

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

**VZTAHY V RODINĚ S DIAGNÓZOU MENTÁLNÍ BULIMIE -
PŘÍPADOVÁ STUDIE**
RELATIONSHIPS IN THE FAMILY DIAGNOSED WITH BULIMIA
NERVOSA - CASE STUDY



Bakalářská diplomová práce

Autor: Darina Blokšová

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Olomouc

2014

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala paní PhDr. Martině Fülepové, vedoucí mé bakalářské práce, za odborné vedení, cenné rady, povzbuzení, důvěru a vstřícný přístup po celou dobu tvorby této práce, pánům doktorům Krchovi a Chválovi za ochotné zprostředkování tolik potřebných materiálů. Děkuji také paní Mgr. Dagmar Dokoupilové za srdečné doprovázení na mé životní cestě. A konečně patří obrovský dík hlavně mé rodině, zejména rodičům Veronice a Petrovi, bez jejichž opory a důvěry bych nebyla tam, kde jsem a tato práce by tak nikdy nemohla vzniknout.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma „Vztahy v rodině s diagnózou mentální bulimie - případová studie“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Darina Blokšová

„Rodina je přece víc než jídlo, víc než tělo... Rodina je pomocná ruka, která vás tahá ven, když vám bulimie tlačí hlavu pod vodu. A vy se přesto chcete potápět...“

OBSAH

ÚVOD.....	7
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 MENTÁLNÍ BULIMIE JAKO PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY (PPP).....	8
1.1 Historie mentální bulimie.....	9
1.2 Definice a diagnostická kritéria MB dle MKN-10.....	10
1.3 Specifické typy mentální bulimie a jejich prevalence a incidence	11
1.4 Epidemiologie mentální bulimie.....	12
1.5 Etiologie	14
1.5.1 Biologické faktory MB.....	15
1.5.2 Sociálně-kulturní faktory MB	15
1.5.3 Psychologické faktory MB.....	16
1.6 Psychosomatický kontext zdraví a MB.....	17
2 RODINA JAKO ZÁKLADNÍ STAVEBNÍ KÁMEN SPOLEČNOSTI	19
2.1 Vymezení rodinného systému	20
2.1.1 Zdravé rodinné fungování	21
2.2 Koncepce sociální dělohy	23
2.2.1 Sociální porod a jeho průběh.....	23
3 PROSTŘEDÍ BULIMICKÝCH RODIN A VZTAHY UVNITŘ NICH	27
3.1 Souvislost mezi procesem separace a MB	28
3.1.1 Role matky v životě dcery s MB	29
3.1.2 Role otce v životě dcery s MB	30
EMPIRICKÁ ČÁST	32
4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY	32
4.1 Charakteristika kvalitativního výzkumu	32
4.2 Výzkumná otázka.....	34
5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZÍSKÁVÁNÍ DAT	35
5.1 Charakteristika a výběr výzkumného souboru.....	35
5.2 Metody získávání dat	36
5.2.1 Polostrukturovaný rozhovor, cirkulární dotazování.....	36
5.2.2 Ostrov rodiny.....	37
5.2.3 Kazuistika.....	38

5.3	Deskriptivní fenomenologie.....	38
6	ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU.....	39
7	SEZNÁMENÍ S VÝZKUMNOU RODINOU	40
8	PROCES ANALÝZY DAT	46
9	INTERPRETACE DAT	53
10	ODPOVĚDI NA VÝZKUMNOU OTÁZKU.....	58
11	DISKUSE.....	60
12	ZÁVĚRY	66
	SOUHRN	67
	ZDROJE	70
	SEZNAM PŘÍLOH.....	73

Úvod

Na následujících stranách své bakalářské diplomové práce se zabývám vztahovou problematikou a fungováním rodin s mentální bulimií v anamnéze. Mým cílem je zmapovat, jakým způsobem a do jaké míry ovlivňuje přítomnost této diagnózy přirozenou dynamiku a stabilitu primární rodiny a také vymezit, zda a na kolik zanechává toto onemocnění následky na rodinném systému i po vyléčení.

Název práce jsem záměrně zvolila tak, aby bylo zřejmé, jaký postoj k této nemoci zaujímám. Dle mého názoru nejde o onemocnění týkající se pouze dívky samotné, nýbrž o obrovskou zátěž postihující celý rodinný systém, a na tento fakt je také potřeba brát zřetel i v léčbě onemocnění. Považuji tedy mentální bulimii jednak za poruchu příjmu potravy, ale také za poruchu vztahového a emocionálního nastavení rodiny, což se později také pokusím prokázat ve výzkumné části.

Dělení kapitol teoretické části není nikterak složité, mým cílem je zde propojit dvě základní oblasti, které považuji za stěžejní. Jsou jimi mentální bulimie a rodina jako jednotný systém.

V dnešní hektické moderní době představuje kult těla jedno z nejdůležitějších kritérií výběru. Ať už jde o volbu partnerky či partnera, zaměstnankyně nebo zaměstnance, dokonce i přátele si, třebaže nevědomky, často volíme s ohledem na jejich fyzický vzhled. Tlak, který je na dívky v souvislosti s jejich tělem vyvíjen, dle mého názoru stále narůstá. Proč tomu tak je, to by mohlo být tématem samostatné diskuse, já se však ptám, co tento nátlak a jeho důsledek v podobě onemocnění znamená pro dříve zdravě fungující rodinu? K jakým změnám zde dochází mezi jednotlivými členy nukleární rodiny a zda je možná rehabilitace těchto narušených vztahů, jejichž výskyt předpokládám.

Volba tématu pro mě byla poměrně snadná. Jedná se o oblasti, kterým bych se ráda věnovala ve svém budoucím profesním životě. Považuji totiž toto onemocnění, oproti druhé nejznámější poruše příjmu potravy, mentální anorexii, za poněkud bagatelizované, či minimálně odsouvané na druhou kolej, což jej podle mě činí ještě rizikovějším. Kromě toho si také myslím, že je třeba hledat příčiny onemocnění, které mohou být hluboce zakořeněny v rodinném systému, bez jehož participace dle mě nemůže být léčba zcela úspěšná.

1 MENTÁLNÍ BULIMIE JAKO PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY (PPP)

V následující kapitole bude vymezena mentální bulimie (dále také pouze MB) jako jedna z nejznámějších poruch příjmu potravy, dle mezinárodní klasifikace nemocí označovaná jako diagnóza F50.2 (Smolík, 1996). Tato diagnóza, stejně jako další poruchy příjmu potravy, která je charakteristická nutkavou touhou po jídle, opakovanými záchvaty přejídání a obsedantním zájmem o kontrolu tělesných proporcí a hmotnosti, je zarážející kromě kompenzačních strategií užívaných bulimickými klientkami také v tom, že je ve své podstatě chorobným zesílením obživného pudu, základní fyziologické potřeby náležející každému člověku (Krch, & Málková, 2001; Raboch, & Zvolský, 2001; Smolík, 1996).

Jednotlivé podkapitoly se budou zabývat historií, diagnostikou a charakteristickými čistícími postupy, které se s touto psychickou nemocí úzce pojí, jednotlivými subtypy mentální bulimie a také výskytem poruchy.

Důležité je pro mě v rámci tohoto úvodu do problematiky mentální bulimie zmínit fakt, že budu o osobách trpících touto poruchou hovořit v rodu ženském, a to proto, že je celá tato má práce zaměřená na tematiku mentální bulimie u dívek, přestože je možný výskyt i u osob mužského pohlaví, ačkoliv se jedná o značný nepoměr.

Rozeznat dívku s diagnózou MB je, na rozdíl od dívky anorektické, poměrně problematické. Nejde o člověka na první pohled podvyživeného či extrémně hubeného. Ba naopak, lidé s touto diagnózou mají většinou průměrnou hmotnost či dokonce často bojují s nadváhou. Tento fakt pak dle mého činí toto onemocnění ještě nebezpečnějším, jelikož může dlouhou dobu existovat jako skrytý strašák, aniž by lidé v dívčině okolí jen tušili, že se právě jim blízký člověk točí v tomto začarovaném kruhu přejídání a následných drastických kompenzací (Krch et al., 2005).

Jak uvádí Novák (2010, 17): „poruchy příjmu potravy slouží jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí. Podobně bylo onemocnění pokládáno za způsob mechanismu zvládání (coping) u žen, které si neosvojily konstruktivní způsoby zvládání osobních krizí“.

1.1 Historie mentální bulimie

Z historického hlediska se nejedná o nemoc nikterak novodobou. Již v dávné historii, přesněji v době antického Říma, bylo možno se s tímto onemocněním setkat, a to zejména v řadách výše postavených lidí. Samotné slovo bulimie pochází z řečtiny a v překladu znamená složeninu slov bous (býk) a limos (hlad) (Krch et al., 2005; Faltus, 2010).

V minulosti se pojem dnes známý jako mentální bulimie objevoval v mnoha modifikacích. Podle Plutarcha to byl například bolimos, který měl představovat zlého démona ztvárňujícího obrovský hlad. Hippokrates zmínil tzv. boulimos, který považoval za hlad chorobný. Xenofanes či Aristofanes pak hovořili o tomto pojmu v souvislosti se záchvaty přejídání. Pojem bulimie jako takový pak údajně poprvé použil známý lékař Galénos ve 2. století n. l. (Krch et al., 1999; Stunkard, 1993, in Krch et al., 2005).

V 18. století bylo známo až sedm druhů mentální bulimie, např. bullmia heluonum překládaná jako nadměrný hlad, bulimia emetica neboli přejídání se zvracením či například omdlávání z hladu známé jako bulimia syncopalis. Dnes nepochopitelný může být fakt, že ještě ve 20. století považovali někteří evropští lékaři mentální bulimii v dnešní podobě za projev dysfunkčního trávení. Tehdejší medicína se zmiňovala o tzv. kynorexii nebo psím hladu, který označoval neutuchající nenasytost spojenou se zvracením, a to vše stále v důsledku narušení funkcí trávicího systému. Kromě těchto dysfunkcí byla pak bulimie zmiňována v rámci symptomatiky a kontextu dalších chorob, např. hypochondrie či mánie. V protikladu k tomuto však již v této době existovaly cenné kazuistiky mapující příběhy žen bojujících s mentální bulimií. Autorem jedné z nejhodnotnějších případových studií této doby byl švýcarský psychiatr Ludwig Binswanger, který v roce 1944 popsal osud Ellen Westové a jejího života ve sváru záchvatovitého přejídání a záměrného zvracení (Krch et al., 2005; Faltus, 2010).

V 70. letech došlo k nárůstu výskytu případů hovořících o ženách, které si i přes stále se opakující záchvaty přejídání udržovaly štíhlé postavy díky různým kompenzačním opatřením. V souvislosti s těmito zjištěními se objevila celá řada návrhů jak tento jev pojmenovat, např. bulimarexie, hyperorexie, dysorexie, syndrom štíhlost - tloušťka, syndrom přejídání a pročišťování, popř. syndrom dietního chaosu (Krch et al., 2005).

Termín bulimia nervosa užívaný v dnešní době byl pak poprvé užit roku 1979 londýnským psychiatrem Gerardem Russlem, který jej použil k popisu jídelních návyků 30 pacientů a zasloužil se tak o zařazení tohoto onemocnění mezi psychiatrické diagnózy. Zároveň také definoval tři kritéria mentální bulimie, která však byla později zpřísněna, jelikož byla dle Russla MB stále pojímána za nejasnou variantu mentální anorexie (Krch et al., 2005; Raboch, & Zvolský, 2001).

1.2 Definice a diagnostická kritéria MB dle MKN-10

Nadměrná pozornost věnovaná tělesné hmotnosti, chorobná obava z přibírání a tloušťky, psychogenní přejídání a na něj navazující kompenzační čisticí postupy, to jsou charakteristické znaky mentální bulimie (Abraham, & Llewellyn-Jones, 1992).

Krch et al. (2005) a Smolík (1996) uvádí čtyři základní kritéria nezbytná pro stanovení diagnózy MB, a to:

- opakované záchvaty přejídání (binge-eating) probíhající nejméně 2x týdně minimálně po dobu tří měsíců, během nichž dojde ke konzumaci velkého množství potravin ve velmi krátkém časovém úseku
- nepřirozená redukce tělesné hmotnosti, nabrané v důsledku záchvatů přejídání, realizovaná pomocí kompenzačních postupů (např. záměrné zvracení, které postihuje 75-90 % pacientek, excesivní cvičení, užívání diuretik, laxativ či anorektik a jiných léků, období hladovění aj.)
- žádostivost (také bažení neboli craving) definovaná jako velmi intenzivní touha po jídle
- chorobný strach z tloustnutí a nadměrná kontrola vlastních tělesných dispozic

Důležité je však zmínit, že hlavní roli často nehraje množství jídla zkonsumovaného během záchvatu přejídání, nýbrž pocit ztráty kontroly nad jídlem, který je však chápán jako velmi relativní (Krch et al., 2005).

Záchvatovité přejídání je pojmem v této problematice velmi zásadním. Protože se každý člověk čas od času přejí, je důležité jej náležitě vymezit a rozlišovat patologické epizody přejídání od přirozeného občasného přejedení. Některé bulimické pacientky dokonce rozdělují dny na dobré a špatné na základě toho, během kterého dne došlo k binge-eatingu. Špatné dny jsou pak spojovány se stresovými situacemi a anxiétou (Abraham, & Llewellyn-Jones, 1992).

Jak uvádí Krch a kolektiv (2005), vedou se dokonce diskuse týkající se zařazení záchvatovitého přejídání mezi poruchy příjmu potravy jako tzv. binge-eating disorder (BED). Mezi jednotlivá diagnostická kritéria se řadí (Cooper, 1995; Maloney, 1997) :

- jídlo je nemocnou zkonsumováno mnohem rychleji než zdravou osobou
- jezení není podmíněno pocitem hladu
- záchvat přejídání trvá tak dlouho, dokud nenastane nepříjemný pocit plnosti, či dokonce nevolnost
- jezení je doprovázeno pocitem studu souvisejícím s množstvím zkonsumovaných potravin
- po záchvatu následuje vlna autoakuzací, pocitů provinění a znechucení ze sebe sama
- celý proces se většinou odehrává tajně v soukromí

1.3 Specifické typy mentální bulimie a jejich prevalence a incidence

Na základě kompenzačních mechanismů zmíněných v předchozí kapitole můžeme mentální bulimii rozdělit na dva základní subtypy. Hovoříme o tzv. purgativním a nepurgativním typu.

U prvního ze zmíněných typů MB je v rámci kontroly a kompenzace tělesné hmotnosti využíváno záměrně vyvolávaného zvracení či laxativ, diuretik a dalších hubnutí podporujících léků. Nepurgativní typ mentální bulimie se v tomto zásadně liší. Je založen na striktních dietách, hladovkách a vytrvalém cvičení. Purgativní metody se zde však nevyskytují. Z anamnéz dívek a žen s mentální bulimií lze též vyvodit závěry týkající se výskytu anorektické epizody přibližně u 50 % bulimických dívek, ať už před, po či v průběhu epizody bulimické (Krch et al., 2005; Smolík, 1996).

Ženy trpící nepurgativním typem mentální bulimie vykazují oproti purgativním bulimickým pacientkám nižší míru anxiety, pocitů viny a méněcennosti, méně suicidálních myšlenek a naopak vyšší schopnost koncentrace a vyšší pravděpodobnost výskytu obezity (1985, Viesselman, & Roig, in Mitchel, 1992).

Výskyt mentální bulimie a počet klientek s touto psychickou poruchou je velmi těžké vymezit. V porovnání s mentální anorexií většinou nebývají tyto dívky hospitalizovány, jsou-li v odborné péči některého z psychologů či psychiatrů, probíhá

jejich léčba vesměs ambulantně formou individuálních či rodinných terapií (Krch et al., 2005).

1.4 Epidemiologie mentální bulimie

Jak uvádí Krch et al. (2005), existuje stále velmi malé množství studií mapujících výskyt mentální bulimie. Podle statistických údajů však lze říci, že v České republice trpí mentální bulimií téměř každá 20. dospívající dívka či mladá žena, což je více než dívek s mentální anorexií. Průměrný věk se pak pohybuje kolem 18-25 let.

Mezi základní pojmy vymežující výskyt onemocnění, v tomto případě konkrétně mentální bulimie, patří tzv. prevalence a incidence. Prevalence vyjadřuje poměr zdravých ku nemocným jedincům v populaci, incidence pak nárůst onemocnění v populaci za určitý časový úsek. Výzkumy mapující tyto otázky však často neprodukují vypovídající hodnoty, a to mimo jiné proto, že se ženy s touto poruchou většinou snaží svou nemoc před veřejností skrývat a často nevyhledají odbornou pomoc (Krch et al., 2005).

Abraham a Llewellyn-Jones (1992) zmiňují studie, které ukazují na fakt, že přibližně 30 % zdravých mladých žen při dotázání přiznává zkušenost s narušenými jídelními postoj¹, přičemž více než polovina se s nimi potýkala opakovaně po dobu delší než jeden rok.

Podle Nováka (2010) se pohybuje celosvětová prevalence mentální bulimie kolem 1-3 % žen v produktivním věku, určití incidenci je v případě mentální bulimie složitější, jelikož byla tato diagnóza až do roku 1979 v záznamech lékařů tabuizována, odhaduje se však, že počet nemocných žen v tomto případě narůstá rychleji než u mentální anorexie, operuje se s číslem 12-20 případů na 100 000 žen. Česká republika v tomto za západním světem rozhodně nezaostává, prevalence MB se odhaduje na 3-6 %.

Autory další studie jsou Rand a Kuldau (1992), kteří v letech 1984-1985 provedli vyšetření u 2115 náhodně vybraných mužů a žen starších 18 let. Jedná se o první studii, která využila strukturovaných rozhovorů k mapování prevalence mentální bulimie. Souhrnnými závěry pak byla 1,1% prevalence MB u celého vzorku, konkrétně se jednalo o 23 subjektů, které splňovaly kritéria pro MB. Osm z těchto 23 subjektů pak bylo dokonce starších 45 let. Častější výskyt bulimické symptomatiky byl zaznamenán u žen než u mužů a mladších než starších jedinců, přičemž nebyl zjištěn rozdíl mezi osobami bělošského a

¹Narušené jídelní postoje- patologická kontrola nutričních hodnot, záměrné zvracení, hladovky

černošského etnika. Krch a kolektiv (2005) zmiňují studii Hoeka z roku 1995, který vymezil incidenci MB v Nizozemsku na 11,5 případů na 100 000 osob/rok. Vzhledem ke zjištěnému nárůstu počtu bulimických pacientek o 15 % za jediný rok však můžeme považovat tuto cifru za neodpovídající. Další studie, která je zde zmíněna, je studie Drenowského z roku 1988, který spolu s kolektivem uvádí nejvyšší incidenci mentální bulimie, tj. 4,2 nových případů na 100 žen v kritickém věku. Celá tato mapující studie byla založena na subjektivním hodnocení amerických studentek, návratnost dotazníků však byla pouhých 42 %. Drenowského studii o rok později oponovali Johnson, Tobin a Lipkin (1989), jejichž studie probíhala v roce 1981, kdy byl vybrán vzorek první a pak opakovaně roku 1986 výběrem vzorku druhého. Aby výzkumníci docílili vzorků se stejnými sociodemografickými údaji, probíhal výběr respondentů na téže střední škole. Tito autoři pak zaznamenali úbytek případů s mentální bulimií v rozmezí těchto 5 let o celých 50 % případů. Jejich poznatky lze však s těžší považovat za zcela jednoznačné, a to vzhledem k tomu, že kritéria MB, na kterých svou studii postavili, neodpovídala kritériím dle DSM-III. Snažili se tak zabránit zkreslení osobami, jež znají diagnostická kritéria MB dle DSM-III a posuzovali tedy stav bulimických pacientek subjektivně.

Přestože stále neexistují jednoznačná data mapující výskyt MB, jednotliví autoři se shodují na tom, že incidence byla v 80. a 90. letech znatelně výraznější než incidence mentální anorexie. Konkrétním příkladem je pak Česká republika, kde došlo mezi lety 1991-1999 k nárůstu MA ze 135 na 534 případů, přičemž u MB byl zaznamenán vzrůst z 18 na 205 diagnostikovaných jedinců (Krch et al., 2005).

„Strach z tloušťky zná většina mladých žen, stejně tak jako diety a trýznivou nespokojenost se svým tělem. Přejídání, dominantní příznak bulimie, je běžně se vyskytujícím, a proto i obtížně definovatelným chováním. To jsou také důvody, proč mohly první populační studie snadno uvádět až desetiprocentní prevalenci poruchy“ (Krch et al., 1999, 38).

S poklesem prevalence mentální bulimie úzce souvisí zpřísnění diagnostických kritérií, tj. jasné vymezení příznaků a četnosti jejich výskytu. Tuto informaci potvrdila například studie Fairburna a Beglina z roku 1990, v níž došli na základě analýzy četných epidemiologických studií ke dvěma značně odlišným výsledkům. V prvním případě, kdy nebyl stanoven žádný minimální limit frekvence výskytu, trpělo záchvaty přejídání asi 36 % respondentů. V případě druhém, kdy byl jasně stanoven limit na „alespoň jedenkrát do týdne“, poklesl výskyt záchvatovitého přejídání na cca 16 %, přičemž se záměrně vyvolávaným zvracením tomu bylo obdobně (Krch et al., 2005).

Prevalenci mentální bulimie v 6 zemích Evropy - Belgii, Francii, Holandsku, Německu, Itálii a Španělsku mapuje epidemiologická studie, které se mezi lety 2001-2003 zúčastnilo celkově 21 425 respondentů starších 18 let. Užší výběr o 4139 probandech byl podroben bližšímu zkoumání, z něhož vyplynula konkrétní data. Prevalence mentální bulimie je zde vymezena na 0,51 %. Autoři studie však zdůrazňují, že byla provedena na jedincích starších 18 let, přičemž průměrný věk bulimických pacientek je podle nich nižší. Tato hodnota se tedy pohybuje na nejnižší hranici (Preti et al., 2009).

