

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra křesťanské sociální práce

Bakalářská práce

2021

Jana Hýblová

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Katedra Křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Jana Hýblová

*Podpora rodiny s poruchami příjmu potravy v kontextu
sociální práce*

Bakalářská práce

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

2021

Prohlášení

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

V Olomouci 15. března 2021

.....

Jana Hýblová

Poděkování

Velmi ráda bych poděkovala vedoucímu své práce PhDr. Janu Vančurovi, Ph.D. za lidské a aktivní doprovázení, trpělivost, ochotu, věcné připomínky a odborné rady. Děkuji také všem respondentům za jejich čas a příjemnou spolupráci při vytváření výzkumu.

Obsah

ÚVOD	1
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH VYMEZENÍ	3
1.1 Mentální anorexie	3
1.2 Mentální bulimie	5
1.2.1 Faktory vzniku poruch příjmů potravy	6
1.3 Terapie v rámci poruch příjmů potravy	11
1.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie	12
1.3.2 Rodinná terapie	13
1.3.3 Více rodinná terapie	15
2 RODINA A PPP	17
2.1 Definice rodiny	19
2.2 Rodinný systém	20
2.3 Sociální práce s rodinou	22
3 TEORIE SOCIÁLNÍ DĚLOHY	23
3.1 Teorie sociální dělohy	23
3.2 Sociální porod dcery	24
4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A SOCIÁLNÍ PRÁCE	26
4.1 Vymezení termínu sociální práce	26
4.2 Osoba sociálního pracovníka.....	26
4.3 Role sociálního pracovníka	27
5 METODIKA SBĚRU DAT	29
5.1 Přípravná fáze	29
5.1.1 Definování problému, cíle výzkumu.....	29
5.1.2 Výzkumné otázky	30

5.1.3 Typy a zdroje údajů	30
5.1.4 Výzkumné metody	30
5.1.5 Výzkumný soubor	31
5.1.6 Časový harmonogram	32
5.2 Realizační fáze	32
5.2.1 Sběr dat	32
6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU	33
6.1 Výpovědi o průběhu nemoci	33
6.2 Nejdůležitější zjištění	37
6.2.1 Otcové	37
6.2.2 Matky	39
6.2.3 Konflikty	40
6.2.4 Pozitivní vnímání nemoci	41
6.2.5 Proměny vnímání nemoci	41
6.2.6 Závislost versus Samostatnost	42
6.2.7 Neznalost rodičů	43
7 DISKUSE	45
ZÁVĚR	50
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	53

ÚVOD

Poruchy příjmů potravy jsou velmi závažným onemocněním ovlivňující člověka v jeho běžném životě. Tyto poruchy nemají vliv pouze na samotného nemocného jedince, ale i jeho okolí, kterým bývá nejčastěji rodina. Zdravý životní styl pro mě představuje velmi důležitou roli. Z toho důvodu byla tato problematika zvolena jako hlavní téma závěrečné práce, jež povede ke zjištění, jak poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) vznikají a jakým způsobem se na rozvoji PPP podílí již zmíněná rodina. Domnívám se, že se v dnešní době se tímto problémem v sociální práci mnoho odborníků nezabývá, ovšem s výjimkou několika málo specialistů. Toto onemocnění se vyskytuje zejména u dospívajících dívek a jejich počet neustále roste. Práce se tedy snaží upozornit na skutečnost, že rodina je nedílnou součástí rozvoje PPP, ale zároveň je velmi potřebnou v procesu uzdravení jedince.

Je mnoho odborníků věnující se zvolené problematice. Jedná se především o terapeuty a lékaře, jejichž publikace se mi podařilo najít k této problematice. V České republice jsou to například Krch (2005), Marádová (2007), Papežová (2010, 2012) a také terapeuti Chvála a Trapková (1999, 1998, 2004, 2009, 2013). V závěrečné práci na tyto autory velmi často odkazujeme.

Cílem bakalářské práce je zpracovat přehled, jak rozumí dané poruše jednotliví členové rodiny a případně, jak jim v procesu uzdravení může pomoci sociální pracovník. V souvislosti se zvoleným tématem je v práci kladen důraz na problematiku mentální bulimie a mentální anorexie. Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a výzkumnou.

Teoretická část vymezuje pojmy jako mentální anorexie a mentální bulimie, které patří mezi nejčastější PPP. Charakterizovány jsou možné faktory vzniku PPP podílející se na rozvoji poruchy. Práce se dále zabývá léčbou a terapiemi, které jsou účinné v léčbě zmíněných poruch. Jako příklad jsou zde uvedeny kognitivně behaviorální terapie či rodinná a více rodinná terapie. Teoretická část dále popisuje důležitost rodiny a teorii sociální dělohy. Poslední část je zaměřena na poruchy příjmů potravy v kontextu sociální práce.

Praktická část je zaměřena na kvalitativní výzkum prováděný prostřednictvím rozhovorů s pěti respondentkami, které si samy prošly mentální bulimií či mentální anorexií a v současné době jsou vyléčeny. Cílem výzkumu bylo zjistit, jak se proměňoval vztah mezi

jednotlivými členy rodiny ve třech fázích, a to před onemocněním, v průběhu nemoci a po uzdravení.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A JEJICH VYMEZENÍ

V této kapitole se zabýváme PPP, mezi které se nejčastěji řadí mentální anorexie a mentální bulimie. Mentální anorexie a mentální bulimie budou podrobněji popsány v následujících podkapitolách. Charakterizovány zde budou také rizikové faktory podílející se na rozvoji PPP.

Poruchy příjmů potravy (označované jako PPP) lze řadit k nejčastějším a ve svých důsledcích a dlouhodobému průběhu nejzávažnějším onemocněním dospívajících dívek a mladých žen. K těmto poruchám patří již zmíněná mentální anorexie a mentální bulimie. Tyto nemoci ovlivňují člověka v jeho běžném fungování, čímž omezují jeho sociální fungování ve společnosti. Jedná se o psychický, fyzický, zdravotní a sociální problém vyžadující vyhledání odborné pomoci, pod kterou spadá osoba sociálního pracovníka. Tyto nemoci se objevují pomalu a skrytě, proto o nich zpravidla nemá tušení ani samotný nemocný jedinec, jelikož k nim dochází v důsledku špatných stravovacích návyků. Mentální anorexie a mentální bulimie mají mnoho společných znaků, mezi které řadíme strach z tloušťky, nespokojenost s vlastním tělem či snahu o udržení si štíhlosti. PPP častěji trpí dívky, než chlapci. Hlavním důvodem je nespokojenost s postavou, která souvisí s jejich sebevědomím. Ženy více zajímá tělesný tuk a krása, zatímco muže síla a svaly.

V dnešní době přibývá mnoho dalších spouštěčů, kterými jsou sociální sítě, nějaký „dokonalý“ idol a v neposlední řadě příliš vysoké nároky na fyzický vzhled postavy. Zjevným symptomem je narušené vnímání sama sebe. V této kapitole jsou vysvětleny pojmy PPP a vznik faktorů poruch příjmů potravy.

Vágnerová (2008, str. 463) uvádí, že *„poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, a z toho vyplývajícím narušením vztahu k jídlu a alimentárního chování.“*

1.1 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je úmyslné a aktivní snižování tělesné hmotnosti, ať už ve smyslu energetického příjmu nebo zvýšení energetického výdaje, toho jedinci dosahují hladověním a úmyslnou sebekontrolou v jídlu. V důsledku toho se oslabí chuť k jídlu a sílí nechutenství. Vzniká podvýživa vedoucí k únavě a apatii. Jedinci se ve společnosti jídla vyhýbají a svůj veškerý volný čas věnují nadměrné fyzické aktivitě, které se dokáží věnovat i

několik hodin denně. Důsledkem toho se snaží předejít obavám z tloustnutí, ale strach u nich často převládá. Snaží se jíst a stravovat zdravě (Krch, 2005, s. 16-17). Zde se objevuje strach z obezity. Jedinci se snaží o nízkou hmotnost, následně dochází k podvýživě a oslabení tělesných funkcí. Dívky mají nejrůznější formy, jak docílit nízké hmotnosti a to např. hladověním, jedí malé porce, které následně zvrací, a používají různé látky na podporu vyprazdňování (Navrátilová, Hamrová, 2009, s. 22-23 [online]).

