkumu

Příloha 1: Český a anglický abstrakt diplomové práce

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Poruchy příjmu potravy z pohledu blízkých osob

Autor práce: Bc. Jana Zbranková

Vedoucí práce: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Počet stran a znaků: 97 stran, 199 846 znaků

Počet příloh: 4

Počet titulů použité literatury: 162

Abstrakt:

Cílem této práce bylo popsat a analyzovat prožitou zkušenost blízkých osob těch, jež trpěli některou z forem poruch příjmu potravy. Většina studií mapuje prožívání osob, jež trpí některou z forem poruch příjmu potravy, méně pozornosti je věnováno rodinným příslušníkům nebo jiným blízkým osobám a jejich perspektivě. Poruchy příjmu potravy představují závažná biologicky podmíněná onemocnění. Přesto, že jsou společensky hojně diskutována, setkáváme se stále s řadou předsudků a stigmatizace v rodinách, kde se poruchy vyskytují.

Výzkumné cíle a z nich plynoucí výzkumné otázky se zaměřují na porozumění žité zkušenosti a jejím dopadu na vzájemné vztahy mezi blízkými. Výzkumný soubor byl sestaven pomocí metody záměrného (účelového) výběru a metody sněhové koule. Výzkumu se účastnilo pět žen, které popsaly svou zkušenost v rodině s osobou, jež trpěla poruchou příjmu potravy. Pro získávání dat bylo využito polostrukturované interview. Data byla zpracována metodou interpretativní fenomenologické analýzy. Z výsledků vyplývá, že podceňování symptomů a oddalování dostupné pomoci je jedním z nejčastějších problémů ve spojitosti s poruchami příjmu potravy. Setkáváme se s pocity selhání a viny u rodičů nemocných dívek. Tyto pocity přetrvávají obecně dlouhou dobu po uzdravení nemocného člena rodiny. Poruchy příjmu potravy narušují celý rodinný systém a mění jeho fungování. Významným zjištěním bylo oddalování adekvátní léčby a chybějící dostupnost odborníků a léčebných intervencí zejména v menších městech a vesnicích.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, anorexia nervosa, bulimia nervosa, léčba poruch příjmu potravy

ABSTRACT OF THESIS

Title: Eating Disorders from the Relative's Perspective

Author: Bc. Jana Zbranková

Supervisor: PhDr. Eva Aigelová, Ph.D.

Number of pages and characters: 97 pages, 199 846 characters

Number of appendices: 4

Number of references: 162

Abstract:

The aim of this work is to describe and analyse the lived experience of close relatives of those who suffered from one of the forms of eating disorders. Although most studies map the general and detailed experience of people who suffer from some form of eating disorders, less attention is paid to family members or other close people and their perspective. Eating disorders are serious biologically determined diseases. Despite the fact that they are widely discussed in society, we still encounter a number of prejudices and stigmatization in families where the disorders in question occur.

The research objectives and the resulting research questions focus on understanding the lived experience and its impact on mutual relationships between loved ones. The research set was compiled using the method of purposive selection and the method of snowball sampling. Five women participated in the research, who described their experience in the family with a person who suffered from an eating disorder. A semi-structured interview was used to collect data. The data were processed using the method of interpretive phenomenological analysis. The results point out that underestimating symptoms and delaying available help is one of the most common problems associated with eating disorders. In these cases, we encounter feelings of failure and guilt in the parents of girls affected by this disease. These feelings generally persist for a long time after the recovery of a sick family member. Eating disorders disrupt the entire family system and change its functioning. A significant finding was the existing delay in adequate treatment and the lack of availability of specialists and treatment interventions, especially in smaller towns and villages.

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, treatment of eating disorders

Příloha 2: Okruhy otázek pro interview

OKRUHY K POLOSTRUKTUROVANÉMU ROZHOVORU

Fungování rodiny před propuknutím onemocnění PPP

- 1) Měl/a jste nějaké obecné povědomí o problematice PPP, než se nemoc vyskytla u vašeho blízkého?
- 2) Jak byste popsal/a vzájemné vztahy v rodině?
- 3) Jak byste popsal/a atmosféru v rodině?

Životní styl rodiny před propuknutím onemocnění PPP

- 1) Panoval u vás doma nějaký režim, pokud jde o společné stolování?
- 2) Věnovali jste se jako rodina společným sportovním aktivitám?
- 3) Probíhala v rodině komunikace týkající se vzhledu jednotlivých členů?

Reakce blízkých při podezření na diagnózu PPP u člena rodiny

- 1) Kdy jste začal/a mít podezření, že se něco děje?
- 2) Jak jste reagoval/a při podezření na symptomy PPP?
- 3) Jaké byly Vaše další kroky?

Strategie zvládnání situace u blízkých osob

- 1) Jak jste reagoval/a na diagnózu PPP u blízkého?
- 2) Co vám nejvíce pomohlo situaci v danou chvíli zvládnout?
- 3) Cítil/a jste podporu okolí?

Role blízkých v průběhu léčby nemocného člena rodiny

- 1) Jakým způsobem probíhala léčba?
- 2) Jaký dopad měla léčba na fungování vás a další členů rodiny?
- 3) Byl/a jste informována ze strany kompetentních osob o možnostech dostupné léčby?
- 4) Jak zpětně hodnotíte dostupnost léčby?

Proměna vztahů mezi blízkými po uzdravení nemocného člena rodiny

- 1) Jak byste zhodnotil/a celou zkušenost s onemocněním PPP v kontextu vašeho vztahu s uzdraveným členem rodiny?
- 2) Jaký dopad měla podle Vás tato zkušenost na celý rodinný systém?

Příloha 3: Seznam zkratek

AN – anorexia nervosa

PP – psychogenní přejídání nebo také BED – binge eating disorder (BED)

BN – bulimia nervosa

PPP – poruchy příjmu potravy

Příloha 4: Leták s žádostí o účast ve výzkumu

VÝZKUM PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Jste rodič, sourozenec, partner nebo jiná blízká osoba někoho, kdo trpí poruchou příjmu potravy ?

Ráda bych Vás požádala o zapojení do výzkumu, který realizuji v rámci své diplomové práce „Poruchy příjmu potravy z pohledu příbuzných osob”

Cíl výzkumu:

Zjistit, jakým způsobem dopadá onemocnění poruch příjmu potravy právě na osoby blízké, především tedy na rodiče, sourozence nebo partnery takto nemocných osob.

Výsledky výzkumu mohou pomoci rodinám nebo párům, kde se onemocnění poruch příjmu potravy vyskytuje, a to jak v rámci prevence, tak v průběhu nemoci

Jak výzkum bude probíhat?

Formou rozhovoru s Vámi, a to individuálně.
Setkání by proběhlo on-line, nemusíme se vidět osobně.

Jak se mohu zapojit?

Kontaktujte mě, prosím, na uvedený email nebo telefonicky a domluvíme se na setkání online.

**Jsem si vědoma citlivosti daného tématu.
Respektuji etické aspekty výzkumu a zachovám Vaši anonymitu.*

KONTAKT: BC. JANA ZBRANKOVÁ

studentka psychologie, Univerzita Palackého v Olomouci
jana.zbranek@seznam.cz Tel.: +420 776 123 125