Jak uvádí Krch s kolektivem (2005), lze v současné době obecně počítat s prevalencí mentální bulimie v rozmezí 1-4 % žen v kritickém věku. Nicméně je důležité brát v potaz fakt, že tato cifra nemusí být konečná. Značná část epidemiologických studií dochází k výsledkům okolo 5-10% výskytu, což sice znamená, že mohla být stanovena volnější diagnostická kritéria prvního výběru a část jedinců, kteří v tomto výběru spadali pod diagnózu mentální bulimie, by v kole druhém do dalšího výběru nepostoupili, je však možné i množství neidentifikovaných disimulujících jedinců nacházejících se na samotné diagnostické hranici.

1.5 Etiologie

Pojem etiologie zaštiťuje nauku zabývající se příčinami vzniku jednotlivých onemocnění. Tato kapitola bude postupně pojednávat o třech základních determinačních faktorech, a to biologických, sociálně-kulturních a nakonec psychologických činitelích ovlivňujících vznik a výskyt mentální bulimie. I přes možnost tohoto dělení se však většina autorů shoduje spíše na multifaktoriální podmíněnosti mentální bulimie. Můžeme tedy říci, že PPP pravděpodobně mohou vznikat v důsledku vzájemné koexistence množství rozmanitých vlivů, mezi které často řadíme například krizové životní zkušenosti, specifické osobnostní charakteristiky, rodinné a kulturní vlivy či genetickou podmíněnost. Diferencovat jednoznačnou příčinu PPP je tedy takřka nemožné. Často také nelze jednoznačně určit, zda je daný faktor příčinou či naopak důsledkem poruchy příjmu potravy, konkrétně se na toto téma vedou diskuse například v případě depresivní symptomatiky (Krch et al., 2005; Raboch, & Zvolský, 2001).

1.5.1 Biologické faktory MB

Jak je možno vyvodit již z genderového zaměření této práce, jedním z nejzásadnějších biologických faktorů, které zvyšují riziko výskytu mentální bulimie je ženské pohlaví (Krch et al., 2005). Abraham spolu s Llewellyn-Jones (1992) srovnávají vývoj tělesné konstituce chlapce a dívky. Hovoří o tom, že na počátku života je míra lásky pociťována matkou vůči dítěti přímo úměrná množství tuku na jeho těle. Je-li dítě baculaté, dobře živěné, znamená to tedy, že je i milované.

„Jídlem dítě uspokojí potřeby obě, jak potřebu hladu, tak sekundárně i potřebu lásky. Postupně zjišťuje, že pozřením oblíbeného jídla lze zahnat nepříjemné pocity nebo úzkost. Takové děti pak mají problém rozeznat skutečný hlad od manifestací jiných potřeb a univerzálně používají potravu k jejich uspokojení“ (Novák, 2010, 15).

Dalším zásadním biologickým faktorem, který má vliv na vznik mentální bulimie je věk. V období před pubertou a během ní se zvyšuje množství zkonsumovaného jídla a dochází k jeho přeměně na energii, kterou lidské tělo v tuto chvíli tolik potřebuje pro svůj růst a vývoj. U chlapců je nárůst energie v důsledku tvorby svalové hmoty potřebný i po skončení tohoto období, přičemž u dívek přibližně okolo 16. roku věku tato biologicky zesílená potřeba energie postupně mizí. Dívky, které pokračují ve zvýšené konzumaci, se mohou stát obézními, naopak jiné mohou objevit svou schopnost regulovat tělesnou hmotnost prostřednictvím menšího množství sněžených potravin, diet a cvičení. Ty dívky, u kterých se diety neprokázaly jako dostatečně uspokojivé metody, pak mohou být ohroženy mentální bulimií (Abraham, & Llewellyn-Jones, 1992). Specifické změny a přechod z těla dívky na tělo ženské, tedy k oblým křivkám, je pak považován za velmi silný rizikový faktor při vzniku a vývoji poruch příjmu potravy (Novák, 2010).

Významný podíl na zrodu mentální bulimie má i přirozená váha. Ty dívky a ženy, které již před propuknutím onemocnění vnímají svou tělesnou hmotnost jako vyšší, jsou výrazně silněji ohroženy vznikem této poruchy příjmu jídla. Zesílené riziko mentální bulimie se také objevuje u žen s častými změnami hmotnosti (Krch et al., 2005).

1.5.2 Sociálně-kulturní faktory MB

Jak bylo zmíněno již v úvodu této práce, s příchodem vyspělých technologií dochází k významnému zvyšování tlaku ze strany médií. Tzv. dietní průmysl číhá na každého z nás ze všech dostupných stran a vtouká nám do hlavy uměle vytvořený ideál krásy, který však není zcela v souladu s fyziologickými zákonitostmi lidského těla.

Následné sankce - odmítnutí, posměšky - při nesplnění společensko-kulturních požadavků na fyzický vzhled mohou být klíčovým podnětem vyvolávajícím poruchu příjmu potravy. Redukční diety proklamované na televizních obrazovkách, billboardech podél dálnic či v autobusech a tramvajích tak negativně ovlivňují sebepojetí dívek a žen ohrožených touto nemocí. Ruku v ruce se stále rostoucím sortimentem tzv. light potravin jsou dívky čím dál více nuceny k tomu, aby vyhověly společensko-kulturnímu ideálu krásy, tedy aby zhubly. Tyto dívky pak chápou fyzickou atraktivitu, slovníkem moderní společnosti nadměrnou štíhlost, jako jedinou možnou cestu k úspěchu (Krch et al., 2005; Novák, 2010). Také hanlivá stigmatizace lidí s nadváhou jako méněcenných či hloupých výrazně zesiluje tendence mladých žen a dívek stále hubnout a dříve nereálné vzory se tak stávají reálnou podobou dnešních mladých generací. Snaha žen vyrovnat se mužům a být nezávislými, výkonnými, úspěšnými a oceňovanými bytostmi pak tuto tendenci jen umocní (Krch et al., 2005; Novák, 2010).

1.5.3 Psychologické faktory MB

Poslední z kategorií faktorů, které zmíním, budou faktory psychologické. Ty zahrnují osobnostní charakteristiky, emocionální vlivy či vlastnosti osobnosti. Někteří autoři hovoří o komplexu psychických vlastností či specifických poruch osobnosti, které mohou vést k poruchám příjmu potravy. Pacientky jsou často popisovány jako ambiciózní, zaměřené na výkon, s tendencí k perfekcionismu, zároveň ale také emočně nestabilní, s nízkým sebevědomím, afektované, přecitlivělé, se sníženou schopností sebekontroly, úzkostné a depresivně laděné v důsledku opakovaných selhání. Podle výzkumů se depresivní symptomatika vyskytuje přibližně u 40-80 % bulimických pacientek. Jak ale bylo uvedeno již v dřívějších kapitolách, nelze říci, zda se depresivní porucha vyskytuje jako příčina či důsledek MB (Krch et al., 2005; Novák, 2010; Vágnerová, 1999). Fairburn (1985, in Krch et al., 2005) však došel k závěru, že depresivní symptomatika slábne, dochází-li k úbytku bulimických projevů, z čehož by bylo možné vyvodit kauzální závěr o depresivních projevech jako důsledcích mentální bulimie. Studie zabývající se touto problematikou ale vždy prokázaly pouze korelaci, nikoliv příčinnost. Kromě depresí se u bulimiček vyskytují také známky hraniční poruchy osobnosti, pevná kritéria však dle výzkumů splňovala pouhá 2 % pacientek (1989, Pope, & Hudson, in Krch et al., 2005). Metodou vhodnou k popisu osobnostních charakteristik je EDI - Eating

Disorder Inventory, složený z 8 škál mapujících jednotlivé oblasti, které jsou považovány za charakteristické pro PPP (Krch et al., 2005).

Záchvaty přejídání vznikají u bulimiček často v souvislosti s úzkostí, ve snaze snížit její projevy však dochází k návalu autoakuzací (sebeobviňování), výčitek a pocitů neschopnosti se kontrolovat, což také výrazně snižuje sebehodnocení dívky. Tak bludný kruh stále pokračuje (Krch et al., 2005; Novák, 2010).

„Časté pocity bezcennosti u bulimiček souvisí s pocitem selhání kontroly nad příjmem potravy a s neschopností dosáhnout takové tělesné hmotnosti, jakou by si přály“ (Krch et al., 1999, 70).

1.6 Psychosomatický kontext zdraví a MB

Psychosomatika, obor zabývající se celostním přístupem ke zdraví, popřípadě nemoci lidské bytosti, je některými autory stále odsuzován, a to proto, že dle nich mylně propojuje oblast duševní a somatickou, a vytváří tak kategorii smíšených, tedy psychosomatických, onemocnění. Nemoci postihující lidský organismus však nelze striktně rozdělovat, a jak tvrdí Danzer: *„u člověka vlastně nikdy neonemocní primárně jen duše, duch nebo tělo, vždy ochoří celá bio-psycho-sociální jednotka-člověk“* (Danzer, 2001, 13). Poněšický (2002) zmiňuje, že psychosomaticky laděné obory přistupují k lidskému organismu jako k velmi úzkému propojení dvou sfér - somatické a psychické, které nelze za žádných okolností rozdělovat. Příčiny nemocí jsou tedy zkoumány v rámci vztahů a vzájemného působení těchto dvou oblastí. Raboch a Zvolský (2001, 539) pak míní, že: *„psychosomatickou je ta choroba, na jejímž vzniku se podílejí zvýšenou měrou psychosociální faktory“*.

Z historického hlediska můžeme vnímat psychosomatiku velmi rozporuplně. Na straně jedné o ní můžeme hovořit jako o velmi novém a moderním oboru, který se dostává do povědomí lékařů, psychologů i laické veřejnosti v několika málo posledních letech, zároveň však existují autoři, kteří psychosomatické odvětví zmiňují v kontextu dávné minulosti v souvislosti s mystickými aktivitami šamanů a léčitelů. V současné době trpí psychosomatickými poruchami cca 20 % populace rozvojových a rozvinutých zemí. V důsledku všeobecné bagatelizace pak narůstá riziko chronicity psychosomatických onemocnění, a to přímo úměrně s dobou, po kterou jim pacienti nevěnují dostatečnou pozornost a nemoci neléčí (Poněšický, 2002).

„Při selhání společného konstruování srozumitelné reality mezi lidmi může vzniknout nemoc, jindy je to v případě, když vyčleníme své tělo z komunikace s jinými a tím i se sebou samým“ (Poněšický, 2002, 30).

Mentální bulimie jde kromě úzkostných a depresivních stavů, poruch spánku, či emoční nestability ruku v ruce také s odpovídajícími fyziologickými doprovody, což vysvětluje, proč ji zde také zařazují do kategorie psychosomatických onemocnění, přestože pro množství autorů představuje mentální bulimie jednoznačně onemocnění psychické. Zmíněnými fyziologickými doprovody je pak konkrétně myšleno žloutnutí zubů, vypadávání vlasů, amenorea², kožní potíže, snížená funkčnost trávicího systému, poranění rukou v důsledku záměrně vyvolávaného zvracení prsty a celkové oslabení organismu a imunitního systému. V důsledku dehydratace organismu mohou bulimické dívky také nezřídka trpět zácpami a silnými otoky podčelistních slinných žláz. Časté riziko představuje i poranění jícnu jako konsekvence zvracení a jeho následné záněty, které mohou v extrémních případech vyústit i smrtí. Bulimické projevy tedy představují somatickou reakci na negativní psychické procesy zacílené na vlastní tělesnou stránku (Cooper, 1995; Krch, 2003; Poněšický, 2002).

²Amenorea- absence menstruace u žen v produktivním věku postihující cca 10-30 % bulimických pacientek

2 RODINA JAKO ZÁKLADNÍ STAVEBNÍ KÁMEN SPOLEČNOSTI

Co je to rodina? Jak je jasné již z názvu a úvodního textu této práce, považuji rodinu za základní stavební kámen lidského fungování. V rodině se učíme jednotlivým schopnostem a dovednostem, v rodině zrajeme, stáváme se z dítěte dospělým samostatným člověkem a sdílíme své zážitky, zkušenosti, radosti ale i strasti. Přestože se nemohu opírat o množství významných studií, chápu já sama onemocnění, kterému se celá tato práce věnuje jako chorobu komplexně postihující celý rodinný systém. Proto jsem také zařadila kapitolu o rodině na toto místo, kde bezprostředně následuje teoretické ukotvení mentální bulimie. Ačkoliv není zcela zjevná logická návaznost těchto dvou kapitol, považuji za nezbytné nejprve teoreticky vymezit dva elementární okruhy, kterým se zde věnuji, aby pak mohlo v poslední kapitole a empirické části dojít k jejich propojení. V tuto chvíli je také nezbytné zmínit, že bude v této práci řeč o rodině nukleární, která je formována jen několika málo osobami, a to konkrétně matkou, otcem a dítětem, popř. sourozenci. Přestože by mi mohlo množství lidí oponovat v tom, že je důležitý také vliv širší rodiny, já se ve své první práci zaměřuji pouze na osoby nejbližší, na ty, se kterými je dívka s diagnózou MB v bezprostředním kontaktu a se kterými sdílí svou každodenní zkušenost. Působení a interakce v širší rodině by pak mohly být předmětem dalšího zkoumání.

V následujících podkapitolách se tedy budu postupně věnovat otázkám funkcí rodiny, přirozeně zdravého rodinného fungování, a také postojů, které jednotliví členové rodiny zaujímají jak vůči sobě, tak ve vztahu k mentální bulimii. Vymezeny budou také stěžejní pojmy struktury, dynamiky a vývoje rodiny.

Dosáhnout jednotné definice rodiny je obtížné, já osobně se však ztotožňuji například s vymezením dle Kramera, který chápe rodinu takto: „*rodina je skupina lidí se společnou historií, současnou realitou a budoucím očekáváním vzájemně propojených transakčních vztahů*“ (1980, in Sobotková, 2012, 24).

Dle mého názoru dokonale vystihla pozici rodiny a její důležitost Virginia Satirová ve své knize o rodině: „*Rodina je mikrokosmem světa. K pochopení světa stačí, budeme-li zkoumat rodinu*“ (Satirová, 2006, 11). Kromě tohoto výroku také ve své práci přirovnává rodinu k ledovci. Fungujeme společně, sdílíme svůj každodenní život, zdaleka o sobě však nevíme vše. Aby byla rodina schopna vyrovnaného společného bytí, je zapotřebí, aby její členové vzájemně pochopili emoce, prožitky a potřeby těch druhých (Satirová, 2006).

2.1 Vymezení rodinného systému

Stěžejním pojmem této kapitoly bude tzv. rodinný systém. Ten je možno chápat jako komplexní celek složený z jednotlivých prvků, tedy členů rodiny, kteří tvoří složitou vztahovou síť. Rodina jako celek pak představuje víc, než holou sumu částí, jelikož podléhá množství intraskupinových interakcí a zpětnovazebných reakcí, což jednoduše vystihují principy celosti a mnohočetné cirkularity. Kromě těchto dvou zásad systémového přístupu jsou tu ještě tzv. princip ekvifinality a variofinality, které mohou vyvrátit mylné představy o původu a příčinách poruch příjmu potravy. Aplikujeme-li je na konkrétní příklad, pak můžeme říci, že dvě zcela srovnatelné rodiny se mohou zásadně lišit ve výskytu různých jevů, například i mentální bulimie. V jedné se vyskytnout může, ve druhé však, i přes téměř ekvivalentní strukturu a vývoj, nikoliv (Plaňava, 2000; Minuchin, 2013; Matoušek, 2003).

„Základem systémového přístupu je tzv. cirkulární kauzalita, pro niž je charakteristickým rysem zpětná vazba, která dává systému možnost samoregulace. Systém je schopen nejen samoregulace, ale i vývoje“ (Raboch, & Zvolský, 2001, 541).

Struktura, dynamika a vývoj představují tři stěžejní pojmy v systemicky zaměřené psychologii, postavené na myšlence, která říká, že nelze porozumět rodině pouze na základě pochopení prožitků jednotlivce. Jedná se o přístup, který přichází ke svým závěrům prostřednictvím sledování a analýzy mnohočetných rodinných interakcí. (Plaňava, 2000). Minuchin (2013) hovoří o struktuře jako o formě vnitřní organizace, které každá rodina podléhá. Postavení jednotlivých členů rodiny, jejich role a pozice, vlivy, kterými v rámci rodiny disponují a působí na ostatní členy, ale také systém postojů, hodnot a očekávání, které jsou pro danou rodinu specifické.

Dynamika a vývoj jsou pojmy velmi blízce se doplňující, často až vzájemně překrývající své významy. Hovoříme-li o dynamice rodinného soužití, máme na mysli změny, které se pojí s jednotlivými etapami vývoje rodiny. Zde můžeme zmínit tzv. životní cyklus rodiny dle E. Duvall z roku 1957, který pomyslně rozděluje časovou osu rodinného života na 8 částí, z nichž se každá pojí s jistým specifickým vývojovým úkolem. Přestože se její pojetí řadí mezi starší, považují jej stále za velmi hodnotné a mému osobnímu smýšlení, vzhledem k četnějšímu členění, bližší než přístupy novější. Každá rodina je na počátku tvořena dvěma lidmi, kteří zjišťují, zda jsou společně schopni vytvořit adekvátní a láskyplné prostředí vhodné pro výchovu potomků, tuto fázi označila Duvall

jako „bezdětní manželé“. Na zmíněnou první etapu vývoje navazuje období tzv. „rodiny s malými dětmi“, kdy je vývojovým úkolem rodiny naučit se sžít s malým dítětem a novými rolemi, které si partneři s narozením potomka osvojili, tedy s rolí otce a matky. Celé období trvá zpravidla do 30 měsíců. Do věku 6 let dětí hovoří o tzv. „rodině s předškolními dětmi“, na kterou bezprostředně navazuje čtvrtá fáze, která se nese již ve znamení školní docházky dětí. Celá rodina se tak adaptuje na nový režim a nové povinnosti všech členů domácnosti. Období dospívání či volba vysokých škol bývá specifickým rysem pro období následující, dle Duvall období „rodiny s dětmi dospívajícími“ či také „rodiny s adolescenty“. Další změny nastávají pro rodinu a její vývoj ve chvíli, kdy již dítě není tak úplně dítětem, dochází k postupnému osamostatňování se a tzv. vylétnutí prvního dítěte z hnízda. Potomci opouštějí svou nukleární rodinu a připravují se na založení rodiny vlastní. Ve chvíli, kdy se narodí první vnoučata, hovoříme již o „rodině prarodičovské“, která předchází již poslednímu stádiu, tedy „manželství na odpočinku“, které uzavírá celý tento dynamický proces rodiny (Plaňava, 2000). Význam jednotlivých vývojových stádií a úkolů jim náležejících pak dokládá Plaňava (2000, 134): „*Obdobně jako jedinec musí v každé vývojové etapě plnit a splnit určité úkoly, potřebuje tak učinit i rodina pojatá jako strukturovaná celost*“.

Celá rodinná dynamika a vývoj jsou tedy spojené s množstvím makrosociálních, biologických i psychologických změn, které na počátku umožňují vznik rodiny nukleární a na konci pomyslného cyklu osamostatnění potomků a tím i uzavření jednoho samostatného rodinného příběhu, přičemž základním prvkem tvořícím podstatu tohoto dělení a celého principu životní cesty jsou děti a jejich místo v rodinném systému (Plaňava, 2000).

2.1.1 Zdravé rodinné fungování

Co je to vlastně rodinné fungování? Pattersonová (2002, cit. Sobotková, 2012, 71) jej vymezuje jako: „*způsob, jakým rodina plní své funkce*“. Ke správnému, nepatologickému fungování rodiny tedy tyto funkce a jejich plnění neodlučitelně patří. Konkrétně tedy hovoříme o uspokojování elementárních životních potřeb všech členů rodiny, tedy o funkci vyživovací, dále o výchově a socializaci dětí, vytvoření bezpečného a jistého prostředí, o funkci reprodukční a zejména emocionální. Plnění těchto úkolů má pak dvojí význam. Jednak jde o to, aby rodina v rámci své vnitřní struktury chránila jednotlivé

členy a také, aby se jejich prostřednictvím přizpůsobovala vnějšímu sociálně-kulturnímu světu (Barker, 2012; Minuchin, 2013).

Součástí principů zdravého rodinného fungování je, jak tvrdí Trapková s Chválou (2010), možnost dítěte vymezovat se v rodině oproti dvěma různě přístupujícím rodičovským stylům. Přestože je dnes velmi moderní silně liberální výchova, která dle mnohých názorů umožňuje dítěti svobodný rozvoj jeho osobnosti, zmínění dva autoři vyslovují názor opačný. Dítě potřebuje pro zdravý vývoj v rodině dva opačné póly - jeden, který ho v těžké chvíli utěší a ten druhý, který mu vymezí jasné hranice toho, kam smí zajít a čím už naopak vymezené hranice překračuje. Stabilita je na počátku života pro dítě nepostradatelným prvkem, což dokládá i Sobotková (2012), podle níž jsou jasné hranice klíčovým prvkem fungujícího rodinného systému, neměly by být však ani zcela rigidní, ani difúzní. Důležitou záležitostí v procesu zdravého rodinného fungování je také fakt, že by se měli rodiče ve svých výchovných přístupech navzájem doplňovat a podporovat. Není důležité, aby oba z rodičů přistupovali k výchově zcela totožným způsobem, naopak, je velmi dobré, jsou-li schopni po vzájemné dohodě své postupy vyladit tak, aby se doplňovaly a rodiče tak společně vytvořili vhodné prostředí pro růst a vývoj svého potomka (Trapková, & Chvála, 2010).

„Náš argument ve prospěch udržování rozdílu není veden nostalgií, ale praxí: mnoho příznaků, které rodiny sužují, se zlepší poté, co se každý z rodičů ujme svých přirozených úkolů. To je tím obtížnější, čím je kultura kolem nás více unisex“ (Trapková, & Chvála, 2010, odst. 3).