Diagnostická kritéria MA podle Krcha (2002, s. 23) mají tři základní znaky:

1. Neustále uchovávání neobvyklé nízké tělesné hmotnosti, která je pod hranicí 85% normální hmotnosti se zřetelem na výšku a věk.
2. Nadměrný strach z tloušťky, který trvá i za velmi nízké hmotnosti.
3. U dívek a žen dochází k poruše menstruace v případě, kdy není podávána hormonální antikoncepce.

Mentální anorexie může mít dvě podoby:

1. Nebulimický (restriktivní) typ. V průběhu tohoto typu nevznikají opakované záchvaty přejídání.
2. Bulimický (purgativní) typ. V průběhu tohoto typu vznikají opakované záchvaty přejídání (Krch, 2005, s. 17).

Někteří jedinci trpící mentální anorexií se omezují v jídle tím, že projevují nadměrný zájem o jídlo (na jídlo neustále myslí, baví je vaření, shromažďují nové recepty) a také se u nich může projevit zvýšená touha na sladké. Anorektičky neodmítají jídlo z důvodů nechutenství, ale proto, že nechtějí jíst vůbec. Také si vymýšlí různé výmluvy proč nejíst. Tito jedinci mají narušený postoj k vlastnímu tělu (Krch, 2005, s. 16).

Lidé trpící anorexií, jako první vyřazují ze svého jídelníčku sladké potraviny a jídla, která mají vysoký obsah tuku, např. bílé pečivo, maso nebo přílohy. V neposlední řadě si změni celý svůj jídelní plán bez dalších přidaných jídel navíc (Krch, 2005, s. 17). Příznaky mentální anorexie se objevují pozvolna a plynule.

Léčba této nemoci vyžaduje profesionální pomoc, jelikož kromě psychických obtíží mají jedinci také zdravotní problémy, mezi něž patří ztráta menstruace, srdeční obtíže, oslabený krevní oběh, dochází k poškození jater, u malých dívek se může zpomalit růst, dochází k odvápnění kostí a celkově k oslabení organismu. V takovém případě je nutná

konzultace s praktickým lékařem, který navrhne řešení, jak postupovat dál. V neposlední řadě je nezbytnou profesionální pomocí pomoc psychiatra nebo psychologa (Papežová, 2010, s. 148-149). Předpoklad úspěšné léčby tkví v překonání návyků nemocného. Účinnost lze mimo jiné spatřovat v zaměření se na dílčí cíle a jejich jednotlivé úkoly (Krch, 2005, s. 24).

1.2 Mentální bulimie

V následující podkapitole je věnována pozornost mentální bulimii, jelikož tato nemoc se také řadí k poruchám příjmů potravy. Jelikož ve výzkumné části se věnuji problematice mentální anorexie i bulimie považuji za správné zmínit obě poruchy příjmů potravy.

Podle Krcha (2005, s. 18) je *„Mentální bulimie je charakterizována především opakujícími se záchvaty přejídání, spojenými s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“*

Základní diagnostická definice podle MKN – 10, F 50.2 Mentální bulimie

„Mentální bulimie je syndrom, charakterizovaný opakovanými záchvaty přejídání a nadměrnou kontrolou své tělesné váhy, vedoucí k přejídání, následovaném zvracením nebo používáním projímadel. Tato porucha má mnohé psychologické rysy shodné s mentální anorexií, včetně zvýšeného pozorování vlastní tělesné hmotnosti.“ (WHO, 2008, s. 227)

Ačkoli se onemocnění mentální bulimie vyskytuje častěji než onemocnění mentální anorexie, jsou obě tyto nemoci vzájemně propojeny. U jedinců se po přejetí objevují pocity deprese a viny. Dále pokračuje fáze zvracení nebo užití nejrůznějších látek, které vyvolají vyprazdňování. Autorky mají zkušenost v tom, že u jedinců trpících bulimií bývá jejich hmotnost normální, nebo se může objevit mírná nadváha či obezita. Nemocní mají často na toto onemocnění nekritický pohled, odmítají léčbu a mají za cíl zabránit zvýšení své hmotnosti. Na první pohled se zde objevuje ochota ke spolupráci, ale není tomu tak. Jedinci se pouze snaží odpoutat pozornost na své okolí. Velmi často se objevují neshody v rodině, zpravidla pak dochází k možným rozvodům, které mohou být také jednou z příčin vzniku PPP. U nemocných se vyskytují frustrace z potravy, obavy z tloušťky, posměchy okolí, šikana ve škole, nebo také média. V současnosti se také může jednat o různé soutěže krásy podílejících se na vzniku těchto poruch. Jedinci si nedokáží nemoc připustit, neumějí být ke svému tělu upřímní (Krch, 2005, s. 15-18).

Některé studie poukazují na skutečnost, že mentální bulimii v České republice trpí asi každá dvacátá dospívající dívka a mladá žena. Narušené jídelní postoje a ohrožující kontroly tělesné hmotnosti lze však pozorovat u více než u deseti procent mladých žen (Krch, 2005, s. 22). Mentální bulimie začíná mezi patnáctým a dvacátým pátým rokem dívek a mladých žen. Většinou této nemoci předchází různé typy diet nebo anorexie.

Z hlediska vzniku poruch příjmu potravy je zvláště významná role rodiny při formulování konceptu úspěchu a krásy o vlastním těle při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu (Krch, 2010 s. 48). Někteří autoři poukazují na to, že rodiče na děti kladou příliš vysoké nároky. Rodičům chybí empatie a schopnost péče o děti (Krch, 2010, s. 63). Krch (2010, s. 49) říká, že „dvě třetiny bulimiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí“.

Peggy (2001, s. 60) uvádí, že mentální anorexie a mentální bulimie mají identickou příčinu svého vzniku. Obě zmiňované poruchy způsobují stav negativního vědomí. Zpravidla se stává, že po mentální anorexii následuje většinou mentální bulimie.

1.2.1 Faktory vzniku poruch příjmu potravy

Následující podkapitola se zabývá rizikovými faktory, které se podílejí na vzniku PPP. Biologické faktory jsou neměnné, tudíž je změnit nedokážeme, ale faktory, které na nás působí z okolí zmírnit nebo změnit lze.

Dále můžeme konstatovat, že se nevyskytuje žádný určitý faktor a ani příčina pro rozvoj PPP, které by se vyskytovaly u všech pacientů s těmito poruchami (Krch, 2005, s. 58).

Z toho důvodu se zde věnujeme rozborem faktorů, které mají malý, nepatrný vliv na vznik uváděných poruch.

PPP se mohou vyskytovat ve všech oblastech našeho života. Tyto poruchy mohou mít vliv jednak na psychický a fyzický stav, ale také na vztahy sociální. Rizikové faktory jsou neznámé, jelikož se jedná o nejrozmanitější faktory způsobující dané poruchy.

Hovoří se o různých faktorech, které se odlišují a podílejí na rozvoji PPP. Můžeme tedy zmínit biologické, kulturní, sociální, genetické, rodinné a osobnostní faktory. Mnoho odborníků se shoduje, že neexistuje faktická příčina pro rozvoj PPP, která by se dala odstranit a došlo k úplnému vyléčení (Marádová, 2007, s. 15-17).

Jak je uvedeno výše, na rozvoj tohoto onemocnění má vliv řada faktorů. Tyto faktory můžeme označit jako multifaktoriální, jedná se „o *souhru několika okolností, které dávají vznik onemocnění nebo ho udržují,*“ (Papežová, 2000, s. 13). Musíme zde zdůraznit, že se jedná především o pacienta. Krch (2005, s. 57) zmiňuje tzv. biopsychosociální koncept. Koncept představuje všechny možné příčiny, které nás ovlivňují a to od příčin psychologických, napříč biologickými, až po příčiny sociokulturní.

Níže jsou faktory rozděleny na biologické, psychické a sociální, včetně jejich podrobnější charakteristiky.

1.2.1.1 Biologické faktory

Za biologické faktory můžeme považovat, takové faktory, které jsou nám vrozené. Ačkoliv neexistují doposud žádné přesné informace o rozvoji PPP.