Jak uvedla Satirová (2006) a Plaňava (2000), v rámci rodin bez zřejmých známek patologie můžeme přirozeně sledovat lidskou, upřímnou komunikaci, pravidla vymezená rodinou nejsou ani zdaleka rigidní a je možné o nich s ostatními členy rodiny diskutovat a vyjednávat. Takováto rodina je také otevřena vlivům zvenčí, je přiměřeně důvěřivá. Tento popis však nelze považovat za všeobecně platný, nuance v této charakteristice jsou zcela přípustné. Podle neoadleriánů je v rámci zdravě fungující rodiny zapotřebí vzájemného povzbuzování, naslouchání a upřímného vyjadřování postojů, názorů a pocitů. Humanisticky orientovaní psychologové považují každého člověka za vnitřně dobrého, což se také promítá do jeho rodinného života. Zdravě fungující rodina by dle nich tedy měla být postavena na principech empatie, vzájemné tolerance a respektu, bezpodmínečného přijetí a uvědomování si jedinečnosti každého z členů rodiny (Plaňava, 2000).

Důležitou schopností, která je předpokladem zdravého rodinného života, je schopnost rodiny operativně se přizpůsobit změnám, které mohou do života neočekávaně vstoupit a využívat při tom rozmanitých vzorců chování a interakcí, jež má rodina ve svém repertoáru. Jinak řečeno jde o schopnost prožívat přirozenou rodinnou dynamiku. S tím také souvisí otázka tzv. subsystémů, kterými je každá rodina tvořena a v jejichž rámci každému z členů rodiny náleží určité úkoly. Konkrétně existují subsystémy jako partner - partnerka, otec - dítě, bratr - sestra či třeba matka - dítě (Minuchin, 2013; Sobotková, 2012).

2.2 Koncepce sociální dělohy

Autoři Chvála s Trapkovou (2009) považují rodinu za živý organismus a na základě toho také ve své knize uvádí tzv. koncepci sociální dělohy, ve které analogicky přirovnávají pobyt dítěte v matčině lůně k jeho životu v rodině. Přirozeně, stejně jako je tomu na konci těhotenství, dochází v určitém životním období dítěte, v období dospívání, k tzv. sociálnímu porodu, jenž představuje proces separace dítěte od otce a matky. Tento jedinečný přístup využívá paralely mezi psychologií a poznatky z biologie a fyziologie, což umožňuje lépe pochopit některé psychosomatické jevy, mezi které řadíme právě i poruchy příjmu potravy, v této práci konkrétně mentální bulimii. Sami autoři ale přiznávají, že se jejich přístup potýká s řadou odpůrců, především ve chvíli, kdy jsou jednotlivé poznatky nepochopeny v důsledku nesprávného vytržení z kontextu.

„Vznik rodiny jako prostoru, jehož relativní uzavřenost je nutnou podmínkou pro zrání a výchovu dětí připomíná rodinu jako dělohu, jejíž funkce se opakují na sociální úrovni“ (Chvála, & Trapková, 2009, 12).

Přístup Chvály a Trapkové se liší v tom, že se nezaobírá tím, jakým způsobem vznikají příznaky jednotlivých onemocnění, ale za jakých okolností a souvislostí se tomu děje. Nesnaží se ovlivňovat lidský organismus tak, aby zamezili zrodu jednotlivých nemocí, nýbrž ve své praxi zasahují do prostředí, v němž k tomuto dochází. *„Způsoby a formy nemocí se proměňují, jako se proměňuje organismus spolu se svým prostředím“* (Chvála, & Trapková, 2009, 13).

2.2.1 Sociální porod a jeho průběh

Sociální porod, přechod od dětství k dospělosti je procesem, jehož průběh trvá mnohonásobně déle než porod biologický. Jeden se odehraje v řádu několika hodin, ten

druhý - sociální - však trvá měsíce až roky. Přesto jsou si v řadě věcí velmi podobné. Mohou být bolestivé, plné překážek, hledání správných postupů a cest. Oba jsou však nezbytnou podmínkou pro to, aby mohl jedinec plnohodnotně žít. Stejně jako u porodu biologického existuje i u toho sociálního jistá správná posloupnost, podle které by se měl odehrát, může se však stát, že bude zapotřebí zásahu zvenčí, aby se zamezilo komplikacím. Existuje typický průběh sociálního porodu, znázorněný jednoduchou kličkou, která vede dítě nejprve k matce (tzv. anorektická stagnace) a až ve 2. fázi do světa otce (bulimická stagnace).

Důležité je, aby dítě mělo k dispozici oba rodiče po dobu celého svého vývoje, aby mohlo samo rozhodnout o tom, ve kterou chvíli se více nachýlí na stranu matky, a kdy naopak uvítá spíše otcovskou náruč. Typickým obdobím, v němž má dítě potřebu blízkosti s otcem vymezuje Chvála s Trapkovou na čas kolem 6. roku života, naopak matku vyhledává častěji přibližně ve 12 letech. Kamenem úrazu pak může být v průběhu vývoje dítěte a následného sociálního porodu neschopnost jednoho z rodičů ustoupit v rámci vztahového trojúhelníku matka-dítě-otec tak, aby v určité chvíli mohl potomek navazovat potřebný kontakt s jedním z rodičů, aniž by druhý zmizel zcela v nedohlednu a přerušil tak potřebnou vazbu (Chvála, & Trapková, 2009).

Jednotlivé fáze sociálního porodu představují nejprve sblížení dcery s matkou, následně separaci dcery od matky směrem k otcí, sblížení dcery s otcem a konečně separaci dcery od otce a následné přijetí samostatnosti. Obdobný průběh se týká i sociálního porodu syna, liší se ale v časovém rozložení a uspořádání jednotlivých separačních procesů. Tuto oblast však vzhledem k tématu práce nebudu blíže rozvádět. V první fázi - sblížení dcery s matkou - dochází k poznávání oblastí, které jsou pro dívku v tuto chvíli zcela neznámé. Přejít z dívky na ženu se pojí s množstvím fyziologických změn a matka je v tuto chvíli nejvhodnější osobou, která může dívku na této cestě doprovázet (Chvála, & Trapková, 2009; 2012). Není to však jen dospívající dívka, která zde podléhá mnohonásobným změnám. Matka se musí naučit přijímat svou dceru jako sobě rovnou, bez ohledu na různorodé experimenty, které mohou být dívce v tomto choulostivém věku vlastní. Důležitou oblastí, kterou matka v tuto chvíli svými názory a vyjadřováním zásadně ovlivňuje, jsou dceřiny budoucí partnerské vztahy a pocity spojené s muži i v té nejobecnější rovině.

Způsob, jakým jednoduše zjišťujeme, zda se matka s dcerou nacházejí právě v této fázi porodu, zda dochází k žádoucímu sblížování, je tzv. jazykový plurál. To, co je zcela

běžné v útlém dětském věku se v tuto dobu opět samovolně objevuje. Matka hovoří o sobě a dceři v množném čísle i v případě, že se daná událost fakticky týká pouze jedné z nich. V případě bulimických dívek může například matka prohlásit: „zase zvracíme“. Brání-li se dívka takovéto podobě výroku, můžeme usoudit, že je oproti své matce v procesu sociálního porodu napřed a chápe chování své matky jako nepříjemné a zbrzdující. V tuto chvíli je opravdová blízkost mezi těmito dvěma ženami žádoucí. Nastane-li situace, ve které spolu nejsou schopny matka s dcerou udržovat tolik blízký kontakt, jsou možné vícere scénáře. Buďto je již dívka přítomnosti své matky přesycena a má potřebu se od ní odpoutat (tzn. pokračovat v další fázi separačního procesu) nebo naopak ještě nejsou dostatečně daleko a první část separačního procesu je pro ně prozatím otázkou budoucnosti. Nemusí to být však jen dívka, kdo je v procesu odloučení popředu. V důsledku fyzických změn, kterým dívka v tomto období poměrně rychle podléhá, může vznikat v matce jistý intrapersonální konflikt. Duševně je dcera sice stále dítětem, fyzicky se však pomalu ale jistě stává ženou, což může matku vést k ne zcela příjemné konfrontaci s vlastními myšlenkami a jednáním. Zatímco ona na sobě pozoruje známky stárnutí, z její malé holčičky se stává dospělá žena. A zde nastává ohrožující moment v životě dívky. Přestože jde o jiné téma, je důležité zmínit rizikovost týkající se možného vzniku mentální anorexie, a to ve chvíli, kdy začíná matka na dceru vyvíjet nátlak v souvislosti s jejím dospíváním a přechodem do světa dospělých, přičemž dcera na tuto změnu ještě není dostatečně připravená. Možnost, jak zůstat dítětem pak spočívá ve zbrzdění vývoje ženských křivek prostřednictvím nepřírozeného hubnutí. Dalším případem, kdy dochází k pozastavení přirozeného separačního procesu dcera-matka, je situace, kdy si naopak matka není schopna připustit, že již dcera není malým dítětem. Často se tak stává, že dceru nedoprovází touto společnou fází a naopak věnuje svou pozornost zcela jiným věcem, a to vše ze strachu z opuštění a dceřina odchodu z hnízda (Chvála, & Trapková, 2009).

Dceřino odpoutání od matky je v tuto chvíli doprovázeno silným konfliktem mezi těmito dvěma ženami. Vše, co mohou lidé kolem udělat je podpořit proces separace, tedy pobídnout dceru a ocenit matku. „*Konflikt je nejsilnějším podnětem k tomu, aby se matka a dcera od sebe oddělily*“ (Chvála, & Trapková, 2009, 116). Nepříjemné pocity s tímto sporem související postupně odezní, dcera se odpoutá a matka bude opět schopna plnohodnotně fungovat. Není nezvyklé, že matka začíná považovat dceru za svou sokyni. Je tomu tak právě ve chvíli, kdy se proces separace posouvá o kus dále, směrem k otci. Odloučení dcery od matky probíhá a dcera je tak připravena nachýlit se k otci,

což nemusí matka snášet dobře. Dokončení této fáze silně závisí na otcově schopnosti věnovat určitou dávku pozornosti oběma - dceři i manželce.

Následuje fáze sblížení dcery s otcem, ten má pak dívku seznámit s okolním světem mužů již jako dospělou zralou ženu, která si bude moci v tomto světě později zvolit svého partnera. Zde je zapotřebí dostatek projevů citů a bezpodmínečné lásky. Dcera potřebuje prostřednictvím otce zjistit, že je ve své nové - ženské - roli správně a že jí tak v budoucnu nehrozí žádné nebezpečí. V případě, že si otec s dcerou nejsou schopni vymezit dostatečný prostor ke společnému sdílení a trávení blízkých chvil, snaží se dcera najít zástupnou osobu, která tuto otcovu funkci nahradí. Problém však nastává ve chvíli, kdy se tento vztah rozvine i na sexuální úrovni. Protože v tuto chvíli dívka chápe muže jako zástupce svého otce, potřebuje a očekává od něj ubezpečení o své ženskosti, něhu a lásku. Nikoliv však intimní sblížení. Muž však dívku považuje za milenku a dle toho k ní také zaujímá svůj postoj. Nevědomě pak jejich vztah existuje v tzv. incestní rovině, čímž může následně dojít k negativním důsledkům ve vývoji mladé ženy (Chvála, & Trapková, 2009).

„Úkolem otce dospívající dcery je zasít v ní možnost partnerství s mužem“ (Chvála, & Trapková, 2009, 120).

Následuje poslední fáze sociálního porodu, a tedy separace od otce a následné přijetí samostatnosti dívky. Stejně jako tomu bylo ve vztahu k matce, i u otce začne mít dcera po určité době pocit naplnění a s ním související potřebu odpoutání se. Zde tak, jako se otec podílel zvenčí na procesu separace dcery od matky, i teď se podílí druhý rodič. Matka začíná opět striktně vyžadovat svůj čas s manželem, který byl doteď věnován převážně dceři (Chvála, & Trapková, 2009).

3 Prostředí bulimických rodin a vztahy uvnitř nich

Balcar (1991, 16) uvádí, že existují rozličné reakce rodiny na zátěžové situace. Jednak může dojít k tomu, že se rodina úzce sblíží, na druhou stranu je však možné, že prudce naroste distanc mezi jednotlivými členy rodiny. V případě MB, a nejen v tom, nelze jednoznačně vymezit, která ze zmíněných situací nastane.

Chápeme-li bulimickou rodinu jako rodinu narušenou, můžeme zde vymezit některé ze společných rysů zaznamenaných Virginií Satirovou (2006) během její dlouholeté praxe. Mezi společné znaky, které tyto rodiny vykazují, patří například nepřímá a vyhýbavá komunikace, rigidní normy a pravidla uvnitř rodiny, dezorganizace, poměrná izolovanost vůči vnějšímu světu či nízká míra pozitivního sebehodnocení. Nicméně častou chybou v posuzování bulimických rodin bývá apriorní předpoklad výskytu patologie, který zde může působit jako jeden z možných spouštěčů onemocnění.

„U některých dívek vzniká mentální bulimie jako reakce na rodinné tlaky. Dívka cítí, že rodina očekává, že bude všechno dělat dobře nebo že toho od ní očekává příliš mnoho“ (Maloney, 1997, 15).

Také vzor, který má dívka ve svých rodičích, velmi silně ovlivňuje možnost výskytu poruchy příjmu potravy. Je velmi pravděpodobné, že dcery matek, které drží či držely diety, budou také vykazovat silnější tendence ke zvýšené kontrole svých tělesných proporcí a hmotnosti. Společné stravování a pevně stanovený denní režim v takto postižených rodinách často chybí. Bulimické dívky se většinou v důsledku studu schovávají s velkým množstvím jídla mimo zorné pole ostatních lidí, včetně přátel a příbuzných. Tato sociální izolace pak může vést k totálnímu přerušování vztahů s vrstevníky i rodinou. Důvěrné vztahy v rodině bývají často narušeny v důsledku lži a krádeží, ke kterým jsou dívky, jenž zcela propadly své nemoci, často nuceny (Krch et al., 2005; Novák, 2010).

V důsledku zjištění výskytu této nemoci dochází často v rodině k zásadním změnám v oblasti kvalitativní i kvantitativní náplně rolí jednotlivých členů rodiny a k narušení vztahových sítí uvnitř rodiny, jak mezi rodiči jako partnery, tak mezi matkou či otcem a dcerou. Vědomí nemoci vlastního dítěte vede rodiče k pocitům zoufalství, viny či k rezignaci na celou tíživou situaci. Otcové však mají častěji tendence onemocnění

popírat. Později prožívají rodiče vůči své dceři převážně ambivalentní pocity (Vágnerová, 2008).

Autoři Stern a Dixon s kolektivem (1989) se ve své práci věnovali rodinnému prostředí 114 dívek s poruchou příjmu potravy. Došli společně k závěru, že pro rodiny s výskytem mentální anorexie či bulimie jsou charakteristické tendence ke konfliktním situacím, silná orientace na výkon a úspěch a zároveň nižší míra emoční exprese. Krch et al. (2005) zmiňuje studii Dolana z roku 1990, ve které bylo zjištěno, že bulimické pacientky subjektivně hodnotí své rodinné prostředí jako rigidní s nízkým zájmem a vztah rodičů považují za konfliktní. Dále také uvádí výzkum Humphreyho datovaný do roku 1986, jehož závěr se týká přítomnosti agresivních projevů a nedostatečného zájmu a empatie v bulimických rodinách.

Existuje množství dalších psychologických škol, které přistupují k chápání patologie v rodinách různě. Například dle Freuda a jeho analytického myšlení je potřeba k porozumění současným problémům uvědomění si jednotlivých mezníků prožívaných v dávnější minulosti, v dětství. Adler v rámci své individuální psychologie zdůrazňuje tzv. vůli k moci, potřebu jedince získat vyšší postavení v rámci určité společnosti a vyvarovat se tak pocitu méněcennosti. Dítě již od počátku svého života usiluje o začlenění se do společnosti. Snaží se v ní zaujmout určitou specifickou pozici. První společností, ve které se o toto snaží, je pak jeho rodina. Pokud se toto dítěti nepodaří, může se později prožitá zkušenost vynořit a přinést s sebou jisté patologické rysy (Plaňava, 2000).

3.1 Souvislost mezi procesem separace a MB

Souvislost mezi sociálním porodem zmíněným v předchozí kapitole a mentální bulimií vysvětluje Chvála s Trapkovou následovně. Ve své praxi se společně setkali s velkým množstvím dívek s poruchou příjmu potravy, ať už s diagnózou mentální anorexie či bulimie. Jedno je však zcela jasné. Vnitřní nastavení a struktura rodin s touto poruchou je velmi podobná, často rigidní, zcela pohlcená problémem PPP, s agresivními vzorci chování, téměř neschopna řešit jakékoliv další otázky (Chvála, & Trapková, 2009; 2013). Důležitým termínem v procesu separace jsou hranice. Hranice, které je potřeba dítěti vymezit a zároveň je operativně měnit tak, aby mělo dítě dostatek vlastního prostoru, zároveň ale i tak, aby mělo možnost si tyto hranice dostatečně zažít, zvnitřnit a později vytvářet i své vlastní. V případě mentální bulimie nastává v této oblasti problém. Dívka s

touto poruchou často nezná hranice v přiměřeném slova smyslu. Buďto má své meze natolik rigidní a nepohyblivé, že prožívá etapu hladovění a příjem potravy je téměř nulový, nebo naopak své hranice povolí natolik, že podléhá nekontrolovatelným záchvatům přejídání spojeným s excesivním cvičením či čistícími mechanismy (zmíněny v kapitole 1.2, 1.3).

3.1.1 Role matky v životě dcery s MB

Současný přístup rodinné terapie k problematice poruch příjmu potravy hovoří o matce převážně jako o elementu, který zaujímá stěžejní postavení v životě dcery s mentální anorexií, hovoří se často o tzv. anorektické matce, která bývá charakteristická svou hyperprotektivitou a zaměřením na výkon. (Krch et al., 2005). Theander (1970, in Krch et al., 2005) dříve uveřejnil studii, ve které uvádí, že 6,2 % matek 99 sledovaných anorektických dívek také trpělo mentální anorexií.

Mnoho autorů však dnes chápe mentální bulimii a anorexií ne jako dvě samostatná onemocnění, nýbrž jako dvě strany jedné mince - tedy jako odlišné strany či projevy téže nemoci. Částečně to dokládá také Krch s kolektivem (2005, 23), když uvádí, že: *„jde o velmi heterogenní skupinu poruch s přiměřeně variabilním průběhem a prognózou“*. Z toho pak vyvozují, že i kdybychom rigidně prisuzovali klíčové postavení v případě MB otci a naopak v případě MA matce, nebylo by v důsledku prolínání nemocí možné určit, který z rodičů zaujímá v životě takto nemocné dívky stěžejní pozici. Kromě toho rodinný systém nepovažují za soustavu fungující na základě lineárních, ale cirkulárních principů kauzality, což znamená, že v rodině nedochází k prostému a přímému ovlivňování, ale ke složitým interakčním procesům, které mohou - ale nemusí - vznik a výskyt poruchy příjmu potravy ovlivnit. V žádném případě tedy není mou snahou stanovovat jakákoliv paradigmat, která by jednoznačně vymezovala příčiny onemocnění, význam matky v životě bulimické dcery či snad její možný podíl na vzniku onemocnění.

Její role je však nepopíratelná i v případě, že hovoříme izolovaně pouze o diagnóze mentální bulimie. Nejen v životě bulimičky, ale i pro většinu zdravých dívek totiž matka představuje první ženský vzor, v němž může dospívající dívka hledat návod na to, jak se stát ženou. V případě poruch příjmu potravy se často setkáváme s názorem, že tyto poruchy představují jakýsi způsob, jakým se může dívka prostřednictvím hubeného, zdánlivě dětského těla navrátit k bezpečnému období dětství.

3.1.2 Role otce v životě dcery s MB

„Základní složkou v životě každé ženy je její vztah k otci“ (Leman, 2008, 9).

V souvislosti s mentální bulimií nastává ve vztahu otec - dcera zlom v období dospívání. Pravděpodobně to není náhodou, že jde o čas, kdy poruchy příjmu potravy nejčastěji propukají. Z dívky se stává žena, a počínaje těmito změnami přestává být otec schopen vyjadřovat emoce vůči své dceři v takové míře, jako tomu bylo dosud. Dívka náhle od svého milovaného tatínka neslychá, jak je nádherná a co pro něj znamená, což v ní logicky vyvolává pocity nejistoty a strachu. Otce však nelze v tomto smyslu prostě odsoudit, neděje se tomu ze ztráty zájmu vůči doteď tolik milované dceři. V období puberty dochází k obrovskému přelomu jak pro dívku, tak i pro jejího otce. Z dívky se stává žena, což ji samozřejmě znejišťuje, stejné pocity pak může prožívat i otec. V důsledku toho, ze strachu z dvojsmyslnosti projevovaných citů, se otec uchyluje k mlčení. Mlčení, které může být spouštěčem tolik zásadního zmatku a prázdnoty. Najednou může být tolik jednoduché spojit si své tělesné změny s otcovým nezájmem (Corneau, 2010; Krch et al., 2005).

„Mnoho mužů si zřejmě plete touhu po incestu s tím, čemu bychom mohli říkat otcovský eros. Tímto termínem rozumím schopnost otcovského vztahu, tepla, citu a zosobněné lásky. Nejde o sexualitu, ale o náklonnost“ (Corneau, 2010, 71). Tento otcovský eros pak představuje jeden ze stěžejních činitelů ovlivňujících psychický vývoj dívky.

Již zmíněný pojem prázdnota je v této kapitole velmi významný. Intenzita tohoto prožitku roste přímo úměrně s mlčením otce. Čím víc se dívka potýká s tímto jevem, tím více je přesvědčena o pocitu vlastní neschopnosti, a tím více ke svému otci také vzhlíží a chápe jej jako mužský ideál. Otec se mnou nemluví, protože pro něj nejsem dost dobrá, krásná či inteligentní, a tak často začíná dívčina cesta za dokonalostí (Corneau, 2010; Leman, 2008).

„Přesně v této době je dcera zmítána nejistotou, protože její tělo prochází změnami, přesně v této době přemýšlí, jak muži na ni budou hledět jako na ženu a ne jako na dítě - a otec se drží zpátky. Tím potvrdí všechny její nejhorší obavy“ (Leman, 2008, 132).

Hovoříme-li již o terapii mentální bulimie, přichází Chvála s Trapkovou (2007) s informací o výrazně rychlejším pokroku v léčbě za předpokladu, že se podaří probudit v otci aktivitu a dostat jej na stranu dívky, což nezpochybnitelně dokazuje význam

otcovské figury v životě dívky s mentální bulimií. Doktor Leman (2008, 17) pak tuto myšlenku svým výrokem „*na otci opravdu záleží*“ také potvrzuje.

4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍLE VÝZKUMU, VÝZKUMNÉ OTÁZKY

Cílem mého výzkumu bylo popsat povahu a dynamiku vztahů a jejich vývoj v rodině s výskytem poruchy příjmu potravy, konkrétně mentální bulimie. Dále jsem se pokusila zmapovat a objasnit povahu jejich narušení a možnosti rehabilitace. Zjistit, jaký vliv mělo zjištění výskytu poruchy jak na dílčí rodinné vztahy, tak na komplexní fungování celé rodiny, a to z pohledu dcery, matky a otce a ve finále tedy vytvořit holistický obraz jedné rodiny zasažené mentální bulimií.

S ohledem na citlivost a složitost tématu jsem ve své práci zvolila kvalitativní přístup zkoumání, který je sice často pro svou časovou a badatelskou náročnost mezi studenty obávaný, mně však v tomto případě připadal vhodný a s ohledem na množství rodin ochotných, či spíše neochotných výzkum podstoupit, také jediný vypovídající. Vzhledem k tomu, že je doposud značně obtížné dohledat odborné psychologické výzkumy, které by mentální bulimii zkoumaly ve vztahu k rodině a jejímu fungování v širších souvislostech zohledňujících prožívání ostatních rodinných příslušníků, pojala jsem tento výzkum jako jakýsi drobný explorativní vhled, příklad toho, jak může život v takto nemocné rodině vypadat. Přestože sice chápu každou rodinu jako jedinečnou a specifickou, vnímám jisté prvky, které se vyskytují ve většině bulimických rodin. Vzhledem ke svým zkušenostem a kontaktům s dívkami s mentální bulimií si pak troufám tvrdit, že budou mnohé z rysů vyskytujících se u rodiny, se kterou jsem v rámci svého výzkumu pracovala shodné nebo alespoň velmi podobné tomu, co je možné vidět i v dalších bulimických rodinách.

4.1 Charakteristika kvalitativního výzkumu

V psychologickém bádání můžeme rozlišovat dvě základní paradigmaty, na straně jedné stojí kvantitativní a oproti němu kvalitativní přístup. Jelikož je celý tento výzkum postaven na snaze hlouběji pochopit případ konkrétní rodiny zasažené mentální bulimií, zvolila jsem jednoznačně kvalitativní přístup získávání a zpracování dat, který je charakteristický snahou komplexně nahlížet na celistvou problematiku, čímž je také dle mého názoru zcela v souladu s povahou mého výzkumného záměru. Tento přístup

mi umožnil nahlédnout hluboce pod povrch zkoumaného problému a mezi jeho jednotlivé souvislosti, čehož bych prostřednictvím kvantitativního šetření nedocílila.

Dle akademického slovníku (Kraus, & Petráčková, 2001) můžeme pojem kvalita, z něhož je název přístupu odvozen, chápat mimo jiné jako souhrn vlastností, které utváří povahu daného jevu, již se pak specificky odlišuje od jevů ostatních, což myslím adekvátně odráží i význam celého tohoto přístupu. Oproti tomu Strauss a Corbinová (1999, 10) vymezují kvalitativní výzkum poměrně jednoduše, a to jako: *„jakýkoliv výzkum, jehož výsledků se nedosahuje pomocí statistických procedur nebo jiných způsobů kvantifikace“*.

Miovský (2006) zmiňuje některé termíny charakterizující kvalitativní, jindy označovaný také jako idiografický přístup, a to například nekvantifikovatelnost, jedinečnost, neopakovatelnost či kontextuálnost. Podle Hendla (2005) lze idiografický přístup charakterizovat jako nenumerický, odehrávající se v přirozeném prostředí, což znamená, že zde nejsou respondenti vystavováni žádným laboratorním podmínkám. Často bývá také označován jako pružný, jelikož lze v jeho případě na základě zjištěných dat pozměňovat v průběhu šetření výzkumné otázky, čehož jsem využila i já. Přestože bylo v minulosti kvalitativní zkoumání chápáno pouze jako jakási podřadná forma výzkumu, dnes si již získal svou ceněnou pozici, a to zejména proto, že je podle mnohých autorů jen velmi málo psychologických fenoménů, které lze pojímat jako obecně platné. Zaslouhují si tedy individuální přístup. Mimo to je kvalitativní typ výzkumu také hojně využíván i v kombinaci s přístupem kvantitativním jako tzv. smíšený design (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Důležitým rysem kvalitativního výzkumu je také bezprostřední kontakt mezi výzkumníkem a respondentem v procesu získávání dat, který já osobně považuji v psychologii za nedocenitelný a pro následné vyhodnocení dat zásadní. Podle Gavory (2000, 181) se výzkumník snaží: *„vysvětlovat jevy očima zkoumaných osob a ne na základě svých vlastních názorů, očekávání, tradic apod. Všimá si i rozdílů mezi zkoumanými osobami a zjišťuje, zda existují rozdíly v tom, jak se ony dívají na danou věc.“*

Analýza dat neprobíhá prostřednictvím kvantifikace a statistického zpracování dat jako je tomu u kvantitativního výzkumu, nýbrž na základě induktivního postupu, jehož prostřednictvím se výzkumník pokouší sestavit možný obraz reality, kterou během svého šetření zachytil (Hendl, 2005).

4.2 Výzkumná otázka

Otázkami, které jsem si před započítím svého výzkumu položila, byly například:

- Podílí se rodinné prostředí na vzniku a vývoji mentální bulimie?
- K jakým změnám dochází v dříve adekvátním rodinném fungování v důsledku zjištění výskytu mentální bulimie v nukleární rodině?
- Jaké rozdíly zaznamenávají jednotliví členové rodiny vzhledem k ostatním, k jejich rolím a pozicím, názorům a postojům?
- Jak se s přítomností mentální bulimie mění vztahová linie a citová stabilita rodiny oproti premorbidnímu rodinnému nastavení?

Vzhledem k tomu, že je možné výzkumné otázky v průběhu výzkumu měnit a rodina, se kterou jsem měla možnost pracovat je již ve fázi kompenzace a dívka tedy nevykazuje žádné známky ani diagnostická kritéria mentální bulimie či jiné poruchy příjmu potravy, rozhodla jsem se celý problém rozšířit také o pohled na současný rodinný stav, tedy na to, jakým způsobem bylo možné narušené vztahy rehabilitovat či jakýmkoliv jiným způsobem měnit oproti dřívějším obdobím.

Na základě tohoto poměrně obecného ukotvení jsem vymezila základní výzkumnou otázku, a to **VO: „*Jaká je dynamika a vývoj vztahů v rodině s dg. mentální bulimie?*“**, na kterou jsem se snažila odpovědět pomocí metody Ostrov rodiny a polostrukturovaného rozhovoru. Vzhledem k tomu, že jsem pracovala jak s dcerou, tak s rodiči, bylo samozřejmě nezbytné vytvořit pro výzkum dvě sady otázek. Kompletní znění otázek polostrukturovaných rozhovorů přikládám jako přílohy č. 4 a 5.

5 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ZÍSKÁVÁNÍ DAT

V této kapitole bude popsána strategie výběru, na jejímž základě jsem stanovila výzkumný soubor, v mém případě konkrétní rodinu pro případovou studii. Dále budou objasněny metody získávání dat.

5.1 Charakteristika a výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl zvolen samovýběrově na základě širšího spektra zvolených postupů, kterými jsem se snažila možné respondenty oslovit. Rodina, se kterou jsem na svém výzkumu spolupracovala, tedy využila této možnosti a sama mě zpětně kontaktovala. Vzhledem k etickým hlediskům a celkové koncepci šetření, kdy bylo nezbytné nalézt takovou rodinu, v níž by byli ochotni spolupracovat kromě dívky s MB v anamnéze také její rodiče, bylo z mé strany téměř nemožné oslovovat kohokoliv přímo s nabídkou možné účasti. Také vzhledem k faktu, že je převážná většina dívek s mentální bulimií léčena ambulantně, bylo mé pátrání značně ztížené.

První z cest, jak najít vhodné kandidáty pro tento výzkum byla distribuce letáčků informujících o možnosti zúčastnit se mého výzkumu, a to v ambulancích klinických psychologů, poradnách pro rodinu, na psychiatrických odděleních fakultních nemocnic, či v krizových centrech v Olomouci, Frýdku-Místku a v Ostravě. Bohužel tato část republiky byla pro můj výzkum nedostatečná a nesetkala jsem se zde na základě letáčků s jedinou vstřícnou odpovědí. Rozhodla jsem se tedy rozšířit své vody hledání a využila jsem internetových diskusí, fór a webových stránek určených pro dívky s poruchou příjmu potravy a jejich blízké. Tento postup však také nebyl úspěšný. Kromě těchto způsobů jsem pak hojně využívala spolupráce s klinickými psychology, kteří se aktivně snažili mi pomoci s hledáním prostřednictvím oslovení svých konkrétních klientů a rodin s požadovanou diagnózou nebo alespoň tuto možnost nabídli svým kolegům, například na supervizních setkáních. To vše už v rámci celé České republiky, někdy s přesahem za hranice republiky Slovenské.

Výzkumný soubor, na kterém pak byl celý výzkum proveden, představují tři členové nukleární rodiny, ve které se vyskytla diagnóza mentální bulimie v anamnéze. Konkrétně se jedná o dvaadvacetiletou dívku a její rodiče. Dále budu hovořit o rodině B (bulimické), jméno žádného z členů rodiny nebude v celé práci z etických důvodů uvedeno.

5.2 Metody získávání dat

Metodami získávání dat, které jsem si zvolila pro svůj výzkum, jsou polostrukturovaný rozhovor, který jsem individuálně provedla se třemi členy primární rodiny- s otcem, matkou a dcerou s diagnózou mentální bulimie v anamnéze. Ve všech případech byl pořízen kompletní audiozáznam rozhovoru, který umožnil jeho transkripci. Druhou metodou, kterou jsem využila, pak byla metoda autorů Riegra a Vyhnálkové Ostrov rodiny.

5.2.1 Polostrukturovaný rozhovor, cirkulární dotazování

Polostrukturovaný rozhovor je taková forma interview, ve které sice postupně pokládáme v určitém pořadí respondentovi ty otázky, které jsme si předem připravili, jeho polostrukturovanost však spočívá v tom, že máme jako výzkumníci možnost spontánně reagovat a doptávat se na aktuální informace. Participantovi při tom necháváme dostatečný prostor ke spontánnímu vyjádření. Může tak zmínit a rozvést právě to, co sám považuje v dané tematicke za stěžejní. Celým tímto postupem pak zvyšujeme autenticitu a prohlubujeme náš vhled do zkoumané problematiky.

Pro Hendla (2012, 164) je polostrukturovaný rozhovor: „*určitá střední cesta, jež se vyznačuje definovaným účelem, určitou osnovou a velkou pružností celého procesu získávání informací*“.

Cirkulární dotazování, kterého jsem v rámci těchto rozhovorů využila, pak konkrétně přináší do výzkumu širší rozměr, díky němuž jsem například mohla srovnávat mínění jednotlivých členů rodiny, a dojít tak k závěru týkajícímu se shody či rozdílnosti názorů na situaci v rodině. Mimoto sloužil tento způsob dotazování také jako nástroj triangulace dat.

Vlastní rozhovor, který jsem v rámci svého výzkumu provedla, byl složen z 20 otevřených otázek. Rozhovor také mapoval 3 specifická období v životě kazuistické rodiny, a to dobu před propuknutím mentální bulimie, v jejím průběhu a po vyléčení nemoci. Konkrétní délky jednotlivých rozhovorů pak byly 1 hodina a 16 minut v případě dcery, která je v přepisu rozhovoru označovaná jako R(D), rozhovor s otcem R(O) trval rovné 2 hodiny, přičemž značná část rozhovoru nijak blízce nesouvisela se zkoumanou problematikou a mohla tak být vyřazena z transkripce. Dotazování matky R(M) zabralo 1 hodinu a 5 minut. Po přepisu získaných rozhovorů byla provedena pro ověření získaných dat také dodatečná verifikace zjištění.

5.2.2 Ostrov rodiny

Ve svém výzkumu jsem se rozhodla kromě polostrukturovaného rozhovoru využít také projektivní metodu autorů Riegra a Vyhnálkové Ostrov rodiny, která je postavena na principu metaforického znázornění rodinného systému jakožto ostrovu Ora (Sobotková, 2012).

Autoři o Ostrovu rodiny uvádějí, že: „*nabízí obrazné vyjádření mnohvrstevnatého, polydimenzionálního ekosystému, jehož obyvatelé jsou tvůrci jeho pevniny. Ostrov rodiny je svébytným integrujícím pojetím rodinného systému.*“ (Rieger, & Vyhnálková, 1996, 11).

Tato metoda prvně vznikla na základě spolupráce autorů - terapeutů spolu s četnými skupinami různorodě zasažených rodin. Co se provedení týče, existuje více způsobů, kterými lze tuto metodu realizovat v praxi. Jednak lze tvořit Ostrov rodiny jednotlivě, je zde však i možnost spolupráce celého rodinného systému na jednom společném díle (Rieger, & Vyhnálková, 1996). To může vést k množství interakcí s cennou vypovídající hodnotou o konkrétní rodině.

Rodinu lze znázornit také podle Vyhnálka a Vyhnálkové (1991), a to jednak kresebnou metodou pomocí zaznačování symbolů znázorňujících jednotlivé elementy v životě jedince, či také modelováním rodiny s užitím různých výtvarných materiálů. Hovoříme tedy o mapě a modelu rodiny.

Já jsem se však ve svém výzkumu rozhodla využít jakési syntézy obou možností, tedy požádat své respondenty, aby mi každý z nich vytvořil individuálně svůj náčrt Ostrova tak, jak jej vnímá jen a jen on, a to právě prostřednictvím mapy. Jak uvádí Vyhnálek a Vyhnálková (1991, 31): „*při individuálním pojetí může každý zcela svobodně uchopit (ztvárnit, zhmotnit) svoji představu rodiny*“. Konkrétně jsem žádala o ztvárnění ostrova jako specifického prostředí a následné zakreslení nukleární rodiny a MB do prostoru. Poté byli respondenti vyzváni k tomu, aby vyznačili cesty mezi jednotlivými osobami a také mezi členy rodiny a MB. Poslední instrukcí bylo symbolické znázornění jakési specifické duše rodiny.

Podle těchto jednoduchých pokynů, které jsou postupně zadávány, zakresluje respondent do své mapy symboly znázorňující blízké osoby, vzdálenosti, konstelace a vztahy mezi nimi. Celá aktivita pak není časově omezena a respondent tak má tolik času, kolik je pro jeho metaforu zapotřebí (Rieger, & Vyhnálková, 1996).

Každý ostrov je zákonitě obklopen oceánem, který vytyčuje mez, kam sahá jeho pevnina a kam už nikoliv. Který umožňuje, popřípadě znemožňuje, přístup ostatním. Který může být hranicí samoty, ale i tolik potřebného bezpečí. Má také svou historii a specifickou duši, bez ohledu na to, zda se jedná pouze o odraz naší mysli na papíře či o ostrov reálný. Každý takový ostrov pak dává prostor k životu. Prostor osobám živým i neživým, zvířatům i věcem. Jednoduše všemu, co je pro jedince v jeho skutečném životě důležité (Rieger, & Vyhnálková, 1996).

5.2.3 Kazuistika

Kazuistika neboli případová studie představuje jeden ze základních přístupů kvalitativního výzkumu. Její podstatou je podrobná deskripce a charakteristika jednoho systému či malého množství případů, která nám umožňuje detailní pochopení jedinečností, důležitých souvislostí a také hlubší vhled do zkoumaného problému (Hendl, 2012).

Hendl (2012) rozlišuje širší spektrum kazuistik, a to na základě případu, který v rámci výzkumu sledujeme. Konkrétně jsou to například osobní případová studie, která zkoumá určité charakteristiky jednotlivce, dále je také možná studie komunity, organizací a institucí, programů, událostí, rolí a vztahů. Poslední z možností je pak případová studie sociálních skupin, jejímž cílem je analýza jednotlivých sociálních a vztahových interakcí. Zde se může jednat konkrétně o případovou studii rodiny, což je i případ mého výzkumu.

Není jednoduché vystihnout takovýto příběh komplexně ve všech jeho souvislostech tak, aby nám poskytl ucelený obraz toho, co zkoumáme. Jak uvádí Hendl (2012, 113): „*studie musí být úplná, musí vyhledávat a navrhnout alternativní vysvětlení fenoménu a dívat se na něj z různých perspektiv, má obsahovat dostatek popisu získaných dat*“.

5.3 Deskriptivní fenomenologie

Metodou zpracování a analýzy dat, na které jsem svůj výzkum postavila, byla tzv. deskriptivní fenomenologická analýza, která není založena na objektivním nazírání na zkoumanou skutečnost, nýbrž zohledňuje subjektivitu zkoumaného. Také výzkumníka pak chápe jako subjekt, který je součástí utváření reality, a je tak do celého procesu zapojen (Englander, 2012; Willig, 2008).

6 ETICKÉ ASPEKTY VÝZKUMU

Respondenti nebyli v rámci výzkumu žádným způsobem klamáni a již od jeho počátku byli seznámeni s výzkumným záměrem a informacemi, které budou v rámci našeho rozhovoru a projektivní techniky předmětem zjišťování. Jedním z možných rizik byla sekundární viktimizace respondentů na základě vynoření jednotlivých vzpomínek a emocí v průběhu sběru dat. Celá záležitost však byla důkladně ošetřena a klienti, jak sami uvedli, odcházeli zcela v pořádku a bez jakékoliv újmy. Respondenti byli také předem seznámeni s nutností pořízení audiozáznamu rozhovoru, přičemž jsme se dohodli, že souhlas s nahráváním bude také formou informovaného souhlasu.

7 SEZNÁMENÍ S VÝZKUMNOU RODINOU

Kazuistická rodina sestává z 3 členů nukleární rodiny, a to dvaadvacetileté dcery, sedmačtyřicetiletého otce a pětačtyřicetileté matky. Reálně se jedná o rodinu čtyřčlennou, starší bratr (25 let) se však výzkumu nezúčastnil.

Dívka absolvovala víceleté gymnázium a v současné době je úspěšnou studentkou vysoké školy, což obnáší mimo jiné i to, že většinu týdne žije v jiném městě než její rodina. Otec pracuje ve státní správě, matka je obchodní manažerkou, oba jsou středoškolsky vzdělaní. V práci trávili a tráví poměrně dost času. Sami se označují za ambiciózní, cílevědomé a perfekcionistické, což podle názoru matky také dcera zdělila.

„Oba dva jsme hodně dominantní, oba dva jsme hodně cílevědomí, a to možná i ty děcka takhle vnímaly. A taky perfekcionismus, my ho máme v sobě zakódovaný. Jak manžel, tak já. To jsme jí určitě dali“, dokládá matka.

V anamnéze rodiny není patrná žádná zmínka o poruchách příjmu potravy, které by se zde mohly vyskytnout dříve než u respondentky R(D). Sama dcera řekla, že *„vůbec neví, odkud to znala“*, a rodiče také nevnímali žádný zásadní podnět k tomu, aby se u dcery mentální bulimie objevila. Počátek nemoci je tedy nejasný. Propuknutí onemocnění datuje celá rodina přibližně do doby kolem 13. roku dcery, zcela přesně už to však nikdo z rodiny není schopen vymezit. Cca první rok dívka hovoří o epizodě anorektické, rodiče však tuto možnost nijak nezminili. Následujících 7 let, tedy do jedenadvaceti let dcery, už hovoří převážně o purgativním typu mentální bulimie, který byl epizodicky střídán typem nepurgativním. Nicméně po celých 7 let u respondentky převažovalo v rámci kompenzačních strategií záměrně vyvolávané zvracení, což podle výpovědí rodiče také považují za základní projev mentální bulimie.

V souvislosti se vznikem mentální bulimie byl opakovaně zmiňován přechod dcery na víceleté gymnázium. Do té doby hodnotili rodiče svou dceru jako „kulatou“ či „roztomile baculatou“ a „s dobrým apetitem“, což potvrzuje i dívka samotná. To, že dcera nebyla jako dítě štíhlá, pak otec spatřuje jako jedinou možnou objektivní příčinu vzniku nemoci. Matka pomýšlí zejména na osobnostní charakteristiky, které jsou pro dívky s PPP příznačné. Již zmíněné ambice, perfekcionismus, cílevědomost a pracovní vytížení byly pro matku v době před vznikem MB typické. Dcera tak podle matky mohla cítit potřebu být výkonná a úspěšná tak, jako to viděla u svých rodičů, zejména pak u ní.