První z nich udává Krch (2011, s. 44-45 [online]) mužský a ženský svět. U dívek či mladých žen, je daleko větší riziko vzniku PPP, než u mužů. Muži jsou méně ohroženou skupinou, jelikož nedrží tolik dietních omezení a nekontrolují neustále svoji tělesnou hmotnost. V období dospívání mají méně tuku, ale za to více svalů než dívky. Rizikovým obdobím vzniku PPP je období puberty a dospívání. Jedinci jsou více sociálně vnímavější a zranitelní. Objevují se hormonální změny. Rozdíly můžeme spatřovat i po psychické stránce. Dívky bývají zpravidla mnohem citlivější, dělají si více starostí, zda jsou v kolektivu oblíbené či nikoliv a dochází u nich k neúctě k vlastnímu tělu a nízké sebevědomí než tomu bývá u chlapců. **Rizikovým faktorem u žen je nejčastěji odmítání ženské role, těla a své sexuality.** Také ztráta menstruace není cílem žen, ale představuje právě odmítání ženské role.

Málková a Krch (2001, s. 80) tvrdí, že: „*Pro dospívající dívky mohou být ohrožující i nápadné změny jejich těla, se kterými si nevědí rady. Během poměrně krátké doby se změni jejich proporce, stanou se předmětem různých, někdy vulgárních nebo pro ně nepochopitelných narážek.*“

V dospívání se objevují různé faktory, které ovlivňují vznik poruch příjmu potravy. Jedná se o působení sociálního vlivu, který může způsobit stres a nejistotu. Velkou roli hrají vrstevníci, kdy se jedinci snaží zapadnout do určité sociální skupiny a přijímají jejich určité hodnoty a postoje. Jakýkoliv spor s vrstevníky může jedincům působit bolest, která se následně ukazuje v jejich jídelních návycích. (Krch, 2010, s. 44 – 47).

1.2.1.2 Psychické faktory

K psychickým faktorům řadíme osobnostní rysy a psychiku jedince, která souvisí s životními událostmi, jež jedinec zažil a prožil. Řadit sem lze dále emocionální či rodinné faktory.

Životní situace

Podstatný vliv na rozvoj PPP jedince můžou mít těžké životní situace, ke kterým lze zařadit problémy týkající se rodiny, různá onemocnění, domácí násilí a sexuální zneužívání, jisté narážky na postavu jedince, zklamání z rozchodu se svým partnerem nebo brzký odchod od rodiny.

Těžké životní situace se stávají často příčinou vzniku nejrůznějších somatických a psychických onemocnění. „Až dvě třetiny dívek s PPP dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí.“ (Krch, 2007, s. 49). V kontextu s PPP se objevuje stres, ponížení, šikana, osamělost, smrt blízké osoby, rodinné či jiné problémy.

U nemocných se často objevují narážky od svých vrstevníků nebo rodiny. Jedinci to posuzují, jako právě osobnostní a rodinné problémy, které je trápí. Často je však velmi těžké zjistit, jak velkou roli hrají tyto životní situace či příčinu nebo důsledek poruchy v životě nemocného.

Do psychických faktorů spadají rovněž faktory rodinné. Podle Krcha (2010, s. 63) je „Z hlediska vzniku PPP zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu.“

Dle názoru autora práce lze příčiny vzniku uvedeného onemocnění hledat v rodině. Rodiče bývají často strůjcem negativního pohledu dítěte na vlastní tělo. Hlavní roli zde sehrává matka dítěte, jelikož bývá dítětem brána jako vzor, kterému se chce co nejvíce přiblížit. Důležité je, jaký má vliv matka na dítě, jaký má ona sama postoj k vlastnímu tělu, zda drží nějaké diety apod. Tyto zmíněné faktory mohou ovlivnit dítě ve stravovacích návycích (Fraňková S., Dvořáková-Janů, 2003, s. 226).

Některé studie prokazují, že rodinné neshody mohou být důsledkem vzniku PPP. Jedinci s mentální bulimií bývají mnohdy vystaveni velkému nátlaku rodičů. Jedná se o úsilí

rodičů dovést vlastní dítě k nejlepším studijním a sportovním výsledkům. Dalším problémem mohou být konflikty se sourozenci. (Papežová, 2010, s. 41 – 42).

Osobnost a psychické charakteristiky

Než se nemoc projeví, jedinci často trpí pocity méněcennosti, nedostatkem důvěry a velmi těžko snáší psychickou zátěž.

Vašina (2008, s. 164-165) říká, že: *„Lidé s diagnózou mentální bulimie jsou nejistí ve vztazích, mají nízké sebevědomí a často jsou závislí na autoritě. Významnou hodnotou je právě sebekontrola, která se jim nedaří. Tím se mimo jiné liší od lidí s diagnózou mentální anorexie.“* O bulimii tedy můžeme říci, že se jedná o ovládnutí jedince, které je nešikovně zaměřené.

1.2.1.3 Emocionální faktory

Můžeme konstatovat, že samotné záporné emoce, jako je špatná nálada nebo negativní naladění nevedou k rozvoji PPP. Štíhlost a ideál krásy vede ke zlosti, depresi a k tělesné nespokojenosti. Jedná se o faktor, který nám umožní rozpoznat, zda je jedinec v pořádku či nikoli (Novák, 2010, s. 18). Jedinci s touto poruchou často potlačují city. Následkem toho mají nedostatek emočních a citových zážitků spjatých s jídlem. Velmi často také trpí výkyvy nálad (Hall, Cohn, 2003, s. 13).

1.2.1.4 Sociokulturní faktory

Již od dětství na nás působí sociokulturní faktory, kterým podléháme. Největší je tlak společnosti, se kterým se musíme vypořádat. Za rizikové sociokulturní faktory můžeme považovat vliv médií, reklamy a různých dietních plánů.

Vliv médií

Média mají nejsilnější vliv na psychiku jedince. Řadíme sem televizi, filmy, internet, časopisy nebo i módu, jenž zastává názor, že i malá nadváha může být zdraví škodlivá, a že budeme-li štíhlí, budeme přitažlivější.

Krch (2010, s. 54) říká, že: *„Zejména ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé.“*

Zde je důležité zmínit především internet. Na sociálních sítích existují různé otevřené skupiny, kam se dívky mohou přihlásit. V těchto skupinách si předávají rady o dietách a informace o zkušenostech, jak zhubnout. Existují různé blogy, kam dívky píší, jak bojovat s hladem, jak nejíst i jak skrýt svoji nemoc.

Média mohou být jistým návodem jak zhubnout, ačkoli to není jejich cílem. Právě ona se snaží varovat před těmito PPP, ale většinou s negativním účinkem. Měla by být pro dívky prevencí, ale není tomu tak. Dospívající dívky v tom spatřují návody, jak být štíhlé.

Reklamy

Dnešní reklamy v nás vzbuzují pocity, že můžeme mít všechno. Na základě těchto reklam lze zhubnout během pár dní a bez námahy. Stačí pravidelně užívat tablety či doplňky stravy a budeme štíhlé. V těchto reklamách zpravidla vystupují krásné hubené modelky, které mohou být pro dospívající dívky a mladé ženy vzorem a ideálem krásy.

Diety

V dnešní době se rozvinul trend držení diet. Dospívající dívky a ženy, touží po dokonalém těle. Diety pro nás mohou být významným faktorem ovlivňující rozvoj PPP. Právě tyto diety velmi často předcházejí rozvoji PPP.

Dívky a dospívající ženy často zkusí různé dietní návyky, které napodobují například od dospělých, které mohou vést až k PPP. Jedinci jsou závislí na zkoušení různých dietních prostředků. Tyto dietní prostředky vedou k tomu, že ženy nebo dívky přestávají jíst nebo konzumují pouze potraviny s nízkým obsahem kalorií. Jejich motivací je zhubnout a mít krásné tělo. Držení diet může být nebezpečné, jelikož může dojít k opožděnému dospívání u mladých dívek. (Fraňková, Dvořáková, 2003, s. 227 – 229).

Uvedená kapitola je zaměřena na jednotlivé PPP a příčiny jejich vzniku. Ačkoli je v práci kladen důraz na podporu ze strany rodiny, je mnohem důležitější podpora konkrétního člověka s daným onemocněním, než podpora rodiny jako celku. Důležitost podpory rodiny v sociální práci je popsána v následující kapitole.

1.3 Terapie v rámci poruch příjmů potravy

Hlavní krok k uzdravení, je přiznání si existence daného problému jedincem. Není to však zcela jednoduché, jelikož si jedinec musí uvědomit, že skutečnost, jak se chová, cítí a jak se stravuje, není v pořádku. Tento moment uvědomění nastává, vyskytne-li se nějaká komplikace např. zdravotní. Zde začínají vznikat pocity úzkosti. Uzdravení pro jedince znamená, přestat se zvracením, požíváním různých projímadel, přejídáním se, nadměrným cvičením, hubnutím a uvědoměním si toho, že zhubnout může jinými a lepšími způsoby.