Ještě před tím než vstoupila do života dcery, a nejen jí, mentální bulimie, byla rodina B hodně soudržná, citové vazby uvnitř ní byly intenzivní a blízké. Rodiče byli úspěšní v práci, děti pak ve škole a ve svých volnočasových aktivitách. Rodina trávila většinu volného času společnými aktivitami, výlety, víkendy trávenými na chalupě. Dcera byla veselá, aktivní a komunikativní, matka dominantní a cílevědomá žena, otec byl pak často zmiňován jako ten, který s dětmi trávil větší část času v době, kdy byla manželka na služebních cestách napříč Českou republikou. Vztah dcery k otci matka komentovala takto: „*pro ni patrně taťka vždycky znamenal nějaký idol. Něco, čemu se chtěla ne přiblížit, protože je to chlap, ale chtěla pro něho být ta nejlepší*“. I dcera samotná přiznává, že si v tomto období vybavuje převážně aktivity s otcem, matku pak často spojuje s prací. Dcera však blízkost v rodině specifikuje přibližně do svých 10-11 let, tedy do doby, než nastalo stěhování rodiny do rodinného domu, kde již v důsledku povinností a práce nebylo tolik prostoru pro zábavu a společné aktivity.

Fakt, že je s dcerou něco v nepořádku a že pravděpodobně trpí poruchou příjmu potravy, odhalila matka na základě postupně vyvstávajících indicií. Prvním impulsem, který jí tehdy napověděl, bylo postupné, ale stále zřetelnější separování se od okolí, rodiny i vrstevníků. „*Už bylo vidět, že nekomunikuje, že se snaží vyhýbat tomu okolí*“, což byl veliký rozdíl oproti tomu, jak veselá, otevřená a komunikativní dívka byla jejich dcera do té doby. Postupně pak přibývaly další a další varovné signály, které matku dívky ujistily v tom, že se jejich dcera potýká s tímto problémem. Separace, změny nálad, uzavírání se do sebe a postupem času také úbytek váhy. Jelikož se matka pohybovala ve zdravotnictví, byla si hned od počátku alespoň zevrubně vědoma toho, co tato nemoc obnáší. Manžel a otec měl o mentální bulimii pouze povrchní povědomí a nic konkrétního nevěděl. K dceřině stavu pak zaujímal diametrálně odlišný postoj než jeho manželka. Mentální bulimii chápal jako dceřinu hloupost, rozmar. Tento názorový a přístupový nesoulad pak trval po celou dobu dceřiny nemoci, tedy následujících přibližně sedm let.

Hned na začátku se rodiče dohodli na tom, že vyhledají odbornou pomoc. Měli za to, že: „*to odhadli poměrně brzy. Ještě v době, kdy to nebylo až v takové fázi*“, a tak na radu pediatričky navštívili psycholožku. Tehdy dcera absolvovala přibližně dvě až tři sezení, která se nesetkala s valným úspěchem, a tak se již další nekonala. V průběhu měsíců a let následovaly další zejména neúspěšné pokusy. Jednotlivé projevy mentální bulimie postupně gradovaly, což mělo za následek eskalaci konfliktů a odcizení v rodině. V důsledku dceřina onemocnění, separace, lži a neochoty ke spolupráci pak vznikaly

opakované konflikty mezi rodiči. „*Jednoznačně jsme se hádali pořád. My už jsme se hádali s manželem jenom kvůli tomu. My jsme v podstatě neměli žádný jiný problém a jediné co, tak jsme řešili tady tuhle situaci. A hádali jsme se v tom, jak to řešit*“. Toho si byla vědoma i dcera, která dokonce zmiňovala obavu z možného rozvodu rodičů.

Matka přistupovala k dceři a její bulimii nenásilně a s pochopením, jak sama říkala, nechtěla tlačit, protože by to stejně nikam nevedlo, což potvrdila i dcera svým výrokem: „*i když oni chtěli, tak se to nikam nehnulo, když mně to bylo jedno a nechtěla jsem. Takže nebylo na rodičích, jestli se něco změní nebo ne*“. Čas od času se snažila dceru navést k řešení a podnítit v ní snahu. Oproti tomu otec se k bulimii a dceřině chování stavěl striktně a s razancí, což nesnášela dobře, a tak vznikala zásadní propast i mezi nimi.

Tento vztah tedy fungoval částečně na principu vzájemného vyhýbání se, „*protože buď ona chce utéct před tím, aby nemusela cokoliv vysvětlovat, nebo já to obcházím, abych zase nevybuchnul*“, vysvětloval otec. To obdobné pak zmínila i dcera zcela nezávisle na výpovědi svého otce. Celá komunikace pak byla většinou vyhýbavá a nucená. Otec věděl, co dcera v důsledku své poruchy činí, zároveň však mentální bulimii nepřijímal jako nemoc a otevřeně se k ní stavěl jako, jak sám uvedl, nějakému rozmaru. Přesto se určitým způsobem dceřino chování snažil, mimo jiné pod vlivem manželky, pochopit a díky tomu také korigoval své striktní a razantní projevy. Vnitřně jej dceřin stav trápil, je však racionální typ a zde racionální příčinu nespatořoval, a tak MB nedokázal a nechtěl pochopit. Před dceřinou nemocí utíkal za sportem, vybit se. Přesto čas od času nezabránil kumulaci napětí, které v něm stále rostlo v důsledku dceřiných krádeží, lží, odměření a neochoty spolupracovat, a tak vybuchnul. „*Radši jsem se moc neptal, nechtěl jsem do toho zasahovat, ale když se zase něco nakumulovalo, tak to jsem problém řešil řevem, vzteklou náladou, rozkopáním jejího pokoje, vysypáním odpadkových košů. Všechno lítalo*“. To vyvolávalo reakce v dceři, která se tak stavěla vůči otci stále výrazněji do opozice a stále více se mu vyhýbala. Bylo i období, kdy odešla z domova a přibližně měsíc bydlela u přítele, schovávala se. V tu chvíli se o opětovné navázání kontaktu zasloužil právě otec. Pociťovala také strach, obavy a nejistotu. Věděla, že otec ví, co dělá. Nejprve se k celé záležitosti stavěla lhostejně, nechápala, co může někomu vadit na jejím životním stylu, jak sama mentální bulimii dříve chápala. Nevěřila, že by mohla svým přístupem k jídlu a sobě samé škodit také někomu dalšímu, což vnímali i její rodiče. Postupem času si ale také začala uvědomovat, že už to nedokáže dělat jinak, že škodí sama sobě i okolí. I matka tuto změnu zaznamenala: „*já si myslím, že to je takové to uvědomění si, že najednou ten užitek*

je z toho menší než ten problém“. To už ale opět nechápal otec dívky. Začarovaný kruh. Zároveň ale v tomto vztahu existovaly i světlé stránky. I přes veškeré konflikty, které opakovaně mezi otcem a dcerou vznikaly, přes všechno to odcizení a chladnou atmosféru, která mezi nimi panovala, spolu trávili čas na společných zimních dovolených, kde dokázali fungovat bez jediného problému. Naopak: *„okolí nás asi i hodnotilo jako dost dobrou dvojku“*, uvedla dcera. Bylo to tak ve chvíli, kdy se dcera pohybovala ve stavu relativní psychické pohody a otec částečně uvěřil tomu, že se zase vše dostává do normálních kolejí, z čehož jej pak pravidelně vyváděla manželka. I na straně otce se tedy snaha navázat kontakt a dceři nenásilně pomoci projevovala.

„Minimum komunikace, občasné výbuchy z mé strany. Dcera se vyhýbala kontaktu, jako by utíkala před pohledy a výtkami. Na druhou stranu jsme spolu byli na dovolené, letní i zimní, několikrát a tam to vypadalo, že je vše ok“, cit. otec.

Ve vztahu mezi matkou a dcerou nedošlo k žádnému výraznému negativnímu posunu. Naopak matka byla v tuto dobu pro dceru jakousi jistotou a oporou. Komunikace tady byla z dceřiny strany jednoznačně otevřenější a sdílnější. *„Mamka si asi uvědomila, že mám MB a asi i věděla, co to se mnou dělá a že to nemám úplně ve svojí moci, kdežto taťka asi myslel, že mě řevem a zabavením věci donutí. Že třískne do stolu, ta holka přestane a bude zas všechno v pohodě“*. Jak obě uvedly, dokázaly spolu řešit otázky intimní, důležité a zásadní, avšak pouze, pokud se netýkaly mentální bulimie. Kdykoliv se matka pokusila zavést řeč na toto téma, byl takřkajíc oheň na střeše a dcera odmítala komunikovat i s ní. Rozhodla se proto přistupovat k dceři a jejímu problému nenásilně, protože věděla, kam by to vedlo, pakliže by tomu bylo jinak. A také věděla, že dokud nebude chtít dcera, nic se nemůže změnit. Mentální bulimii a její vliv na dceřino chování tak prožívala zejména vnitřně, čehož si je vědom jak manžel, tak i dcera. *„Je těžké... Je těžké bojovat s tím, že se snažíte říct tomu nejbližšímu, že je mnohem lepším člověkem, než za jakého se on považuje...“*, zmínila matka.

Nelze jednoznačně říci, že by v období, kdy se rodina s mentální bulimií potýkala, panovala v rodině pouze odtaziťatá nálada. Jisté sice je, že došlo k citelnému ochlazení jak jednotlivých dyadických vztahů, tak i komplexní rodinné atmosféry, rozhodně však nešlo o stabilní stav po celých 7 let. Naopak šlo o období plné impulzů, výkyvů, výbuchů, změn nálad a postojů, tedy o období značně nestabilní.

„Já jsem takový impulzivní a vždycky dovedu být v klídku, v pohodě, ale jakmile se to potom nakumuluje, tak to vybuchne a to potom vnášelo do té rodinné atmosféry opravdu to, že jednak to těžce nesla dcera a těžce to nesla i manželka.“

V současné době to je bezmála rok, co se respondentka, dle jejích slov, poprvé opravdu rozhodla definitivně se svou nemocí vypořádat. Zpočátku pocítovala v rodině vůči svému rozhodnutí vesměs nedůvěřivé postoje plné skepse, postupem času však narůstala opora jak v matce, tak i v otci. I rodiče přiznávají, že prvotním rozhodnutím dcery nepřikládali po opakovaných příslibech konce zvláštní důraz. *„Nevěřil jsem tomu, že by to chtěla změnit“*, zmínil otec.

Všichni tři respondenti, dcera, matka i otec, v otázce dneška a rodiny zmiňují přesmyk rodinné atmosféry. *„Změnilo se to celé o 360 stupňů. A asi je to pro všechny pořád trošku neuvěřitelné a takové zvláštní, křehké. Ted' se vlastně asi i trochu poznáváme, protože dřív pro to nebyl ani prostor, ani zájem a chuť“*, uvedla dcera. I otec s tímto názorem souhlasil a hovořil o absolutním zlepšení a otevřené komunikaci: *„bavíme se spolu rádi bez nějakého dívání se přes prsty, tak určitě je pohoda v rodině o 1000 % jinde, než byla v době, kdy ten problém propuknul nebo kdy tam byl každodenní“*. Podle názoru matky dnes rodina funguje v rámci možností skvěle, což přisuzuje i změně dcery: *„jednoznačně tam došlo ke zlepšení, protože je daleko víc otevřená, neuzavírá se, je sdílnější“*. Jinak dnes hodnotí matka svou dceru velmi podobně jako sebe sama před vznikem onemocnění. O dívce hovoří jako o dominantní, cílevědomé či houževnaté, ale také přiznává nárůst empatie. Stejnou vlastnost, tedy empatii, u sebe pozorují i sami rodiče. Obzvláště matka přiznává, že u ní dlouhé období nemoci zlepšilo schopnost a vůbec snahu vcítit se a pochopit ostatní. I otec, přestože je ve svých názorech stále poměrně zatvrzelý, projevuje snahu a dceři se snaží přiblížit. Přestože dnes dcera žije kvůli studiu jinde, tráví rodina volný čas společně a s větší intenzitou. Zajímají se jeden o druhého a snaží se co možná nejvíce komunikovat a zároveň respektovat osobní prostor každého.

S otcem dcera vychází nesrovnatelně lépe, tráví čas i společně ve dvou, jsou spolu také v aktivním kontaktu, což dříve, na rozdíl od vztahu s matkou, nebývalo zvykem. Otec uvádí, že dcera dokonce kontakt vyhledává a otevřeně komunikuje. *„Vztah je, myslím, velmi dobrý. Dostávám i pusu“*. Obdobně vnímá celou situaci i dcera, která zdůrazňuje kontakt, který se s otcem podařilo i po letech odcizení vnímaného z obou stran navázat. Také matka potvrzuje, že se podařilo dříve fungující vztah obnovit. Současný vztah matky

a dcery hodnotí obě ženy velmi kladně. Hovoří o poutu blízkém, otevřeném, podporujícím a sdílném. Nenastala v něm však natolik zásadní změna.

I přes sblížení a citelně vřelejší vztahy a atmosféru uvnitř rodiny se však dnes téma mentální bulimie velmi neřeší, přestože náznaky se ve společné diskusi čas od času naskytanou. Dcera sama uvádí, že se toto téma občas snaží záměrně vyvolávat, přesto se v rodině dceřina bulimie otevřeně a cíleně nezmiňuje. *„Asi z toho všichni mají pořád ještě respekt a myslím, že rodičům to jde pořád hodně blbě přes pusou“*, zmínila dcera. Také matka potvrdila, že se nemoc, která byla v rodině dlouhá léta přítomná, nerozebírá. *„Neznamená to, že je to mrtvé téma, není to to, že bychom se tomu vyhýbali, jenom to v tuto chvíli... Všichni si uvědomujeme, že to víme, že to je otevřené, že to je ve vzduchu, ale nikdo v tuto chvíli nemá důvod to jakýmkoliv způsobem řešit“*. Otec naopak vnímá, že se nemoc čas od času otevřeně řeší, přiznává však, že je bulimie určitým způsobem v rodině tabu, jelikož o ní vědí pouze členové nukleární rodiny. Před širší rodinou byla dceřina nemoc záměrně utajována. Z výpovědí však vyplývá, že tomu tak bylo zejména v zájmu dcery a jejího bezpečí.

Dalo by se tedy usuzovat, že rehabilitace vztahů v takto narušené rodině je možná, a že v rodině B se také tyto vazby, jak jednotlivé, tak komplexní rodinné pouto, zrehabilitovat alespoň částečně podařilo. Částečně proto, že i přes nepopiratelný pokrok, který se v rodině za rok podařil, vnímají stále členové rodiny jisté rezervy. *„Dcera má vyšší ambice pro fungování rodiny, chybí trochu kompromisu. Já si uvědomuju, co můžu od rodiny reálně čekat“*, zmínila matka.

„Asi už nejsem tak zabeďněná, nemám jenom svůj svět o sobě, ale i svět o nás.“,
okomentovala současnost dcera.

8 PROCES ANALÝZY DAT

Kontext prostředí rodiny, který jsem se ve své práci snažila vyzdvihnout, se i v rámci výsledků výzkumu dle mého názoru jeví jako značně zásadní prvek. Rodinu nelze v žádném případě globálně považovat za příčinu vzniku mentální bulimie, můžeme však hovořit o nepopíratelné souvislosti mezi přítomností mentální bulimie a narušením vztahů v rodině, které pak mohou zpětně působit na další vývoj onemocnění. Dovolím si tak tvrdit, že jsem kromě nových zjištění ve výzkumné části došla ve většině případů k těm závěrům, které již uvádím v kapitole 3 části teoretické.

Zásadním prvkem, který jsem mohla v rámci hodnocení a analýzy dat sledovat průřezově všemi třemi etapami bulimické rodiny, byla dynamika a vývoj ve vztahu otce a dcery, který sama považuji v celé této problematice za klíčový. Nejen tato dyáda, ale obecně jednotlivé dílčí interpersonální vztahy v rodině jsou oblastí, která byla v důsledku výskytu MB nejvíce narušena.

V rámci analýzy získaných dat jsem vymezila 3 **časové úseky** v životě rodiny B:

- premorbidní rodinné prostředí
- rodina s trvající MB
- rodina po vyléčení nemoci (přesněji aktuálně bez známek MB)

Dále jsem stanovila 7 základních **kategorií**, do nichž jsem kódovala jednotlivé pojmy, které jsem následně hodnotila a interpretovala. Tyto kategorie jsou ve všech třech etapách, až na výjimku kategorie „MB“, totožné. Tato třída není v prvním - premorbidním - období rodiny hodnocena.

Kategorie a kódované pojmy

Zde představuji kompletní výčet užitých kategorií a některé pojmy v nich kódované. Vzhledem k četnosti kódovaných pojmů uvádím pouze část z nich:

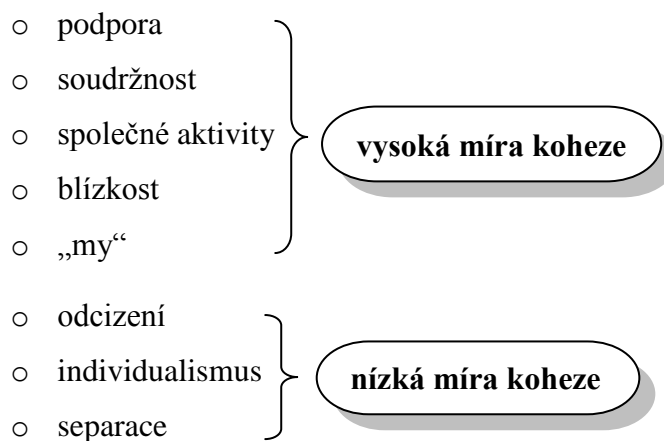
- ***Komunikace***

Komunikaci považuji za stěžejní prvek coby ukazatel funkčnosti, popř. nefunkčnosti rodiny. V rámci této kategorie jsem tedy kódovala rozmanité pojmy, na jejichž základě jsem pak vyhodnocovala, do jaké míry je komunikace v rodině zdravá neboli harmonická či naopak rezervovaná.



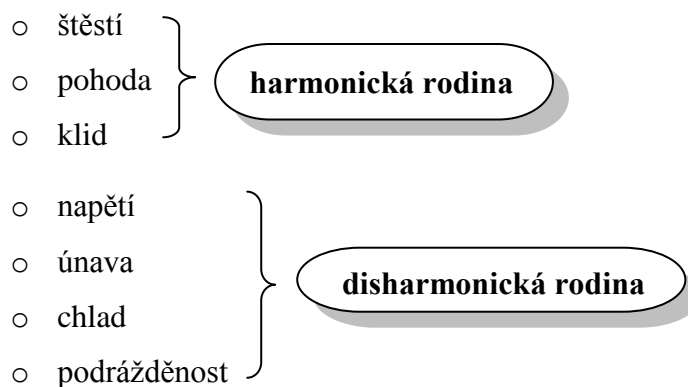
• **Koheze**

Pojem koheze vyjadřuje soudržnost rodiny. To, nakolik jednotliví členové vnímají rodinu a jednotlivé vztahy v ní jako blízké. Tato kategorie mi také ukázala, v jaké míře se v rodině vyskytuje vědomí „my“ oproti „já“.



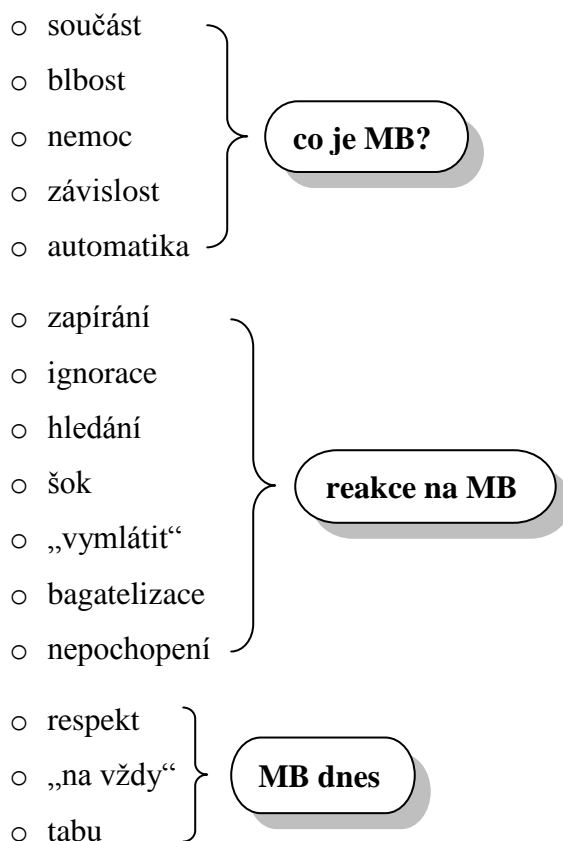
• **Rodinný systém**

Touto kategorií jsem zjišťovala, jakým způsobem hodnotí a vnímají jednotliví respondenti atmosféru, která v rodině panuje. Do jaké míry funguje rodina jako harmonická či je naopak vnímání rodiny a nálady uvnitř ní laděno negativisticky.



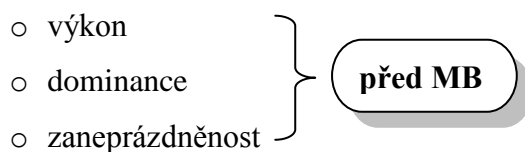
- **MB**

Vnímání mentální bulimie je, stejně jako každý z respondentů výzkumné rodiny, otázkou značně individuální. Základními stanovisky, ke kterým mne výpovědi respondentů a jejich následné kódování dovedly, pak byla konzistence či naopak diskrepance v pojetí MB. Kromě toho, jakým způsobem respondenti mentální bulimii chápali nebo chápou a jaké místo v rodinném systému jí přisuzují, jsem zde zaznamenávala také to, jaká byla reakce na zjištění diagnózy, jaké emoce mentální bulimie v respondentech vyvolává či jaké bylo/je řešení preferované jednotlivými členy rodiny.



- **Matka/manželka**

Souhrnná kategorie označená jako matka/manželka představuje oddíl, v němž byly zaznamenávány vlastnosti, emoce, vztahy, projevy či jednání matky, popř. v případě výpovědi otce, manželky. Na stejném principu pak byly postaveny i poslední dvě kategorie otec/manžel a dcera.