K procesu léčby PPP potřebujeme multidisciplinární tým (Krch, 2005, s. 16). Léčba poruch příjmů potravy, by měla být zacílena na tělesné obtíže, psychoterapii s cílem pochopení role nemoci v životě a příčin a psychoterapii cílenou na změnu jídelních návyků a životního stylu (Procházková a Sladká-Ševčíková, 2017, s. 54).

K možnostem pomoci jedincům s PPP je potřeba mnoho různých odborníků. Proces uzdravení může mít jak formu ambulantní, tak i formu hospitalizace.

Nejdříve by měl sociální pracovník posoudit životní situaci jedince. Jedná se o velmi důležitou část práce s klientem, jelikož výsledky posouzení dané situace udávají další postupy při práci s jedincem (Navrátil, 2007).

Využití lze nalézt v konkrétních strategiích, metodách či technikách. Jako první při posouzení situace musíme udělat přípravu na první setkání s uživatelem služby, kdy sociální pracovník připravuje plán posouzení, který zahrnuje různé metody, kterých bude využito při práci s uživatelem. Nejvíce využívaná metoda je rozhovor. Poté se stanovuje cíl posouzení. Dále se vymezují otázky a témata posouzení (Navrátil, 2007).

Druhou fází je setkání s uživatelem, kdy se vytváří vztah mezi klientem a pracovníkem. Zde dochází k realizaci plánu, který jsme zmínili ve fázi první (Navrátil, 2007). Celá tato práce s klientem, by měla být založena na důvěře a otevřenosti. Pamatovat musíme také na rovnocenný přístup ke klientovi (Watson a Westová dle Navrátila, 2007).

Další fází je zpětná vazba a analýza informací, které jsme získali. V této fázi dochází k aktivnímu zapojení klienta do procesu spolupráce. Sociální pracovník musí třídít a analyzovat informace. Získané informace, by měly být podstatné, aby mohlo dojít k určení

intervence, a také jim musí sociální pracovník porozumět. Poslední fází je provedení vlastní intervence. Jedná se o určité situace, které vyplývají z posouzení (Navrátil, 2007).

Cílem posouzení životní situace jedince je porozumění jeho nemoci, což je mnohdy složité u cílové skupiny PPP. Na sociální pracovníky jsou proto kladeny nežádoucí požadavky ve znalosti této nemoci.

Existuje mnoho terapeutických přístupů pro léčbu PPP. Léčba musí být zacílena na individuální potřeby jedince. Mezi terapeutické přístupy patří rodinná terapie, kognitivně-behaviorální a psychodynamická terapie. Stanovují se rovněž určité požadavky terapie, mezi které patří respektování komplikované biopsychosociální podmíněnosti nemoci, uvědomění si problémů nemocného a znalost PPP, vytrvalost a produkce realizovatelných cílů (Krch, 2005, s. 20).

Většina pacientů přichází k lékařům zabývajících se stravováním. To se děje na příkaz rodiny či přátel z důvodů nízké hmotnosti. Lékaři většinou rozpoznají, že se jedná o PPP. Můžeme tedy zmínit nutriční terapii, která jde proti PPP, ale nelze ji pokládat za adekvátní psychoterapeutickou intervenci. Mnohdy se stává, že nutriční specialista se domnívá, že dané poruchy vyřeší bez další odborné pomoci, tedy bez psychiatrů a psychologů. Nepochybně je nutriční terapie užitečná při léčbě těchto poruch. Cílem nutriční terapie je ustálení hmotnosti (Papežová, 2010, s. 179-183).

Uvedme také nejčastěji používané terapeutické přístupy zabývající se léčbou PPP. Nejvíce využívaným přístupem jsou kognitivně-behaviorální terapie, terapie rodinná, skupinová a psychoanalytická (Kocourková et al., 1997, s. 98).

V práci je kladen důraz na terapii kognitivně behaviorální a rodinou, jež jsou přiblíženy níže.

1.3.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Tato terapie bývá používána u nemocných, u kterých nemůže být provedena rodinná terapie z důvodu věku a u jedinců, kteří trpí středně těžkými až vážnými příznaky PPP (Krch, 1999, s. 132). Představuje účinnou formu terapie soustředící se, na zlepšení sebekontroly, sebeúcty a trénink asertivity. Na základě této terapie se zakládají svépomocné manuály a podporující svépomocné aktivity pro klienty a rodiny (Papežová 2010, s. 292).

KBT spočívá ve vedení záznamů o jídle, pravidelném vážení pacientek, změnu jídelníčku, změnu myšlení a prevenci relapsu. Nejdůležitější bod v této nemoci je v přesvědčení klientky že, „*tělesná hmotnost, postava nebo štíhlost jsou jedinými nebo nejdůležitějším kritérii, která vypovídají o jeho osobní hodnotě nebo vlastní ceně*“ (Krch, 2005, s. 128). Objevuje se zde strach z přibírání na váze, ale velmi důležité je klienty ujistit, že jejich hmotnost se zvýší jen o minimum v této terapii.

Na začátku spolupráce musí terapeut určit jasná pravidla a časový rozsah terapie. Terapeut by měl být komunikativní, být otevřený, měl by motivovat své pacienty, vést pacientky k aktivní účasti. Během terapie si klientky dělají záznamy o stravě, kterou snědly, kdy jedly určitou potravinu a kde, ale také současně si zapisují, jaké mají u toho pocity.

Jedná se o ambulantní formu terapie, která zahrnuje dvacet sezení (Krch, 2005, s. 135). Tato terapie obsahuje několik fází. První fáze má dva prioritní cíle spočívající v tom, že vysvětlíme pacientům význam léčby a hlavní výchozí teorii a také se snažíme nahradit záchvatovité přejídání běžným stravovacím režimem. Následovně terapie spočívá ve vysvětlení důsledků nemoci v průběhu terapie. V rámci prvního setkání sdělíme pacientům, aby si dělali jídelní záznamy, které jim přispějí k tomu, aby mohli sledovat své pocity, chování a myšlenky v souvislosti s jídlem (Krch, 2005, 136-137).

Další fáze trvá většinou osm týdnů. Zde se soustředíme na pravidelnost stravování a odstranění diet, negativního postoje vůči vlastnímu tělu a také nedostatku sebevědomí (Krch, 2005, 139-142).

Poslední fáze zahrnuje tři setkání, kde je cílem udržet si pokrok i po ukončení léčby a také po skončení léčby dochází k zlepšení (Krch, 2005, 142-143).

Tato terapie se zaměřuje na odučení nežádoucího chování a myšlení. Odstranění návyků je nedostačující, proto dále probíhá nácvik žádoucího chování, které vede ke snaze „normálně“ jíst. Kognitivně-behaviorální terapie se soustředí na situace teď a tady, nezabývá se minulostí. Musí se dodržovat přísný režim nácviku správného stravování. Cílem terapie je změnit způsob chování k jídlu a postoj k vlastnímu tělu.

1.3.2 Rodinná terapie

Velmi účinným přístupem při léčbě PPP je rodinná terapie, která patří k systémovému pojetí. Zkoumáme zde celý systém, tedy rodinu. Poruchy příjmů potravy se můžou projevat

v rodinách, které mají neustále konflikty a disfunkční role. Rodinná terapie je zaměřena na psychoterapii rodiny, zahrnuje tak interakce v rodině. Jejím cílem je docílit komunikace, vymezit role, stanovit si hranice mezi členy rodiny a subsystémy. Této terapii mohou využívat jednotlivci, manželské páry, část rodiny nebo rodiny celé (Matoušek, 2008, s. 185-188). Je důležité, aby se sociální pracovník soustředil na celou rodinu, nejen na jednotlivce.

Nejdůležitějším prvkem je najít v rodině původ nemoci a pomoc opět nalézt hodnoty rodiny, tak aby rodina mohla hledat východisko řešení. Rodina se nepovažuje za tvůrce problému, ale je považována, jako zdroj pomoci pro dítě. Hlavním úkolem je zvítězit nad nemocí (Hall, Cohn, 2003, s. 95-97).

Předcházení PPP se objevuje v rodině, kde si jedinec osvojuje postoje. Rodina je pro jedince místem, ve kterém dochází k uspokojování základních potřeb, ale může být i místem kde jedinec zažívá zklamání (Procházková, Sladká-Ševčíková, 2017, s. 42).