- opora
 - důvěra
 - řešení
 - pochopení
 - smutek
 - detaily
 - mírnost
- po propuknutí MB**

• **Otec/manžel**

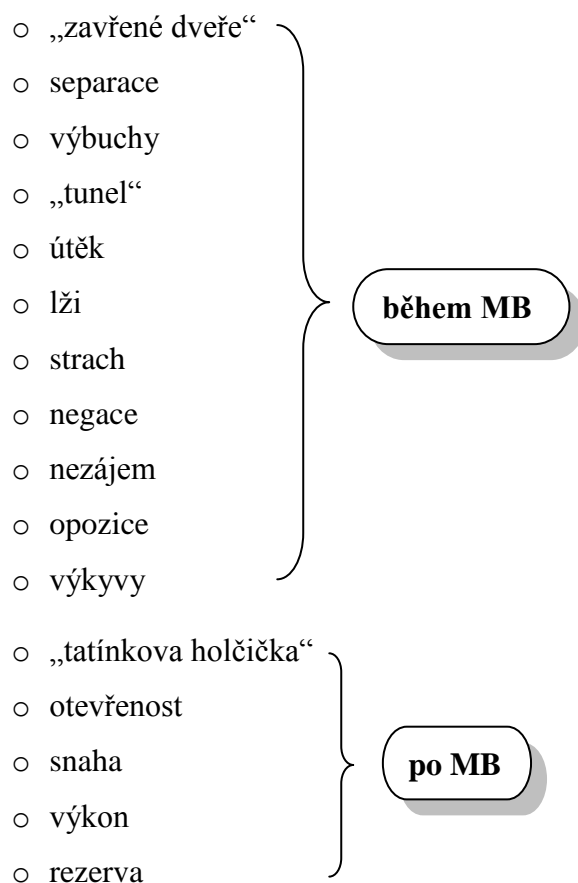
- společné aktivity
 - zábava
 - blízkost
 - „tatínkova holčička“
- před MB**

- nepochopení
 - výbuchy
 - kontrola
 - razance
 - útěk
 - „tunel“
 - vztek
 - hádky
 - smutek
- během MB**

- společné aktivity
 - „skryté emoce“
 - sdílení
 - zájem
 - rezerva
 - „racio“
- po MB**

• **Dcera**

- „tatínkova holčička“
 - boubelka
 - komunikativní
- před MB**



Pomocí tohoto postupu v kódování a analýze jsem mohla dojít k závěrům týkajícím se vývoje zkoumané rodiny pod vlivem výskytu MB, a přitom také srovnat, nakolik se členové rodiny shodují, popř. liší v jednotlivých odpovědích, což mi umožnilo vytvořit holistický obraz této bulimické rodiny.

Nejčastěji se vyskytujícími pojmy byly v období premorbidním otevřenost, důvěra a sdílení v kategorii komunikace. Soudržnost, blízkost, společné aktivity a „my“ v otázce koheze. Dále dominovalo zaneprázdnění a výkon v kategorii matka/manželka, u otce/manžela pak převládala zábava, společné aktivity a „tatínkova holčička“. Dcera je pomocí pojmů charakterizována jako veselá a komunikativní „tatínkova holčička“. V kategorii rodinná atmosféra převažují klid, pohoda, „šťastná a skvělá rodina“.

Zajímavým prvkem sledovaným v rámci období s trvajícím MB, bylo to, že se jednotlivé projevy chování otce a dcery v mnoha aspektech silně zrcadlily. Zejména to, co otci vadilo na dceři a naopak s čím se dcera nemohla ztotožnit u svého otce, bylo viditelné u obou z nich. Konkrétně pak hovořím o názorové rigiditě, výbušnosti, verbálních projevech agrese či záměrné izolaci a vyhýbání podmíněném obavou z reakce toho druhého. V kódech se pak jednalo o **výbuchy**, **útěk** a **tunel**.

Ostrov rodiny

Hlavní formou hodnocení a analýzy materiálů získaných prostřednictvím projektivní metody Ostrov rodiny, byla samotná interpretace autorů těchto výstupů. Požádala jsem tedy respondenty, aby mi nejprve samovolně popsali, co nakreslili a také co je vedlo k tomu, že to udělali právě takto. Dále jsem se pak konkrétně doptávala na vzhled Ostrova, umístění jednotlivých členů do jeho prostředí, na cesty, které mezi přítomnými osobami vedou. Zásadním prvkem pro mne pak byla také lokalizace problému, tedy mentální bulimie a vyznačení cest mezi ní a členy rodiny. Kresby jsou uvedeny jako přílohy č. 6, 7 a 8.

Zabývala jsem se tedy blíže následujícími prvky, které byly kódovány spolu s informacemi z rozhovorů do 3. postbulimické etapy:

- umístění dcery, matky, otce
- lokalizace MB
- znázornění cest mezi jednotlivými subjekty
- zobrazení symbolu duše rodiny

OR(D)

Prostředí ostrova popisuje dcera jako místy **skalnaté**, se **silnější hranicí** občasně obklopenou **útesy**, MB je zaznačena přibližně uprostřed ostrova. Od respondentky k MB vede **přímá, krátká a obousměrná** cesta, stejně tak k matce to není od MB dál, nicméně cesta se **mírně klikatí**, „*mamka tam je, ale neřídí to, to já*“. Otec je od bulimie viditelně dál než dcera s matkou, navíc ho s ní pojí **klikatá** cesta vedená **zákrutou**, průchozí pouze ve směru **od MB k otci**. „*On si myslí, že bulimie ovlivňuje jen jeho, ne i on ji*“.

Vzdálenost mezi matkou a otcem je **nepatrná**, cesta mezi nimi je **oboustranná a přímá**, „*oba jsou na stejné úrovni*“. **Krátkou** vzdálenost mezi matkou a dcerou spojuje **téměř rovná** cesta. „*Přímá, blízká, snadná*“. Otec není dceři o mnoho vzdálenější než matka, avšak cesta k němu „*je delší, než jak daleko od sebe reálně jsou*“, navíc jsou na ní „*kamínky, o které jde snadno zakopnout*“.

Symbol duše rodiny zastupuje **teplo domova**, hořící oheň. Jeho součástí jsou také dlouhé dřevěné klády, které však respondentka umístila na opačný konec ostrova. „*Dřevo je dál, je potřeba vynaložit úsilí a pracovat na tom, aby oheň mohl hořet*“.

OR(M)

Matka popisuje prostředí svého ostrova jako „*příjemné, bez mráčků*“, doplněné palmami a vyhříváné žhnoucím sluncem. Jeho tvar je fazolovitý. Mentální bulimie se na ostrově **nevyskytuje**. Respondentka ji „*utopila v moři*“, i přesto k ní však stále vede **jednosměrná přerušovaná** cesta od dcery. „*Klíčové je to, jak se rozhodne dcera, rodiče můžou jen podpořit*“.

Matka a otec „*jsou si blízko, mají vztah postavený na vzájemném respektu*“. Matka je však **přímější**, otec „*hledá cestu, nezná to z vlastní rodiny*“. Také dcera s matkou jsou si velmi **blízko**, ani jedna z cest mezi nimi však není krátká a přímá. Matčina cesta je **klikatá**, s několika záhyby, „*jsme si blízko, ale důsledně promyslím, než udělám rozhodnutí. Je to způsob komunikace*“. Dcera volí k matce cestu lehce **oklikou**, je však **přímější**. „*Komunikuje příměji, ale přesto je opatrná*“. Mezi dcerou a otcem je jen o něco málo **větší** vzdálenost. Zde je však právě ze strany dcery cesta znázorněna **delší**. „*Je zdrženlivější, zvažuje, jakým způsobem se zapojí*“. Otec směřuje k dceři **přímo**, což matka zdůvodnila přímou komunikací „*bez servítků*“.

Symbol duše rodiny znázornila matka jako **srdce**, které **ohraničuje** území kolem respondentů. Chápe jej jako symbol soudržnosti rodiny. „*A když se budem snažit, tak se všechno povede a budem šťastní*“. Zároveň také *ale* „*ohraničuje náš problém, a tam si to řešíme jen my*“, dodala respondentka. Matka zakreslila také přístav, znázorňující přístup na Ostrov rodiny. Je to středně otevřená cesta, směrem ven ano, dovnitř však jen „*do čistého*“.

OR(O)

Otcovo pojetí Ostrova rodiny se od předchozích dvou poměrně výrazně liší. Jedná se o ryze černobílý nákres. „*Jednoduchou placku*“ doplněnou palmou, protože „*palma k ostrovu štymuje*“. V moři, které ostrov obklopuje, proplouvá žralok. Matka s dcerou jsou zakresleny v bezprostřední **blízkosti**, protože „*s ostrovem se pojí dovolená, a na dovolené se opalují vedle sebe*“. Otec je pak „*někde mimo na vycházce*“, **daleko** od matky, **ještě dále** od dcery.

Mentální bulimie je zaznačena přímo vedle dcery. „*Ona se s ní potýká*“. Cesty zde **nej**sou zaznačeny jednotlivě, nýbrž v podobě „*obslužné komunikace*“, která představuje „*nejlepší přístup do všech stran nejkratším způsobem*“. Ostrov je malý, a tak jiné cesty nejsou potřeba. Symbolem duše rodiny je dům, protože „*takový postavili*“.

9 INTERPRETACE DAT

Data jsou interpretována podle jednotlivých kategorií stanovených pro analýzu dat, a to vždy napříč všemi třemi vymezenými obdobími v životě výzkumné rodiny.

Komunikace

V premorbidním období se komunikace v rodině jeví jako otevřená, důvěrná, sdílná. Hodnotím ji tedy jako **harmonickou**.

Pod vlivem výskytu a přetrvávání mentální bulimie došlo v rodině k zásadnímu přesunu ke komunikaci **rezervované**. V rodině bylo zřetelné odcizení a konfliktní nastavení vztahů mezi jednotlivými respondenty. Patrná je zde **ztráta důvěry** ve vztahu otce a dcery. **Výkyvy** pak představují pojem, který zcela odráží to, nakolik stabilní byla v této době komunikace v rodině.

V současné době, tedy v době bez aktuálních projevů MB v rodině, můžeme pozorovat jakýsi návrat k prvnímu, **zdravému**, typu komunikace. Rodina opět vykazuje známky otevřenosti a sdílení, přesto ji však nelze hodnotit jako jednoznačně harmonickou. **Rezervy** se zde stále vyskytují ve všech vztazích, opět však zejména ve vztahu otce a dcery.

Koheze rodiny

Dle hodnocení všech členů rodiny, se kterými byl proveden výzkum, usuzuji, že rodina vykazovala před propuknutím mentální bulimie **vysokou míru koheze**, která se projevovala velikou soudržností a množstvím společných aktivit.

Zásadním projevem narušení premorbidního rodinného fungování bylo jakési **odcizení**, popř. také **ochlazení** citových vazeb a celkové atmosféry rodiny, což úzce souvisí se **separací**, která byla na straně dcery značná již od samého počátku nemoci. Oproti dříve soudržné rodině zde byl patrný **individualismus**.

„Jako by měla tendenci před námi utéct a co možná nejméně se před námi objevovat“

V současné době se rodina postupně navrácí do stavu blízkého, soudržného, projevujícího se také vědomím „**my**“.

Rodinný systém

Atmosféra v premorbidním období je hodnocena velice kladně, doslova jako **pohodová a přátelská**. V tuto dobu se jednalo o rodinu **spokojenou, šťastnou, stabilní** a bez zásadních problémů.

V období, kdy se rodina potýkala s mentální bulimií, se atmosféra transformovala zejména na **napjatou, unavenou, chladnou a konfliktní**. Rodina tedy vykazovala známky značné **disharmonie**.

V současné postbulimické etapě je rodinné ladění opět veskrze pozitivní, **uvolněné**. Stále se však jedná o systém poměrně **uzavřený** vůči vnějšímu světu.

MB

Ještě v době před propuknutím mentální bulimie je povědomí rodiny o této nemoci povrchní, ne zcela jasné. Otec jednotlivé poruchy příjmu potravy nerozlišoval, matka se v problematice orientovala vzhledem ke svému zdravotnickému profesnímu zaměření lépe.

Během dceřina onemocnění se v rodině vyskytovala značná **názorová diskrepance** jednak v pojetí MB a také v preferovaných způsobech jejího řešení. Přístup otce a dcery se v tuto dobu jevil jako **rigidní**, oba se projevovali tzv. „tunelem“. Naopak matka byla v otázce přístupu a řešení MB poměrně **flexibilní**. Rozpor v rodině panoval také ve způsobu chápání mentální bulimie. Matka k ní přistupuje jako k **nemoci**, stejně tak i dcera chápe MB jako nemoc, **závislost**. Otcův postoj se liší. Sám MB nazývá **rozmarem, problémem** či „**blbostí**“ a často má také tendenci celou záležitost **bagatelizovat**. V otázce řešení MB také panoval nesoulad. Matčin přístup byl **mírný a chápající**, naopak otec sám své **nepochopení** zdůrazňoval a přistupoval k MB jako k problému, který se týká výhradně dcery, s jasnou **razancí**.

V období aktuálním již záměrně nevolím pojem vyléčená rodina, jelikož jsem během analýzy získaných dat došla k závěru, že ani jeden ze členů zkoumané rodiny B nepovažuje dceru za vyléčenou. Všeobecně hovořili respondenti o tom, že se u dcery momentálně nevyskytují žádné viditelné symptomy mentální bulimie, avšak rodiče i dcera podle svých výpovědí vnímají toto onemocnění jako **nevléčitelné**, nýbrž pouze jako **léčitelné**. Zaznamenán byl také **respekt**, který vůči MB stále všichni respondenti pociťují. Na otázku, zda si myslí, že je jejich dcera, popř. dívka samotná, vyléčená, odpovídali následovně:

- R(M): „*Já si myslím, že ne, že ten člověk to má v sobě, že to je v hlavě. A vždycky je tam riziko, že do toho spadne zas. Ať je to alkoholik nebo závislý člověk na čemkoliv, tam prostě podle mě nelze říct, že je vyléčená. A nelze to podle mě říct už asi nikdy. Bude to mít buďto pod kontrolou, nebo to nebude mít pod kontrolou. Vím, že se snaží to mít pod kontrolou...*“
- R(O): „*Myslím si, že asi z toho člověk nevypluje, nějak se z toho nedostane nikdy. Že pořád je to v té hlavě a pokud jednou bylo schopno něco spustit tady tuhle nemoc, poruchu, tak je to vždycky taková ta hrana, kdy se to zase může zlomit. Ale myslím si, že teď... Chci věřit tomu, že teď je jakoby klid. Otázka jak dlouho. Jestli vydrží, nevydrží... Nevím...*“
- R(D): „*Já si myslím, že asi nikdy nebudu z MB vyléčená. Myslím si, že jsem v pohodě, že nezvracím, že jím, že nefunguju jako bulimička a nemyslím na to, že bych tak chtěla fungovat... Ale nikdy si netroufnu tvrdit, že jsem vyléčená... Teď bulimii nemám, ale někde možná tam pořád je.*“

Matka - otec

Původně bylo toto partnerství poměrně temperamentní. Frekvence hádek byla podle matky vyšší než během následujícího období. Otec tuto dobu vnímá jako bezproblémovou.

V době trvání MB byla ve vztahu rodičů zásadním prvkem **názorová nekonzistence**, která opakovaně vedla ke **konfliktním** situacím. Kromě rozporů v otázce řešení a přístupu k MB však nebyly mezi manžely popisovány jakékoliv jiné neshody. Hádky zde vyvstávaly pravidelně zejména **v důsledku MB** a jejich projevu.

Dnes je vztah matky a otce blízký. Pravděpodobně také došlo ke zlepšení komunikace a otevřenosti oproti dřívějšímu nastavení. „*S manželem si teď asi více povídáme o různých věcech*“. Protože byli manželé nuceni řešit problém a hledat cesty, naučili se spolu také lépe komunikovat, což se odráží v jejich partnerství v současné době.

Matka - dcera

V první výzkumné časové etapě je matka hodnocena ostatními členy rodiny, ale zejména pak sama sebou, jako dominantní, cílevědomá, ambiciózní, pracovně vytížená a úspěšná žena, čímž rodina splňuje první z dogmat spojených s poruchou příjmu potravy, a to zaměření na **výkon a úspěch**. Ve vztahu s dcerou je patrná **blízkost**, nicméně žádné výrazné projevy se zde nevyskytují.

V období s MB jsou emoce dcery vůči matce ryze pozitivní. Matka je v tomto období dcerou vnímána jako jakýsi **stabilní** podpůrný bod, který nabízí bezpečný prostor pro důvěrné **sdílení** a **pochopení**. Zde zaznamenávám oproti předchozímu období spíše sblížení. Ze strany matky byly zmiňovány silné pocity **obav** a **strachu**. Deficit důvěry, který byl ze strany matky vůči dceři očekáván, se neprokázal.

I tento vztah zaznamenal v současném - nebulimickém - období určité obraty. Ty však nejsou vzhledem k nastavení jejich společného fungování v předchozím období natolik citelné. Jak uvedla matka: „*došlo k takové úlevě trošičku. Že jsme víc v pohodě. Ale zase, že by došlo k nějaké úplné změně, to ne, protože já jsem se nesnažila tu situaci nijak hrotit.*“ Vztah dnes obě ženy hodnotí jako více **otevřený, blízký a přátelský**. „*Asi nemám lepší kámošku*“, zmínila dcera o své matce. Ve vztahu matky a dcery tedy spíše než absolutní transformaci vztahu vnímám **kontinuální vývoj** a zrání.

Otec - dcera

V prebulimické etapě představuje vztah otce a dcery významný prvek. Otec v životě dcery zastává dominantní pozici. Je zde patrná **blízkost** a intenzivní komunikace. Oba zmínění uvádějí opakovaně ve svých výpovědích termín pro tuto dobu typický, a to „**tatínkova holčička**“, což bylo také prvotním impulsem pro pečlivější zaměření pozornosti na tento vztah a jeho vývoj. Tento fakt pak odpovídá teoretickému ukotvení dle Chvály a Trapkové, podle kterého má dcera v tomto období v rámci separačního procesu tendence přirozeně se přiklánět na stranu otce.

Oproti předchozí etapě nastává v bulimických letech rodiny v tomto vztahu zásadní převrat. Emoce pociťované dcerou vůči otci mají v době probíhající MB zejména **negativní** charakter. Dominují zvláště **nejistota, strach, zlost** a **vzdor**. V tomto vztahu dcera pociťovala zásadní **distanci, nepřijetí** a **negaci** ze strany otce.

Emoce prožívané otcem vůči dceři hodnotím naopak jako emoce **dvojího charakteru**. Jednak jsou zmiňovány ryze negativní emoce, zejména pak **vztek, nedůvěra** a **nepochopení**. Kromě nich se však opakovaly i intenzivní pocity **strachu** a **smutku**. Zajímavým zde shledávám to, že byl otec schopen vůči dceři vyjádřit např. lásku pouze v rámci své psané přípravy, během rozhovoru však tyto intenzivní projevy vyšších citů vynechával, což může vypovídat o **rezervované schopnosti emoční exprese**. To by však neodpovídalo dřívějšímu charakteru otce, který byl popisován jako vřelý a milující, bez

absence emoční exprese. Celou tuto relaci hodnotím jako vysoce **odtažitou, nekomunikující a konfliktní**.

Momentálně je patrným rysem tohoto vztahu opět termín „**tatínkova holčička**“. Dalo by se tedy říci, že dochází k postupné obnově dříve fungujícího vztahu. Jak uvedla sama dcera: „*s tatškou je to možná trošku podobné tomu, jaké to bylo před MB. Jsem zas jeho holčička. U tatky je ten obrat ke mně asi výraznější než u mamky*“. Přesto zde však stále vnímám určitou **rezervovanost** jak ze strany otce, tak dcery, která je patrná v Ostrovech rodiny.

Stabilita rodiny

Klíčovými pojmy v otázce stability rodiny byly tzv. **výkyvy**, amplitudy či také vlny. Tak popisovali jednotliví členové rodiny změny, ke kterým v rodině konstantně docházelo. Na základě toho soudím, že v oblasti stability rodiny došlo k zásadnímu narušení. Co se jednotlivých vztahů týče, byla nestabilita zaznamenána zejména ve vztahu otec – dcera, ale také v celkovém ladění rodinné atmosféry.

10 ODPOVĚDI NA VÝZKUMNOU OTÁZKU

Cílem mého výzkumu bylo zmapovat vztahy a fungování v rodině s dg. mentální bulimie. Touto cestou jsem se pak snažila odpovědět na základní výzkumnou otázku, a to: „*Jaká je dynamika a vývoj vztahů v rodině s dg. mentální bulimie?*“, v rámci níž mi vyvstaly dílčí podotázky, jejichž prostřednictvím odpovídám.

Jaké bylo původní rodinné prostředí před propuknutím/zjištěním dg. MB?

Premorbidní rodinné prostředí u zkoumané rodiny hodnotím jako stabilní a co do emoční exprese a blízkosti vztahů bohaté. Rodina se v této době projevovala jako zcela zdravě fungující, otevřeně komunikující, stabilní a harmonická, a to i přes to, že otec i matka byli značně časově vytížení. Absence emoční exprese ani narušení jakékoliv funkce rodiny nebylo prokázáno, také nadměrná kritičnost, která bývá častým prvkem vyskytujícím se v rodinách s PPP už před jejím propuknutím, nebyla v případě zkoumané rodiny zaznamenána ze strany dcery, matky ani otce. Mohu také říci, že v rámci téměř všech zkoumaných kategorií byl v tomto období zaznamenán u všech členů výzkumné rodiny B názorový soulad.

Jakým způsobem ovlivnil výskyt MB komplexní rodinné fungování?

Na základě získaných dat nelze v případě zkoumané rodiny primárně hovořit o extrémním narušení komplexního fungování rodiny, jako spíše o narušení dyadických vztahů v rodině. Narušení jednoho článku však zákonitě vede k narušení celé vztahové sítě. Patrnými známkami narušení v bulimickém období rodiny bylo odcizení, ochlazení atmosféry, nucená komunikace, napětí v rodině či minimum společných aktivit v důsledku nezájmu dcery.