Rodinná terapie se provádí u jedinců, kteří žijí se svými rodiči. Tuto terapii využívají spíše mladé dívky. Tím, že rodiče budou přítomni na terapii, mohou dopomoci k terapeutickému cíli. Rodiče si, také někdy nevědí rady, a proto potřebují poradit, jak pracovat se svojí dcerou, která má bulimii. Rodiče mohou být zaskočeni z vyhublosti vlastní dcery, projevují se u nich pocity bezmoci nebo naopak u nich probíhá nadměrná kontrola dcery.

Terapie umožňuje setkat se s jinými rodinami, které mají stejný problém. Tato setkání v rodinách vyvolávají pocity naděje a solidarity. Rodiny na terapii mohou mluvit otevřeně o svých problémech, mohou zde vyjít ze sociální izolace (Krch, 2005, s. 189-190). Dle Papežové (2010, s. 351-353) má terapie několik fází. Nejprve si musíme vytvořit příjemnou atmosféru a vzájemnou důvěru. Ve druhé fázi je nutné podporovat rodinu k léčbě a zmínit negativní následky onemocnění. Třetí fáze spočívá v podpoře rodinných vztahů, otevírají se různá témata a potlačené emoce. Jestliže se terapie účastní i sourozenci pacientky, tak by se mělo jedno sezení věnovat těmto sourozencům, aby měli pocit rovnoprávnosti v rodině.

Poslední fáze spočívá v tom, že se rodina učí, jak zvládnou budoucnost, a jak zvládat rizika nebo problémy (Papežová, 2010).

Rodina představuje systém se specifickými interakcemi. Forma terapie může být ambulantní nebo hospitalizace (Kocourková et al., 1997, s. 110).

Rodinou terapií se zabývají Gjuríčová a Kubička (2009). Autoři zmiňují, že je možné hovořit o symptomech, které změnilly jejich životy, chování a vzájemné vztahy. V rodinném prostředí dochází k napětí, které vyvolává pocity bezmoci a beznaděje.

1.3.3 Více rodinná terapie

Autorkami tohoto modelu jsou Tomanová a Papežová. Tuto terapii řadíme k eklektickému přístupu, kde dochází ke kombinaci s jinými terapiemi. Obsahuje kognitivně-behaviorální, dynamické, imaginativní, narativní a systematické prvky (Papežová, 2010, s. 353). Jedná se o terapii, která trvá po dobu jednoho roku, na kterou dochází pět až šest rodin najednou. Těmto rodinám se věnují čtyři až pět terapeutů. Více rodinná terapie poskytuje rodinám možnost upřímně mluvit o jejich rodinném problému. Důležité je, aby byly rodiny co nejvíce aktivní, a aby nedocházelo k sebeobviňování. Rodiny se snaží více komunikovat, vnímají to, jak poruchy příjmu potravy narušují rodinný systém. Rodinám velice pomáhá skutečnost, že mohou získávat zkušenosti od ostatních rodin. Pro rodiny je snadnější získávat zpětnou vazbu od rodin, které mají podobné problémy, než od odborníků (Papežová, 2010, s. 353).

Více rodinná terapie má několik fází. První fáze spočívá ve vytvoření terapeutického vztahu a příjemné atmosféry. Rodina se v této příjemné atmosféře cítí bezpečně a důvěřuje terapeutovi. Na počátku samotné terapie jsou rodinám sdělena veškerá práva, na které mají nárok. Patří sem právo na zpětnou vazbu, právo říkat ne určitým postupům a právo na důvěrnost sdělených informací (Papežová, 2010, s. 352-353).

Druhou fází je orientace na symptomy. Tato terapie obsahuje psycho-edukaci cílenou na příznaky a nežádoucí dopad onemocnění. Používá se zde videoprojekce jako fotografie, schémata a informační hesla. Důležitým cílem ve druhé fázi je podpora rodiny k vyléčení jejich dítěte (Papežová, 2010, s. 353).

Další fází je orientace na vztahy. Důležitá je tu struktura rodiny. V této fázi dochází k odhalení hierarchie, koalic, tajemství, k odhalení špatné komunikace a skrytých emocí v rodině. Rodiče se musí naučit věnovat dítěti pozornost. Mezi jednotlivými členy může dojít k odpuštění. V rámci této fáze se zjišťuje reálná role PPP v rodině (Papežová, 2010, s. 353).

Čtvrtá poslední fáze je zaměřena na budoucnost a nové naděje. V této konečné fázi nastává přesunutí z přítomnosti do budoucnosti. Důležitým tématem je předcházení relapsu a určení nebezpečných signálů. Rodina se zde učí řešit problémy (Papežová, 2010, s. 353).

2 RODINA A PPP

Druhá kapitola je zaměřena na pojetí samotné rodiny, jelikož rodina je nezbytnou součástí rozvoje PPP. Rodina se podílí na separačním procesu, jídelních zvyklostech, konfliktů, určité dispozici rodičů, sourozeneckých vztahů nebo dětských nemocech.

Kapitola poukazuje na podporu rodiny včetně účinných možností léčby PPP. Také je zde posuzována životní situace klienta kognitivně behaviorálním přístupem, rodinnou terapií a více rodinnou terapií.

Pojem rodina je úzce spjat s výrazem domov. Pod slovem domov si mnoho lidí vybaví vlastní dům, obývané město, rodný stát nebo planetu Zemi. Tato místa nám často zpříjemňují osoby, se kterými jsme spojeni více než pouhými právními vztahy. Považujeme za samozřejmé, že k nim patříme, a nedokážeme si představit, že by tomu bylo jinak. Rodina poskytuje pocit bezpečí, podporu a příležitost někam patřit. Rodinní příslušníci rozhodně patří k osobám, kterých bychom si měli vážit.

Rodina je pro každého z nás přirozené prostředí člověka, v němž vyrůstá a získává zkušenosti od malička až do dospělosti. Ovlivňuje jeho vývoj, jeho sebedůvěru a osobnostní stálost. Dítě v rodině si osvojuje základní dovednosti, znalosti a získává zkušenosti. Rodina má mnoho funkcí a to biologickou, ekonomickou, výchovnou a emocionální.

Nevětší podporou a pomocí pro dívky trpící PPP bude někdo, kdo si s nimi promluví o jejich problému a o pocitech. Nejvhodnější pomocník by neměl držet žádné redukční diety a neměl by se omezovat v jídle, měl by být trpělivý. Dále by s jedinci neměl soupeřit a neměl by je ponižovat. Dívky by měly být s pomocníkem neustále v kontaktu, aby jim pomohl kdykoliv poskytnou pomoc a podporu. Pomocník by neměl hrát roli terapeuta a ani rozmazlující matku (Krch, 2002, s. 19-20).

Pokud takového pomocníka pacientky neseženou, tak by měly mít někoho, kdo je občas vyslechne a podpoří. Nevhodným pomocníkem je ten, kdo má stejný problém. Nejvhodnější pomoc nepřestávají ani rodiče pacientky trpící PPP. Rodiče by na klientky mohli přenášet zodpovědnost za zvládání problému, nebo to, že by nemoc ovlivnila jejich rodinné vztahy. Rodiče ovšem můžou být dobrým pomocníkem v těch situacích, kdy jejich dcera potřebuje někoho, s kým se společně nají. Pomocník nemusí být vzdělaný v PPP, ale je důležité, aby se normálně stravoval a byl trpělivý (Krch, 2002, s. 21).

U mladších dívek jsou rodiče velmi důležití. Rodiče hrají Podle Krcha (2002, s. 21) „*rolí trpělivého a neústupného dozorce.*“ Rodiče pomáhají k tomu, aby jejich dítě více jedlo, aby mělo lepší a širší jídelníček, aby omezilo cvičení a začalo přibírat na váze (Krch, 2002, s. 21).

PPP jsou specifické tím, že se týkají nejen konkrétního člověka, ale zasahují celou rodinu. Jestliže chceme přispět k sociálnímu fungování systému rodiny, musíme podpořit rodinu. Podpora rodiny může probíhat různými způsoby, které jsou popsány níže.

V procesu léčby je rovněž nezbytná podpora rodina. Jestliže chce rodina pomoci k uzdravení nemocného člena, měla by se zamyslet nad jejím fungováním. Členové rodiny by měli odkrýt slabé stránky mezi, které mohou patřit špatná komunikace či konflikty v rodině (Hall, Cohn, 2003, s. 96).

Jestliže nechceme zápasit s PPP, je efektivnější využít vnější podporu. Vnější podporou mohou být např. školní odborníci, jednotliví členové rodiny, kamarádi, svépomocné skupiny, knihy a duchovní (Hall, Cohn, 2003, s. 94). Hall a Cohn (2003, s. 97) uvádí, že „*devadesát jedna procent bulimiček tvrdí, že jejich rodina nějak ke vzniku poruchy přispěla, a to buď přímo, nebo nepřímo.*“ Rodinná terapie je úspěšná, jestliže ji sloučíme s nácvikem asertivity. Je velmi užitečné, zapojí-li se do procesu celá rodina. Jedinec tak může získat podporu od celé rodiny, čímž dochází ke zlepšení rodinné dynamiky (Hall, Cohn, 2003, s. 97).

Matoušek a Pazlarová a kol. (2014, s. 13) označují podporu rodin jako „*programy, jejichž cílem je napomáhat členům rodiny, aby navzájem naplňovali potřeby, a aby s ohledem na zájmy rodiny jednali i v prostředí mimo rodinu.*“ Podpora rodiny má za cíl sledovat spokojenost rodiny a chování dítěte a jeho rodičů.

Rodinná terapie se odlišuje od podpory rodiny tím, že v rodinné terapii se odborníci zaměřují na komunikaci a rodinné vzorce. Rodinná terapie se poskytuje ve specializovaných centrech, ale podpora rodiny může být poskytnuta v domácím prostředí rodiny. Tzn., že podpora rodiny je více zaměřena na širší okolí, než rodinná terapie. Věnuje se především fungování rodiny, přičemž se zaměřuje na rodinné vazby, lokální společenství a některé organizace. Tato podpora se nespolehá jen na profesionální odborníky, jako např. psychology, sociální pracovníky, psychiatry a další, ale zaměřuje se na širší sociální okolí jako na rodinu, sousedy i dobrovolníky (Matoušek, Pazlarová a kol, 2014, s. 13).

S podporou rodiny úzce souvisí pojem sanace rodiny. Termín sanace znamená „uzdravit“ (Matoušek, 2014, s. 13). Podpora rodiny je týmovou prací, jelikož veškeré nároky nejsou v kompetenci jednoho člověka. Matoušek a Pazlarová a kol. (2014, s. 14) tvrdí, že „*intenzivní práce s rodinami vyžaduje případovou zátěž pracovníka/týmu pracovníků.*“ Matoušek a kol (2014, s. 19) dále uvádí, že cílem podpory rodiny je „*zlepšit její fungování v těch oblastech, kde vnímá problémy rodiny, případně pracovník.*“

Rizikovými faktory pro rozvoj PPP se považují vlastnosti rodičů. Dítě v rodině může mít za vzor matku, která drží redukční diety, a tak může docházet k rozvoji PPP. Ačkoliv na vzniku PPP se považuje nejen matka dítěte, ale i otec. Otec pacientky je popisován, jako pasivní, dominantní a zachovává si emocionální odstup. Otec může být také charakterizován, jako aktivní a nedosažitelný, v tomto případě se dcera nemůže otci vyrovnat, někteří otcové se označují za vzteklé a agresivní (Krch, 2005, s. 66).

Komunikace v rodině způsobuje potlačení a popírání problémů. Napovídají emoce, které jsou často potlačovány (Vágnerová, 2004, s. 104). Na vzniku PPP se mohou v rodině podílet i sourozenci. Na rozvoji poruchy může mít neblahý vliv například žárlivost mezi sestrami, které spolu neustále soupeří (Krch, 2005, s. 65-66).

Na rozvoji PPP se může podílet i špatné dětství jedince. Výzkumy potvrzují, že pacientky sdělují nevyhovující rodinné podmínky v 60 %, nebo 28 % rozpadlých rodin a v neposlední řadě se na výchově dětí podíleli prarodiče a to v 17 % (Krch, 2005, s. 67). V rodinách se často vyskytují další nespecificky rizikové problémy. Jedná se o alkoholismus. Většinou závislostí na alkoholu trpí otcové a to v 17 % nemocných (Krch, 2005, s. 67). Zde mě napadá že, u výše zmíněných popisu otců je zřejmé, že otec neumí podporovat a fungovat, jako otec.

V součinnosti s touto nemocí se o rodině a jejím vlivu hovoří velmi často. Nelze tvrdit, že rodina je původcem této nemoci, ale může se podílet na vzniku nemoci, a také na jejím uzdravení. Proto je důležité zmínit rodinu v této práci, jelikož má svoje zásadní místo.

2.1 Definice rodiny

Definice rodiny se mohou lišit podle úhlu pohledu a také v závislosti mění se v čase. Podle Matouška (2016, s. 11) je rodina „*Soužití lidí jedné nebo více generací, v němž je podstatná emocionální a ekonomická podpora jedinců. Jádrem rodiny je partnerství dvou*

dospělých lidí, pokud v ní dva dospělí partneři žijí. Nejsilnější biologickou vazbou v rodině je vazba mezi dítětem a rodičem.“ Pro každého z nás může rodina znamenat něco jiného. Rodina pro nás může znamenat štěstí, radost, ale také utrpení a starost. Musíme se zde přizpůsobovat, podřizovat a dělat kompromisy. V rodině se mají naplnit potřeby dětí a současně najít místo pro rozvoj dospělých. Rodina vytváří stabilní a intimní místo, je to tedy náš domov (Matoušek, 2003, s. 11).

Jelikož je v závěrečné práci kladen důraz na podporu rodin s PPP, je nutné zde zmínit definici podpory rodiny. Podpora rodiny dle Matouška (2016, s. 11) zní „*Všechny formy práce s rodinou, jejímž cílem je podpora rodiny v některém aspektu fungování.*“ Podpora rodiny, je velmi důležitá a hraje velkou roli při uzdravení jedince. Rodinná politika je proto soustředěna na podporu rodin ve výkonu jejich přirozených funkcí, nikoli na přebírání těchto rolí a zasahování do vnitřního života rodin, rozdělení sociálních rolí v rodině atp.

2.2 Rodinný systém

Rodinný systém podle Sobotkové (2007, s. 25) se hromadně rozepíná v prostoru, čase a v biologickém a sociálně-historickém kontextu. Rodinný systém bere v potaz rodinu v prostorovém kontextu tedy v systému, subsystému i mezi jejich hranicemi, ale také v časovém prostoru. Rodina prochází posloupnými cykly a vytváří tak chronosystémový model. V tomto modelu dochází ke změnám, mezi vztahy v průběhu času.

Další důležitý pojem v rodinném systému je rodinný proces. Jedná se o „*akce a interakce různých skladebních složek uvnitř i mimo rámec systému rodiny*“ (Sobotková, 2007, s. 25).

Autoři Kantor a Lehr (1975) charakterizovali, jako první rodinný systém, ve kterém zdůraznili základní myšlenky rodinného systému (Sobotková, 2007, s. 25):

- Rodinné systémy jsou velmi složité. Struktury rodinného systému nejsou stálé, nelze je vyměnit a jsou neuspořádané. Vztahy se neustále v rodině ovlivňují.
- Rodinné systémy jsou otevřené. Otevřenost podmiňuje životaschopnost systému, schopnost reprodukce či kontinuity a schopnost změny.
- Rodinné systémy jsou přizpůsobivé. Dochází zde k výměně pocitů z vnitřního a vnějšího prostředí.

Důležitou roli zde hraje propustnost či nepřístupnost systémů. Mnoho rodin se pohybuje mezi oběma možnostmi. Rodiny žijící v uzavřeném systému pocíťují větší bezpečí, ale postupem času dochází k situaci, že rodiny se nedokážou změnit a přizpůsobit změnám, čímž brání rozvoji členům domácnosti. Může dojít, až k izolaci rodiny kvůli nadměrnému stresu a rodina se stává méně odolnou vůči krizím. Naopak otevřené propustné systémy jsou více přizpůsobivé, způsobí akceptovat nové zkušenosti. Otevřený systém dokáže změnit vzorce, které jsou nefunkční a nevhodné (Sobotková, 2007, s. 26).