Jak ovlivnila dg. MB jednotlivé vztahy v rodině v době probíhajícího onemocnění?

Spíše než narušení komplexního fungování rodiny sleduji oslabení jednotlivých vztahů uvnitř rodinného systému. Změny, které byly během nemoci v rodině zaznamenány, jsou patrné zejména ve vztahu mezi otcem a dcerou, což vzhledem k době vzniku nemoci přisuzuji také možnému narušení přirozeného separačního procesu ve směru od otce. Vztah matky a dcery se jeví v očích obou zmíněných jako poměrně stabilní a otevřený. Mezi matkou a otcem vznikaly v důsledku výskytu MB a jejich projevů časté konfliktní situace. Konkrétně ve vztahu otec - dcera pak mizí důvěra a je nahrazena hádkami a nepochopením z obou stran. Pocit přijetí je také značně eliminován.

Je možná rehabilitace vztahů narušených výskytem MB v rodině?

Pojmy kódované v současném období bez MB se z velké části shodují s klíčovými prvky pozorovanými v premorbidním období. Obecně by šlo tedy říci, že se v mnoha aspektech rodina na první pohled navrácí k fungování podobnému tomu, které bylo v rodině zavedeno před propuknutím mentální bulimie, samozřejmě s ohledem na vývoj, který musel nutně za tak dlouhou dobu proběhnout. Oblasti, které byly v rodině během 7 leté bulimické epizody nejvíce narušeny, se dnes opět transformují do podoby, která odpovídá kritériím harmonické a fungující rodiny. Zejména se to pak týká komunikace a soudržnosti rodiny. Zároveň však musím podotknout, že stále vnímám jistou komunikační rezervu, a to opět ve vztahu otce a dcery.

Soudím, že rehabilitace vztahů je v této rodině jistě možná a také se tak děje, nicméně zaznamenávám překážku v podobě současného tabuizování mentální bulimie, která nechává předchozí bulimické období v rodině stále otevřené.

11 DISKUSE

Diskuse nad teoretickou částí

Přestože není podmínkou zahrnout do bakalářské práce diskusi jak nad částí praktickou, tak i teoretickou, vnímám, že by zde mohly vyvstat jisté otázky, které je zapotřebí zodpovědět. Konkrétně mám na mysli volbu koncepce Chvály a Trapkové, která je mému smýšlení blízká a v teoretické části bakalářské práce představuje stěžejní prvek. Jedná se o pojetí, které dle mého názoru sice může na první pohled vzhledem k užívaným příměrům působit poněkud kontroverzně, po důkladném prozkoumání a zamyšlení se nad otázkou poruch příjmu potravy a přidruženými procesy, které se v jednotlivých etapách života odehrávají, však pro mě vyznívá zcela smysluplně a logicky. Další uvedené přístupy jsou pak ty, které se shodují s teoretickým rámcem práce.

Další část mé bakalářské práce, která by mohla být diskutabilní, je ta zabývající se významem matky a otce v životě dívky s mentální bulimií. Úloha matky byla blíže popsána v části o sociálním porodu, samotná kapitola zabývající se problematikou vztahu matky a dcery je tak stručnější. Vzhledem k rozsahu kapitoly o otci, a také s ohledem na interpretace vyzdvihující vazbu otce a dcery ve výzkumné rodině, by se pak mohlo zdát, že ve své práci matku a její roli upozadují. Skutečností však je, že se jedná pouze o shodu náhod, která dokazuje individuální vztahové nastavení výzkumné rodiny a bohužel také nedostatek relevantních informací, který je k problematice matky a dcery s MB dostupný. Kapitola o roli matky tak není podložena množstvím citací rozmanitých odborných zdrojů, jedná se spíše o syntézu mých postojů a poznatků k těmto otázkám. Přestože je tedy kapitola o roli matky v životě dívky s MB viditelně stručnější, chápu stále pozici matky v rodinném systému stejně tak důležitou, jako pozici otce.

Na počátku tvorby mé bakalářské práce jsem zamýšlela uvést také poměrně rozsáhlou kapitolu zabývající se otázkou rodinné terapie v léčbě mentální bulimie. Vzhledem k už tak širokému rozsahu práce jsem však došla k závěru, že se nejedná o oblast tolik zásadní a vlastně ani přímo související s mou výzkumnou otázkou, a že tedy není nezbytné ji zde uvádět. V některých kapitolách je však i přesto možné narazit na zmínky o tomto terapeutickém přístupu. Rodinná terapie představuje jeden z přístupů užívaných v léčbě mentální bulimie a já jej stále považuji za velmi stěžejní i přes to, že jsem dospěla k rozhodnutí tuto kapitolu ze své práce vynechat. Rozhodně se tedy nebráním

bližšímu poznání významu rodinné terapie v léčbě poruch příjmu potravy například ve své magisterské diplomové práci.

Mým záměrem v této diskusi bylo zejména vysvětlit ty věci, které jsem ve své práci sama nepovažovala za zcela jasné a zřejmé pro člověka, který není autorem práce či alespoň nezná mé postoje a názory ve vztahu k jednotlivým teoriím, přístupům a myšlenkám zmíněným v teoretické části. Doufám tedy, že se mi zde podařilo vysvětlit některá svá stanoviska a rozhodnutí, která znění práce v nemalé míře ovlivňují.

Diskuse nad praktickou částí

Jak bylo již několikrát předestřeno v úvodu a v teoretické části této diplomové bakalářské práce, představuje mentální bulimie jedno z nejrizikovějších psychických onemocnění pro skupinu dospívajících dívek a mladých žen. Přestože se však v současné době o poruchách příjmu potravy hovoří poměrně často, číslo vyjadřující výskyt této poruchy nemá ani zdaleka sestupnou tendenci. Čím to je? V odborné literatuře se často spekuluje o možných příčinách vzniku těchto onemocnění. Málokterá publikace ale umožňuje čtenáři nahlédnout pod pokličku rodiny, a pokud už se tak stane, hovoří autoři zejména o mentální anorexii, přičemž bulimie zůstává - jako ta méně život ohrožující - v pozadí. Existuje také poměrně široké spektrum publikací vydaných právě dívkami s poruchou příjmu potravy, které slouží jako jakési zpovědi. Nicméně kniha, která by popisovala celou situaci z pohledu ostatních členů rodiny, na trhu k mání není. Dle mého mínění je zapotřebí zvyšovat informovanost, ale také angažovanost a podíl rodiny v hledání příčin a kořenů nemoci či alespoň jejího hnacího motoru v samotném rodinném systému. Ne snad, že by rodina a její fungování měly být příčinou tohoto onemocnění, je to však právě rodina, kdo je dívce s mentální bulimií nejbliže, a kdo má tak velkou

schopnost. A pokud by rozuměla a dokázala celou situaci a nemoc pochopit jen o něco málo více reálně než učebnicově, byla by dle mého názoru často mnohem větší šance na uzdravu dívky než je tomu doposud. Já jsem se tedy na rodinný systém ve své práci zaměřila a snažila jsem se odpovědět na řadu otázek, které sama považuji za stěžejní.

V průběhu hledání vhodných respondentů jsem se často potýkala s poměrně negativními reakcemi, zejména pak ze stran otců dívek s MB. Často na mé výzvy reagovali podrážděně a téma mého výzkumu haněli. Někteří chápali můj zájem o problematiku rodiny jako záměrné narušování soukromí a jakoukoliv souvislost mezi nemocí a rodinou striktně odmítali. Tuto sice značně nepříjemnou skutečnost jsem pak následně spojovala do

své skládačky informací o celé problematice. Také ze strany psychologů jsem se občas potýkala s odmítavými postoji, což pro mne bylo, vzhledem k odůvodnění některých odmítnutí, poměrně překvapující. Stanoviska, která jsem ve vztahu ke svému tématu zaznamenala, pak pro mě měla také smysl. I odmítnutí má totiž pro mě jistou vypovídající hodnotu. Troufám si tvrdit, že se i dnes jedná o problém stále velmi nedostatečně řešený a otázka rodiny je v souvislosti s mentální bulimií pravděpodobně často chápána jako nesouvisející.

I pro tyto důvody nadále považuji své téma za oblast, která si říká o mnohonásobně větší zájem ze strany odborné i laické veřejnosti. Doufám však, že i já jsem přispěla alespoň malým dílem k jejímu rozvoji. Můj výzkum má dnes patrně nedostatky a je zřejmé, jak nereálné je vytvářet teorie v nových oblastech bádání ve chvíli, kdy je výzkum postaven pouze na práci s jednou specifickou rodinou. Toto odvětví by si tedy jistě zasloužilo rozvinutí výzkumu na širší vzorek tak, aby se od explorativního vhladu posunulo k možnosti generalizace výstupů na širší populaci rodin s mentální bulimií. Obávám se však, že je tato problematika pro takto zasažené rodiny stále velmi citlivým tématem na to, aby dokázali své zkušenosti sdílet. Bohužel je však podpůrná síť pro dívky s MB, ale zejména i jejich rodiny a blízké, v České republice vzhledem k prevalenci a incidenci poruchy stále velmi nedostačující. Mám za to, že se o mentální bulimii stále hovoří jako o nemoci jedince, ne celého systému, s čímž se nemohu zcela ztotožnit.

Jedním z poměrně zásadních nedostatků konkrétně u mého výzkumu je nezapojení posledního ze členů nukleární rodiny, tedy bratra dívky s mentální bulimií. V rámci rozhovorů byl opakovaně jednotlivými respondenty zmiňován a pravděpodobně by i jeho výpovědi přinesly do výzkumu zcela jiný úhel pohledu - jako toho, kdo není zcela přímo pohlcen problémem a jeho řešením, avšak sleduje ho, žije vedle něj a zcela jistě je jím také ovlivněn. Vzhledem k nedostatku času však již nebylo v tuto chvíli možné bratra do výzkumu dodatečně zapojit. Proto jsem také výpovědi týkající se pozice bratra v rodině do výzkumu nezařadila.

Jednou z obtíží, se kterou jsem se během analýzy potýkala, bylo časové rozpětí, které jsem se ve výzkumu snažila postihnout. Vzhledem k tomu, že výzkumná rodina bojovala s MB téměř 8 let, bylo pro mne velmi obtížné shrnout jednotlivá stanoviska do jediného období. Také respondenti sami měli často problém se k některým otázkám vyjádřit, jelikož si je po tak dlouhé době jednoduše nedokázali vybavit. Bylo by tedy možná vhodné zaměřovat pozornost postupně na dílčí otázky v tomto tématu a zkoumat je

u širšího spektra bulimických rodin. Samozřejmě podařilo-li by se takové množství respondentů sehnat. Takto by pak mohl být vytvořen holistický obraz rodin s PPP, který by měl několikanásobně větší vypovídající hodnotu a aplikovatelnost v praxi než ten, který se podařilo utvořit mně. I o toto bych se však ráda nadále pokoušela já.

Součástí metodiky mého výzkumu byla projektivní metoda Ostrov rodiny, kterou jsem se rozhodla s respondenty provést individuálně, nikoliv skupinově. Pro tento přístup jsem se rozhodla nejen proto, že má pro mě jistou vypovídající hodnotu právě to, jak svébytně vidí rodinu každý sám za sebe, ale také z toho důvodu, že se obávám možného konfliktu, kterému nelze během společné tvorby OR v prostoru nikdy zcela zabránit. Naopak věřím, že v mnoha případech může být právě konfrontace rozdílných názorů a emocí pro celou rodinu velmi zásadním, přínosným či dokonce žádoucím okamžikem. Myslím si však, že jde spíše o klíčový moment v procesu rodinné terapie, kde jsou erudovaní odborníci schopni pracovat s vyvstalými emocemi tak, jak bych to já se svými dosavadními zkušenostmi pravděpodobně nedokázala. Využila jsem tedy tuto metodu v této formě k tomu, abych intenzivněji nahlédla do nitra rodiny a mapovala zde možné sociální interakce, konstelace, vztahové vazby mezi respondenty a celkovou atmosféru rodiny. Usilovala jsem o to, aby OR, jeho tvorba a následné zamyšlení dokreslilo celistvý obraz rodiny. Podstatným momentem v tvorbě Ostrova byla v tomto případě instrukce k zaznačení MB do mapy, která vypověděla o rozlišnosti vnímání nemoci v rodinném systému.

Často opakovaným pojmem v oblasti výzkumu je dnes objektivita, která je patrně považována za základní ukazatel jeho kvality. Já jsem se však ve své práci snažila využít jak relevantních odborných zdrojů, tak i promítnout do celého znění mé vlastní postoje a vnímání této problematiky nejen z pohledu studentky psychologie, ale i mladé ženy. Chápu totiž pozici výzkumníka v kvalitativním výzkumu jako součást podílející se na utváření reality (podobně jako Finlay, & Evans, 2009).

Jedním ze zajímavých a dle mého názoru i významných prvků, které vyvstaly v rámci analýzy dat, je vztah mezi otcem a dcerou. Nejedná se pouze o problematiku mentální bulimie a poruch příjmu potravy obecně, ale o globální záležitost, která ani v dnešní době není dostatečně řešená. V teoretické části jsem se poměrně zásadně opírala o teorii separačních procesů Chvály a Trapkové, která nepřímo zdůrazňuje význam otce v problematice mentální bulimie, a jsem si také vědoma toho, že je v práci moje zaměření na tento dyadický vztah znát. Jedná se o dvě témata, která nejsou v době mnohokrát se

opakujících námětů ani zdaleka zmapována v takové míře, v jaké by si to dle mého názoru zasloužila. Mentální bulimie jako porucha příjmu potravy, která není patrná na první pohled a vztah otce s dcerou, pojímaný možná jako přežitek moderní doby, kdy je matka tou zásadní osobou v životě dítěte.

Během analýzy jsem také došla k závěru, že nelze rodiny s mentální bulimií hodnotit a priori jako patologické či nefunkční, přestože se hovoří o určitém patologickém rodinném podhoubí, které je pro vznik PPP mnohdy příznačnou predispozicí. Ať už se jedná o rodiny s výskytem závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách nebo například rodiny neúplné, v případě výzkumné rodiny B se tato hypotéza v žádném z uvedených kritérií nepotvrdila.

Vztah otce a dcery, který jsem ve svém výzkumu bedlivě sledovala, pro mě znamenal, a stále znamená, poměrně veliký otazník, na který není ani trochu snadné odpovědět. Nicméně na základě informací, které jsem získala, si dnes troufám tvrdit, že by se narušení v tomto vztahu mohlo úzce pojit se separačními procesy a zároveň by také mohlo představovat jistou zacyklenost, ke které mohlo v tomto vztahu dojít. Období, kdy u mé respondentky propukla mentální bulimie, se dle teoretického ukotvení pojí s fází separace směrem od otce k samostatnosti. Nelze sice jednoznačně říci, kdy tento proces nastane, jistá souvislost by zde však dle mého názoru být mohla. Jedná se o období kolem 12 let, kdy dívka začíná dospívat a tím také získává očekávané, ale často také obávané, oblé ženské křivky. V tuto chvíli může nastat problém s expresí otce. Jeho schopnost vyjádřit lásku a emoce vůči své dceři, která se stává ženou, může být v tuto dobu jaksi paralyzována. **Dostatek emočních projevů a bezpodmínečné přijetí jsou však pro správný průběh separace nezbytné.** Situaci, se kterou jsem se ve svém výzkumu potkala, chápu jako případ, kdy mohlo v důsledku absence emoční exprese ze strany otce dojít k mylné představě dcery. K propojení otcova nezájmu s nově se objevujícími ženskými tvary. Nechci a ani nemohu tvrdit, že bylo toto příčinou vzniku poruchy příjmu potravy, myslím si však, že se mohlo jednat o jeden z mnoha podvědomých impulsů, které k ní vedly. To pak způsobilo rozpletení dříve pevných vazeb mezi dcerou a otcem a následné přerušování přirozeného procesu separace, který měl vyústit otevřeným, blízkým avšak samostatným bytím dcery i otce. Dnes je vztah otce a dcery blízký, zároveň však rezervovaný a občasně konfliktní. Vykazuje také znaky, které vykazoval před obdobím, kdy by mohlo k separaci dojít. Zde si opět propojuji praxi s teorií a zvažuji možnost

dodatečného obnovení separačního procesu, který by mohl být cestou ke kompletní rehabilitaci vztahů.

Obecně mé závěry mimo jiné odpovídaly studii Sterna a Dixona (1989), která hovořila o rysech typických pro rodiny s poruchami příjmu potravy. Konkrétně se jedná o orientaci na výkon a úspěch, konfliktní ladění komunikace v rodině a také nižší míru emoční exprese, kterou jsem zmiňovala před chvílí.

12 ZÁVĚRY

Na základě analýzy získaných dat mohu vyvodit tyto závěry:

- Premorbidní prostředí výzkumné rodiny nevykazuje žádné známky patologie ani možné predispozice k vzniku poruchy příjmu potravy. Naopak se jedná o rodinu zdravě fungující.
- Ve zkoumané rodině došlo k evidentnímu narušení citových a vztahových vazeb v důsledku vzniku, rozvoje a přetrvávání zmíněné diagnózy.
- Primárně nedošlo k nejzásadnějšímu narušení komplexního rodinného fungování. K tomu došlo spíše v důsledku poškození jednotlivých dyadických vztahů, které společně utvářejí rodinu.
- Jednotliví členové rodiny B splňovali osobnostní charakteristiky, které byly již dříve zmíněny jako typické pro osoby trpící mentální bulimií a jejich rodinné příslušníky. V případě matky myslím konkrétně cílevědomost, ambicióznost a výrazné zaměření na úspěch a výkon. Otec odpovídal stereotypům, které hovoří o absenci či eliminaci emoční exprese. Dcera pak splňovala vlastnosti jako např. náladovost, perfekcionismus, úzkostnost aj.
- V období s trvajícím onemocněním byla zaznamenána značná názorová inkonzistence mezi jednotlivými členy rodiny, a to v jejich pojetí mentální bulimie jako nemoci, či naopak jako vůlí ovlivnitelného svobodného jednání jedince. Stejně tomu bylo i v případě preferovaných forem řešení.
- Rehabilitace vztahů narušených výskytem mentální bulimie je možná. Nejedná se však o proces, který by automaticky nastal po vymizení bulimické symptomatiky.

Souhrn

Mentální bulimie je jednou z nejnámějších a nejrozšířenějších poruch příjmu potravy současnosti. Ve své práci jsem se zaměřila na tuto poruchu a její vliv na rodinu, konkrétně pak na vztahy uvnitř takto narušené rodiny. Snažila jsem se tedy o jakýsi průnik dvou stěžejních témat - mentální bulimie a rodiny.

V teoretické části jsem si dávala za cíl vymežit poznatky, které do tohoto konceptu spadají, respektive, které tvoří teoretický rámec toho, co jsem následně ve výzkumné části aplikovala do praxe.

Nejprve jsem se zaměřila na vymezení mentální bulimie jako poruchy příjmu potravy, zmínila jsem její historii a později také diagnostická kritéria dle MKN-10, která u nás představují základní posuzovací měřítka této nemoci. Od toho se vzápětí odvíjela další podkapitola, v níž jsem uvedla dělení mentální bulimie na typ purgativní a nepurgativní. Tyto formy MB jsem také blíže rozvedla tak, aby byl čtenář obeznámen i s tím, co není zpravidla laické veřejnosti známo. A to, že mentální bulimie není pouze porucha charakterizovaná záměrně vyvolávaným zvracením.

Kapitola s názvem epidemiologie mentální bulimie má v práci stěžejní místo zejména proto, že jsem se zde prostřednictvím výzkumů různých zahraničních autorů snažila postihnout nejširší možné rozpětí informací, které mapují rozšíření této poruchy ve světě. Konkrétně zde pracuji s pojmy prevalence a incidence.

Příčiny mentální bulimie nejsou nijak dogmaticky vymezeny. Já jsem v jedné z kapitol uvedla tři faktory, které však k vzniku této poruchy mohou vést. Konkrétně hovořím o biologických faktorech, jejichž zástupcem je například pohlaví či věk, dále následují sociálně-kulturní faktory, ve kterých se zmiňuji o společenských a mediálních ideálech krásy, které jsou často pro mnoho dívek a žen fyziologicky nedostupné, ani přesto však nemizí snaha se jim stále více přiblížit. Posledním a velmi zásadním faktorem, který může podmiňovat vznik mentální bulimie je faktor psychologický. V této kapitole hovořím o vlastnostech osobnosti a jednotlivých charakteristikách, které jsou pro takto nemocné ženy příznačné.

Poslední kapitolou, která se zabývá mentální bulimií, je část představující čtenáři odvětví psychosomatiky a jejího vztahu k mentální bulimii. Jsou zde hodnoceny například fyziologické doprovodné nemoci, které jsou její běžnou součástí.

Druhou zásadní oblastí, které se v práci věnuji, je rodina. Základním prvkem je zde vymezení rodiny jako jednotného, celistvého systému, který je protkaný jedinečnou vztahovou sítí. Dále popisuji zdravé rodinné fungování, tedy to, co by pravděpodobně mělo být v důsledku přítomnosti mentální bulimie narušeno. Nakonec se zabývám konceptem sociální dělohy dle Chvály a Trapkové a také separačními procesy, které hrají ve vývoji rodiny stěžejní roli.

Ve třetím a posledním velkém okruhu teoretické části je cílem syntéza předchozích dvou témat - bulimie a rodiny. Jedná se také o kapitolu, která má být vyústěním poznatků, které tvoří teoretický rámec části empirické. Hovořím zde o tom, jak vypadá dle některých autorů bulimická rodina, jaké prvky se v ní vyskytují, a co naopak taková rodina postrádá. Zmiňuji také blíže význam otce a matky ve zkoumané problematice.

Praktická část práce se zabývá kvalitativním zkoumáním vztahů v rodině s diagnózou mentální bulimie. Výzkumnou otázku jsem si stanovila poměrně široce. Zaměřila jsem se na to, jaká je dynamika a vývoj vztahů v takovéto rodině.

Výzkum byl proveden pomocí polostrukturovaného rozhovoru a projektivní metody Ostrov rodiny autorů Riegra a Vyhnálkové, a to na souboru tvořeném třemi členy jedné nukleární rodiny s mentální bulimií v anamnéze, tedy na matce, dceři a otci.

Analýza dat byla založená na přístupu deskriptivní fenomenologie, kdy je cílem výzkumníka pojmout a pochopit problém ne jako objektivní záležitost, nýbrž jako zcela subjektivní fenomén. Analýzu a kódování získaných dat jsem provedla ve třech časových úsecích, tedy v době premorbidní, v období s trvajícím mentální bulimií a nakonec také v současném stavu, kdy již rodina aktuálně nevykazuje žádné známky ani nesplňuje diagnostická kritéria mentální bulimie. Stanovila jsem sedm kategorií, které se opakovaly ve všech zmíněných etapách bulimického vývoje rodiny. Hodnotila jsem zde otázky komunikace, koheze, postoje k mentální bulimii, rodinné atmosféry a jednotlivé členy rodiny, jejich emoce, jednání, smýšlení i osobnost.

Došla jsem k závěrům, které se týkají všech tří zmíněných období. Ve výzkumné rodině se nevyskytoval žádný z předpokladů typických pro vznik a vývoj mentální bulimie. Také jsem zjistila, že komplexní rodinné fungování bylo narušeno zejména v důsledku poškození jednotlivých dyadických vztahů, což pak ovlivňovalo celkové ladění a emoční nastavení rodiny. Závěrem získaným v rámci postbulimické etapy bylo, že je možné takto narušené vztahy v rodině do jisté míry zrehabilitovat.

Výsledky, ke kterým jsem ve své práci došla, odpovídají rámci, který je vymezen v teoretické části práce. Nedá se však říci, že by práce nepřinesla nic nového. Jedná se o inovativní vhled do bulimické rodiny pojatý z tří různých směrů. Z pozice dcery s mentální bulimií, její matky a otce, což není záležitost doposud přístupná. Přestože tedy nelze poznatky široce generalizovat, umožňují člověku zvenčí nahlédnout nejen do problému jednotlivce, ale také do vnímání celého systému, který bývá zpravidla uzavřen.

Zdroje

- 1) Abraham, S., & Llewellyn-Jones, D. (1992). *Eating disorders: The facts*. Oxford: Oxford University Press.
- 2) Balcar, K. et al. (1991). Účinky společenského zvratu v českých rodinách. *Kontext*, 7(4), 12-25.
- 3) Barker, P. (2012). *Rodinná terapie*. Praha: Triton.
- 4) Cooper, P. J. (1995). *Mentální bulimie- jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia.
- 5) Corneau, G. (2010). *Anatomie lásky*. Praha: Portál.
- 6) Danzer, G. (2001). *Psychosomatika*. Praha: Portál.
- 7) Englander, M. (2012). The Interview: Data Collection in Descriptive Phenomenological Human Scientific Research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 43, 13-35.
- 8) Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401-408.
- 9) Faltus, F. (2010). Historie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (20-23). Praha: Grada.
- 10) Finlay, L., & Evans, K. (2009). *Relational-centred research for psychotherapists: Exploring meanings and experience*. London: Wiley-blackwell.
- 11) Gavora, P. (2000). *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno: Paido.
- 12) Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 13) Hendl, J. (2012). *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
- 14) Chvála, V., & Trapková, L. (březen, 2007). *Otec a dcera s poruchou příjmu potravy*. Získáno z <http://www.sktlib.cz/?p=473#more-473>
- 15) Chvála, V., & Trapková, L. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

- 16) Chvála, V., & Trapková, L. (únor, 2010). *Otcovství? Co je to?*. Získáno z <http://www.sktlib.cz/?p=514#more-514>
- 17) Chvála, V., & Trapková, L. (2012). Indikace k rodinné terapii v psychosomatice. *Psychosom*, 10(3), 146-164.
- 18) Chvála, V., & Trapková, L. (srpen, 2013). *Poruchy příjmu potravy v rodinném systému*. Získáno z <http://www.sktlib.cz/?p=553#more-553>
- 19) Johnson, C., Tobin, D. L., & Lipkin, J. (1989). Epidemiologic Changes in Bulimic Behavior among Female Adolescents over a Five-year Period. *International Journal of Eating Disorders*, 8(6), 647-655.
- 20) Kraus, J., & Petráčková, V. (2001). *Akademický slovník cizích slov*. Praha: Academia.
- 21) Krch F. D., Beumont P. J. V., van Deth, R., Fairburn Ch. G., Faltus, F., Freeman Ch. P. C., ... Williams, H. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- 22) Krch F. D., & Málková, I. (2001). *SOS nadváha*. Praha: Grada.
- 23) Krch, F. D. (2003). *Mentální bulimie: jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada.
- 24) Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- 25) Leman K. (2008). *Na otci záleží*. Praha: Návrat domů.
- 26) Maloney, M. (1997). *O poruchách příjmu potravy*. Praha: Lidové noviny.
- 27) Matoušek, O. (2003). *Rodina jako vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- 28) Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
- 29) Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
- 30) Mitchell, James E. (1992). Subtyping of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11 (4), 327-332.
- 31) Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
- 32) Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny. Struktura, dynamika, komunikace*.

Brno: Doplněk.

- 33) Poněšický, J. (2002). *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton.
- 34) Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43(14), 1125-1132. 10.1016/j.jpsychires.2009.04.003
- 35) Rand, C. S. W., & Kuldau, J. M. (1992). Epidemiology of bulimia and symptoms in general population: sex, age, race, and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 37-44.
- 36) Raboch, J., & Zvolský, P. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- 37) Rieger, Z., & Vyhnálková, H. (1996). *Ostrov rodiny: integrující přístup pro práci s rodinou*. Brno: Doplněk.
- 38) Satirová, V. (2006). *Kniha o rodině*. Praha: Nakladatelství Práh.
- 39) Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- 40) Sobotková, I. (2012). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- 41) Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, E. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International journal of eating disorders*, 8(1), 25-31.
- 42) Strauss, A., & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice: Albert.
- 43) Vágnerová, H. (1999). *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 44) Vágnerová, H. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
- 45) Vyhnálek, M., & Vyhnálková, H. (1991). Mapa rodiny, model rodiny. *Kontext*, 7(4), 26-33.
- 46) Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Maidenhead: Open University Press.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Příloha č. 2: Abstrakt diplomové práce

Příloha č. 3: Abstract of thesis

Příloha č. 4: Konkrétní znění otázek pro rozhovor s rodiči

Příloha č. 5: Konkrétní znění otázek pro rozhovor s dcerou

Příloha č. 6: Ostrov rodiny R(D)

Příloha č. 7: Ostrov rodiny R(M)

Příloha č. 8: Ostrov rodiny R(O)

Příloha č. 1: Zadání bakalářské diplomové práce

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Akademický rok: 2012/2013

Studijní program: Psychologie
Forma: Prezenční
Obor/komb.: Psychologie (PCH)

Podklad pro zadání BAKALÁŘSKÉ práce studenta

PŘEDKLÁDÁ:	ADRESA	OSOBNÍ ČÍSLO
BLOKŠOVÁ Darina	Pržno 229, Pržno	F110074

TÉMA ČESKY:

Vztahy v rodině s diagnózou mentální bulimie- případová studie

NÁZEV ANGLICKY:

Relationships in the family diagnosed with bulimia nervosa- case study

VEDOUCÍ PRÁCE:

PhDr. Martina Indráková - PCH

ZÁSADY PRO VYPRACOVÁNÍ:

1. Studium odborné literatury zaměřené na problematiku poruch příjmu potravy a psychologie rodiny.
2. Tvorba teoretické části zaměřené na diagnostiku mentální bulimie, vymezení rodinného systému a jeho významu v souvislosti s mentální bulimií.
3. Vypracování výzkumného projektu, jehož cílem bude zjistit, jakým způsobem a do jaké míry ovlivňuje výskyt mentální bulimie vztahy v rodině, její přirozenou dynamiku a stabilitu.
4. Sběr dat pomocí polostrukturovaného rozhovoru, cirkulárního dotazování a metody Ostrova rodiny u členů primární rodiny.
5. Analýza získaných dat a jejich interpretace.
6. Vlastní vypracování bakalářské práce včetně diskuze, závěru a souhrnu.

SEZNAM DOPORUČENÉ LITERATURY:

1. Abraham, S., Llewellyn-Jones, D. (1997). Eating disorders: The facts. Oxford university.
2. Danzer, G. (2001). Psychosomatika. Praha: Portál.
3. Chvála, V., Trapková, L. (2005). Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál.
4. Hendl, J. (2005). Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace. Praha: Portál.
5. Krch, F. D. et al. (2005). Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada.
6. Rieger, Z., Vyhňálková, H. (2001) Ostrov rodiny : integrující přístup pro práci s rodinou : příručka pro odborníky. Hradec Králové : Konfrontace.
7. Satirová, V. (2007). Společná terapie rodiny. Praha: Portál.
8. Sobotková, I. (2007). Psychologie rodiny. Praha: Portál.

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Vztahy v rodině s diagnózou mentální bulimie – případová studie

Autor práce: Darina Blokšová

Vedoucí práce: PhDr. Martina Fülepová

Počet stran a znaků: 67 stran, 114 776 znaků

Počet příloh: 8

Počet titulů použité literatury: 46

Abstrakt: Cílem práce bylo zmapovat dynamiku a vývoj vztahů v rodině s diagnózou mentální bulimie z pohledu tří členů nukleární rodiny, a to matky, dcery a otce. Základní výzkumná otázka, kterou jsem si stanovila, zní: „Jaká je dynamika a vývoj vztahů v rodině s diagnózou mentální bulimie?“. Zvolen byl kvalitativní metodologický přístup. Metodou zpracování dat je případová studie, metodou analýzy dat deskriptivní fenomenologická analýza. Respondenti byli zvoleni samovýběrově. Metodami, které jsem zvolila k získávání dat, jsou polostrukturovaný rozhovor a projektivní metoda Ostrov rodiny. Z výzkumu vyplynulo, že se v rodině před propuknutím mentální bulimie nevyskytovaly žádné známky patologie či nefunkčnosti. V důsledku výskytu mentální bulimie došlo ve zkoumané rodině k zásadnímu narušení interpersonálních vztahů, které se projevilo v komplexním fungování a emočním ladění rodiny. Bylo také zjištěno, že je možná rehabilitace takto narušených vztahů a také obnova jednotlivých funkcí rodiny.

Klíčová slova: Mentální bulimie, Rodina, Vztahy

ABSTRACT OF THESIS

Title: Relationships in the family diagnosed with bulimia nervosa – case study

Author: Darina Blokšová

Supervisor: PhDr. Martina Fülepová

Numberofpages and characters: 67 pages, 114 776 characters

Numberofappendices: 8

Numberofreferences: 46

Abstract: The aim of the research was to explore the dynamics and the development of relationships in the family diagnosed with bulimia nervosa from the perspective of three members of nuclear family, mother, daughter and father. The main research question, which I have set is: "What is the dynamics and the development of relationships in the family diagnosed with bulimia nervosa?". I elected a qualitative methodological approach. The method of data processing is a case study, the method of data analysis descriptive phenomenological analysis. I chose a self selecting sample. The methods that I have chosen to collect data are semi-structured interviews and projective method Ostrov rodiny. The research showed that before the onset of bulimia nervosa there were no signs of pathology or dysfunction in the family. As a result of the presence of bulimia nervosa occurred in a significant disruption of interpersonal relationships, which resulted in a disturbance of complex functioning and emotional atmosphere of the family. It was also found that it is possible to rehabilitate thus disturbed relationships, and also recovery of family functions is possible.

Key words: Bulimia nervosa, Family, Relationships

Příloha č. 4: Konkrétní znění otázek pro rozhovor s rodiči

ZÁKLADNÍ INFORMAČNÍ OTÁZKY:

- Kolik je vám let?
 - Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Jaké je vaše zaměstnání?
 - Máte i jiné děti než dceru? Žily s vámi v době dceřiny nemoci?
 - Jak dlouho trpěla vaše dcera mentální bulimií? Od kolika do kolika let?
 - Vyskytly se u vás PPP už dříve?
 - Myslíte, že je vaše dcera momentálně z mentální bulimie vyléčená?
1. Co jste věděl/a o MB před onemocněním dcery?
 2. Povězte mi o tom, jak vypadal váš běžný rodinný život před dceřiným onemocněním? Jak jste dceru vychovávali?
 3. Jak byste popsal/a atmosféru a jednotlivé vztahy v rodině před dceřiným onemocněním? (vřelá, chladná...) Jak myslíte, že to vnímala vaše dcera/vaše manželka/váš manžel?
 4. Narušilo dceřino onemocnění jakýmkoliv způsobem stávající rodinné zvyklosti či režim? Napadají vás aktivity, činnosti, které jste kvůli MB přestali praktikovat?
 5. Jak jste řešili dceřin stav?
 6. Došlo k nějakým změnám ve vztazích mezi vámi a ostatními členy rodiny? Pokud ano, jak to podle vás vnímala vaše dcera/váš manžel/vaše manželka?
 7. Zkuste mi říct o tom, co jste cítil/a, když jste odhalil/a dceřino onemocnění? Jaké to pro vás bylo?(vztek, zloba, smutek, zoufalství...)
 8. Jak vypadal vztah mezi vámi a dcerou v době, kdy její nemoc trvala? (spory, konflikty, společné aktivity, sdílení, blízkost, důvěra...)
 9. Zkuste mi popsat vaši dceru v době, kdy trpěla mentální bulimií. Jaký/á jste tehdy byl/a vy?
 10. Jaké byly vaše představy o budoucnosti rodiny v době, kdy byla vaše dcera již nějakou dobu nemocná?
 11. Jak dnes vnímáte dceřinu nemoc a její vliv na vaši rodinu?
 12. Myslíte, že se vaše rodina dokázala vypořádat s mentální bulimií? Jak to podle vás vnímá vaše dcera/vaše manželka/váš manžel? Pokud ano, co k tomu nejvíce pomohlo?

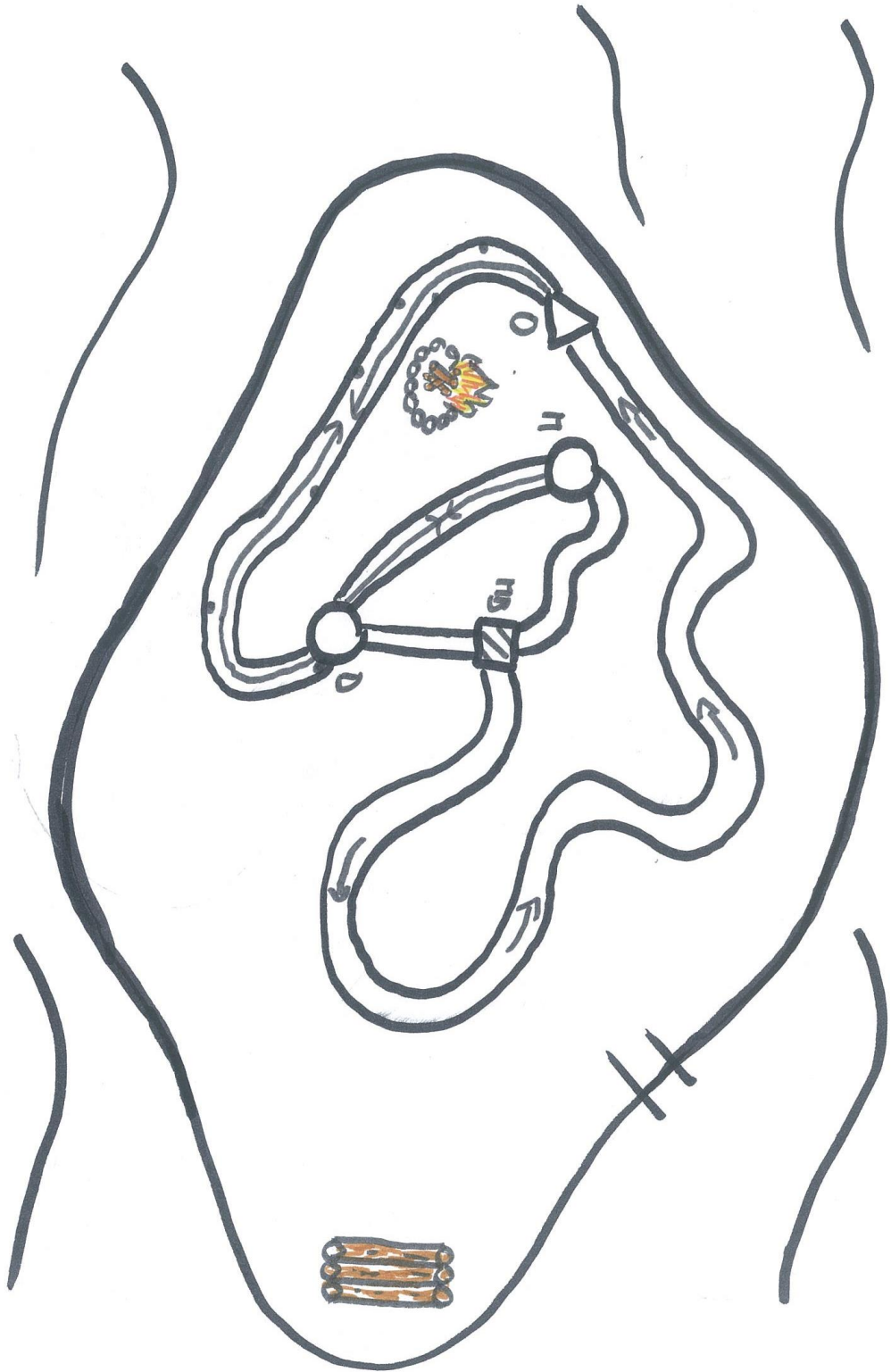
13. Zkuste mi popsat, jaký je váš vztah s dcerou teď?
14. Jak byste dnes popsal/a svou dceru? Jak hodnotíte sebe?
15. Jaké vnímáte změny ve vašem vztahu s dcerou oproti dřívějšíku?
16. Jak poznáte, že vaše rodina dobře funguje? Jak poznáte, že naopak nefunguje dobře? A jak to je u vás teď?
17. Myslíte si, že došlo po vyléčení dcery ke zlepšení rodinné atmosféry a vztahů? Jak to podle vás vnímá vaše dcera/vaše manželka/váš manžel?
18. Mluvíte dnes o dceřině nemoci otevřeně? Kdo obvykle tuto debatu vyvolá?
19. Co dnes vnímáte jako příčinu/spouštěč dceřina onemocnění?
20. Udělal/a byste cokoliv jinak?

ZÁKLADNÍ INFORMAČNÍ OTÁZKY:

- Kolik je vám let?
 - Jaké je vaše nejvyšší dosažené vzdělání?
 - Jaké je vaše zaměstnání?
 - Máte nějaké sourozence? Žili s vámi v době vaší nemoci?
 - Jak dlouho jste trpěla mentální bulimií? Od kolika do kolika let?
 - Vyskytly se u vás PPP už dříve?
 - Myslíte, že jsi momentálně z mentální bulimie vyléčená?
1. Napadá vás nějaký vzor, který jste mohla v rodině nalézt?
 2. Povězte mi o tom, jak vypadal váš běžný rodinný život před vašim onemocněním? (společný čas a aktivity, denní režim, styl výchovy, stravování)
 3. Jak byste popsala atmosféru a vztah s mámou/tátou před vašim onemocněním? (vřelá, chladná, blízké vztahy...) Jak rodinu podle vás v této době popisují oni?
 4. Narušilo podle vás vaše onemocnění jakýmkoliv způsobem stávající rodinné zvyklosti či režim? Napadají vás aktivity, činnosti, které jste přestali praktikovat?
 5. Řešil se váš stav společně s celou rodinou?
 6. Jak byste celkově zhodnotila vaši rodinu v době, kdy jste trpěla MB?
 7. Zkuste mi říct o tom, co se dělo, když byla vaše nemoc odhalena? Jaké to pro vás bylo?(vzteky, zloba, smutek, zoufalství...) Jaké to podle vás bylo pro vaši mámu/vašeho tátu?
 8. Povězte mi, jaký byl váš vztah s mámou/ tátou v době, kdy vaše nemoc trvala? (blízkost, důvěra, sdílení...)
 9. Zkuste mi popsat, jaká jste byla v době, kdy jste trpěla mentální bulimií. Jací byli tehdy vaši rodiče?
 10. Jaké byly vaše představy o budoucnosti rodiny v době, kdy jste již byla nějakou dobu nemocná?
 11. Jak zpětně vnímáte vaši nemoc a její vliv na vaši rodinu?
 12. Myslíte si, že se vaše rodina dokázala vypořádat s mentální bulimií? Co tomu nejvíce pomohlo?
 13. Zkuste mi popsat, jaký je váš vztah s mámou/tátou teď?
 14. Jak byste se dnes popsala? A teď mi zkuste popsat mámu/tátu.

15. Vnímáte nějaké změny ve vašem vztahu s rodiči oproti dřívějšku?
16. Jaký myslíte, že by byl váš vztah s rodiči dnes, kdybyste bulimií netrpěla?
17. Jak poznáte, že vaše rodina dobře funguje? Jak poznáte, že naopak nefunguje dobře? A jak to je u vás teď?
18. Myslíte si, že došlo ke změně rodinné atmosféry a vztahů? Jak to podle vás vnímá vaše máma/váš táta?
19. Vzpomínáte někdy na toto období s rodinou? Kdo obvykle tuto debatu vyvolá?
20. Udělala byste cokoliv jinak?

Příloha č. 6: Ostrov rodiny R(D)



OR (D)

Příloha č. 7: Ostrov rodiny R(M)



Příloha č. 8: Ostrov rodiny R(O)