Každá rodina se skládá z mnoha subsystemů, z nichž je zásadní manželský neboli partnerský subsystem, rodičovský a v neposlední řadě, také subsystem sourozenecký. Partnerský subsystem tu hraje důležitou roli, jelikož se nachází v každé vývojové fázi životního cyklu rodiny. Prosperita fungujícího rodinného systému závisí na rodičích (Sobotková, 2007, s. 27).

Jakmile žena otěhotní, vzniká subsystem rodič-dítě a dochází ke zvětšení hranic subsystemu manželského. V tomto subsystemu si dítě osvojuje základní zkušenosti a dovednosti. Subsystemy se mohou vzájemně ovlivňovat. V rodinách se vytvářejí i další subsystemy či koalice, jako například matka-mladší dítě, otec-starší dítě (Sobotková, 2007, s. 27).

Hranice mají mezi systémy být jasně vymezené, ale i pružné, aby byly schopné změny (Sobotková, 2007, s. 35). Jestliže jsou hranice velice rigidní, tak se jedná o tzv. rozvolnění. Pokud nastane takové rozvolnění v rodině, dochází zde k oslabení rodinné funkce. Rodina není schopna reagovat na daný problém v daném čase, jak by měla. V rodině chybí pocity sounáležitosti a vzájemnosti, neumí si říci o podporu. Každý člen rodiny zvládá své problémy sám (Minuchin, 2013, s. 60).

Na druhou stranu jestliže jsou hranice rozptýlené, pak jde o tzv. propletené rodiny. V této situaci má rodina příliš rychlé a intenzivní reakce. Objevuje se zde větší pocit sounáležitosti, než v předešlém případě. Členové rodiny jeví zájem o komunikaci. Zátěž je přesouvána na všechny členy rodiny. Hranice v subsystemech se mění v závislosti na čase. Když se narodí dítě, dochází k propletení subsystemu matka-dítě, naopak, když dítě dospívá, může dojít k rozptýlení mezi subsystemem rodiče-děti (Minuchin, 2013, s. 61-62).

Za dokonalý stav považujeme normální hranice, které mohou být třetím vzorcem hranic. Svě místo mají mezi rozptýlenými a rozvolněnými rodinami hranicemi. Pojem hranice

subsystému je metaforou, jakým způsobem a jak často spolu členové rodiny komunikují (Sobotková, 2007, s. 36).

Rodiče, kteří své děti milují, ochraňují, pečují, podporují a chtějí pro ně bezpečí, mají velkou schopnost uspokojit přirozené potřeby dítěte a zajistit tak, hladký vývoj. Takové rodičovství je ideální, ale není tomu tak ve všech rodinách. Velmi často se objevují takové případy, kdy rodiče nejsou schopni uspokojovat a ani reagovat na potřeby svých dětí. Takové rodiny se vykazují chaosem v domácnosti, neumí řešit konflikty, neprojevují své pocity a jsou více nemocní (Matoušek, Pazlarová 2014, s. 46-47).

Každý člen v rodině plní svoji roli. Dítě musí plnit roli dítěte, tedy dcery nebo syna a otec musí plnit roli otce. Tyto role v rodině mají jasné hranice, které musí být jasně definované, aby vše v rodině fungovalo (Minuchin, 2013, s. 63).

2.3 Sociální práce s rodinou

Sociální práce s rodinou je jednou z metod sociální práce (Matoušek, 2001, s. 10). Sociální pracovník by měl mít zájem o to, jakým způsobem jsou uspokojovány potřeby jedince v rodině, a také o kulturní a hodnotovou orientaci. Důležitou roli, zde hrají kvalitní vztahy mezi členy rodiny. Musíme posuzovat vazby rodiny v širším okolí, jako je škola, zaměstnavatelé rodičů a instituce.

Pracovníci mají za úkol řešit rodinné a manželské problémy. Sociální pracovník může při práci s rodinou zprostředkovat soubor služeb, jako je například krizová intervence a poradenství, terapeutické služby, které využívají jedinci, kteří mají problémy s rodinou (Matoušek, 2003, s. 182). Cílem sociálních pracovníků při práci s rodinou je zkvalitnění rodinného systému.

V České republice se věnují PPP dva rodinní terapeuti, kterými jsou Vladimír Chvála a Ludmila Trapková. Chvála a Trapková v této terapii mají vynikající výsledky v léčbě při práci s rodinou nemocného. V Kapitole 3 je popsána jejich teorie sociální dělohy a zkušenosti, které mohou být východiskem pro sociální práci s PPP.

3 TEORIE SOCIÁLNÍ DĚLOHY

Autory této terapie jsou rodinní terapeuti Vladimír Chvála a Ludmila Trapková, kteří spolu spolupracují mnoho let v centru psychosomatických poruch v Liberci. Mezi mocné symptomy řadí partnerské, milenecké, pracovní a přátelské vztahy (Chvála, Trapková, 2009, s. 48).

Zastánci, kteří považují poruchy příjmu potravy za nemoc, která má počátky svého vzniku v nefungujících rodinných vzorcích jsou právě Vladimír Chvála a Ludmila Trapková. Právě tito dva terapeuti/psychologové přinášejí plán, který úspěšně uzdravuje klienty s PPP a to je jádrem práce s rodinou.

3.1 Teorie sociální dělohy

Teorie sociální dělohy je metaforou pojmu rodinu. Chvála a Trapková tuto teorii přirovnávají k psychosociálnímu dění v rodině k vývoji dítěte od prenatálního vývoje v děloze (dva dospělí a jejich harmonický vztah je „placentou“ zajišťující výživu dítěte), až po dospívání a separaci (sociální porod se vši svou bolestivostí a ohrožením). Tak jak rozdělujeme těhotenství na trimestry, tak autoři popisují tři psychosociální období.

První trimestr srovnávají s obdobím dítěte od 0-6 let (výživu zajišťuje sociální placenta, stane-li se vývojová chyba, mívá fatální důsledky) (Chvála, Trapková, 2004, s. 105). Druhý trimestr začíná od 6-12 let věku. Dítě v šestém roku se přiklání ke světu otce. Toto období můžeme vnímat, jako období zvětšování, např. těla či názorů (Chvála, Trapková, 2004, s. 106). Třetí trimestr je od 12-18let věku dítěte. Jde o období, kdy se dítěti otevírá prostor a cesty ven z rodiny. Toto období končí separací, neboli sociálním porodem (Chvála, Trapková, 2004, s. 107-108).

Předmětem pozorování je rodina jako živý organismus, která se v průběhu času mění, stejně jako organismus. Rodina je uzavřený organismus připomínající vývoj plodu v děloze matky směřující k porodu. Rodina představuje dělohu s funkcemi na sociální úrovni. Vývoj dítěte spěje k sociálnímu porodu, tj. k dosažení sociální dospělosti pomocí separačního procesu. Sociální děloha vyplňuje bezpečný prostor, ve kterém probíhají procesy, které jsou součástí rodiny. V tomto prostoru se vyvíjí děti. Funkce dělohy probíhají na úrovni sociální. Děloha izoluje vnitřní prostor od toho vnějšího. Uzavřený prostor v děloze může stvořit pouze

muž a žena, jelikož nikdo jiný k tomu nemá dispozice. Rodiče pro dítě vytváří zdroj sociální výživy. Matka se nachází uvnitř systému (tzv. forum internum), který je bližší spíše ženě.

Právě v matčině těle se vyvíjelo dítě několik měsíců. Proto matka směřuje dovnitř rodiny, toto je označováno, jako ženský jazykový princip. Na druhou stranu právě otec vyplňuje prostor vně (tzv. forum externum), protože směřuje ven za hranice rodiny. Dítě v rámci svého vývoje potřebuje oba tyto jazykové principy, někdy převažuje ženský jazykový princip, jindy zase mužský jazykový princip. Někdy více směřuje k matce a otce nevnímá. Otec by měl tedy zajišťovat bezpečí dítěte z větší vzdálenosti. Nastávají i takové situace, kdy se dítě obrátí směrem k otci, kdy dítě potřebuje laskavou a autoritativní postavu muže, kdežto matka mu může chybět. V této situaci matka musí ustoupit do pozadí. Velmi často se děje, že v určitém období dítě s matkou nevychází, a tak se matka snaží od dítěte držet dále (Chvála, Trapková, 2004, s. 90-92).

3.2 Sociální porod dcery

Sociální porod dcery je zde uváděn z důvodu častějšího výskytu PPP u dívek, než u chlapců.

Vztah matka - dcera jde do popředí zájmu a tento vztah nastává jako první. Matka by měla obeznámit svoji dceru, jak funguje ženský svět. Příchodem první menstruace se z dívky stává žena. Také matka prochází určitou změnou, jelikož se musí smířit se skutečností, že se s její dcerou stává žena. Je vhodné, aby matka svoji dceru přijala jako rovnocennou. Problém se objeví tehdy, když se vztah matky a dcery oslabí vzrůstajícími druhotnými pohlavními znaky. Může docházet k žárlivosti, jelikož dcera disponuje ženskými vnady a již není žádoucí, aby matka dávala dceři např. pusu na dobrou noc. Matka začíná svoji dceru soudit podle toho, jak vypadá, nikoli podle toho, jak se dcera cítí. Dcera se tak může domáhat nutné péče ztrácením na váze. Tato situace může vyústit v konflikt, kdy je oběma v domě těsno a otec se dostane do pozice, kdy se nezavděčí ani matce ani dceři (Chvála, Trapková, 2004, s. 112-115).

V další fázi dcera směřuje směrem k otci, který hraje důležitou roli v sociálním porodu. Otec musí přijmout jak matku, tak dceru s láskou. Dceru by měl přijmout v náručí a matce projevit úctu. Otec má za úkol prožívat nějaký čas se svoji dcerou bez přítomnosti matky. Musí dokázat dceři svoji lásku. Problém se může objevit v situacích, když otec nebude schopen rozlišit, že je dcera jiná, než matka. Může dojít k pozastavení jejich vztahu, až na

několik let. Ačkoliv by k takové situaci nedošlo, tak by se jejich vztah vyvíjel dál a dcera by chtěla ze vztahu odejít. Jakmile dcera opustí vztah otec- dcera je způsobilá k sexuálnímu vztahu (Chvála, Trapková, 2004, s. 117- 120).

Metafory sociálního porodu a sociální dělohy slouží k uchopení problematiky PPP a pochopené rolí rodičů ve vývoji dítěte. Jestliže se při sociálním porodu objeví problémy, může být nápomocen terapeut, který rodině sdělí, v jakém stádiu sociálního porodu se nachází.

4 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY A SOCIÁLNÍ PRÁCE

Kapitola 4 se věnuje pojmu sociální práce, charakterizována je zde také osoba sociálního pracovníka včetně jeho role. Osoba sociálního pracovníka je v podpoře rodiny s PPP velmi významná, jelikož právě sociální pracovník může být zprostředkovatelem dalších odborných služeb pro rodinu.

4.1 Vymezení termínu sociální práce

V odborné literatuře nalezneme mnoho definic sociální práce. Pro naplnění účelu práce jsou použity následující dvě definice. Matoušek (2008, s. 200) definuje sociální práci takto: „*Sociální práce je společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejichž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, zanedbávání výchovy dětí, diskriminace určitých skupin, delikvence mládeže, nezaměstnanosti aj.)*“. V sociální práci je důležitá solidarita, která představuje hlavní bod sociální práce, a také realizaci naplnění individuálního potenciálu jedince. Sociální pracovník může pracovat s jednotlivci, rodinami, skupinami i komunitami a může tak dosáhnout jejich sociálního uplatnění. Snaží se proto utvářet dobré společenské podmínky (Matoušek, 2008, s. 13).

4.2 Osoba sociálního pracovníka

V odborné literatuře nenacházíme dostatek informací o sociální práci a poruchách příjmů potravy v souvislosti s osobou sociálního pracovníka, jako odborníka, který se podílí na procesu uzdravení. PPP zasahují do mnoho oblastí života pacientů a významnost sociální práce je zde tedy na místě. Právě sociální pracovníci se podílí na zmírnění sociálních dopadů, které ovlivňují život jedince s PPP.

Zákon o sociálních službách 108/2006 Sb. v paragrafu 109 definuje sociálního pracovníka následovně: „*Sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace a koordinuje poskytování sociálních služeb.*“ Na základě zákona o sociálních službách se musí sociální pracovník neustále vzdělávat. Sociálním pracovníkem se může stát osoba, která je svéprávná, bezúhonná, zdravotně a odborně způsobilá (Zákon č. 108/2006 Sb. o sociálních službách).

Úkolem sociálního pracovníka je spojit klienty opět s komunitou nebo s dalšími odborníky do multidisciplinárního týmu. Sociální pracovník musí mít k dispozici potřebné nástroje a dovednosti, aby pochopil své působení (Hanuš, 2007, s. 6).

Sociální pracovník musí mít kompetence k tomu, aby mohl získat informace, vytvořit a uskutečnit plán vzájemné spolupráce a v neposlední řadě musí znát způsob, jak ukončit práci s klientem. K dalším dovednostem, kterými by měl disponovat sociální pracovník, patří komunikace s odborníky (Probstová, 2010, s. 137).

Sociální pracovník při práci s klienty, kteří trpí uvedeným onemocněním, musí znát základní symptomy nemoci, její dynamiku a znalost vhodných terapeutických přístupů. Odborně vzdělaný sociální pracovník, by měl znát základy psychologie, sociologie, zdravotních věd, práva nebo politiky (Probstová, 2010, s. 136).

4.3 Role sociálního pracovníka

Sociální pracovník při své práci vykonává několik rolí. Role se mění na základě pracovní náplně sociálního pracovníka nebo podle toho v jakém zařízení pracuje, jaké cíle a prostředky má organizace. Řezníček (1994, s. 57-58) popsal devět rolí, které zastává sociální pracovník při práci s klienty.

V práci je kladen důraz na šest rolí, které vykonává sociální pracovník při práci s klienty s PPP. Těchto šest rolí je zakládáno na přímé práci s klientem. Jednotlivé role sociálního pracovníka jsou uvedeny níže.

První role, kterou zastává sociální pracovník je role cvičitele (učitele) sociální adaptace. Touto rolí motivuje klienty k tomu, aby řešili své problémy sami, bez jakékoliv pomoci. Trénuje s klienty sociální a adaptační dovednosti. Pro klienty může být člověkem, který je motivuje ke změně chování a předcházení krizovým situacím (Řezníček, 1994, s. 57).

Další rolí, kterou plní sociální pracovník je role poradce nebo terapeuta, který se snaží o osobnostní růst klientů (Řezníček, 1994, s. 57). Sociální pracovník musí pochopit, že každý klient má jiné prostředí, zázemí, hodnoty a cíle, je tedy velmi významné pochopit, že každý klient je odlišný (Probstová, 2010, s. 135-136).

Následující role je role zprostředkovatele služeb. Sociální pracovník musí klientům zprostředkovat službu například kontakt na zařízení příslušné sociální služby, kde mu bude

poskytnuta adekvátní pomoc. Sociální pracovník může být ten, kdo koordinuje osoby, které budou pracovat s klienty (Řezníček, 1994, s. 57).

Role případového manažera, je role zajišťující koordinaci, vhodný výběr a provázanost služby. Tuto roli zastává sociální pracovník u klientů, kteří mají více zdravotních a sociálních problémů. Tato role přispívá k tomu, aby služby byly spolu provázané a přispívaly k vytýčenému cíli (Řezníček, 1994, s. 57).

Další rolí je role činitele sociálních změn. Tato role zasahuje do širší společnosti, jelikož zjišťuje a řeší problémy. Sociální pracovník tak zasahuje do správních, legislativních či politických orgánů, kde prosazuje změny v zájmu klientů (Řezníček, 1994, s. 58).

Jako poslední roli, kterou vykonává je role pečovatele nebo poskytovatele služeb. Pomáhá klientům, kteří v důsledku onemocnění nedokáží řešit své problémy vlastními silami v každodenních situacích (Řezníček, 1994, s. 57). Sociální pracovník by měl poskytovat profesionální poradenství v souvislosti s PPP. Musí dbát na potřeby klientů a nesmí sdělovat klientům své zkušenosti či rady. Poradenství je jakousi jednostrannou činností, u které je vymezeno, že rozhodnutí je na klientovi (Papežová, 2010, s. 324). Klientem může být i rodina nemocného, v tom případě by měl pracovník brát na vědomí, že členové rodiny mohou mít jiné potřeby, než nemocný jedinec (Probstová, 2010, s. 137).

Sociální pracovník, který má znalosti v dané oblasti, může klientovi a jeho rodině poskytnout odborné sociální poradenství. Sociální pracovník při práci s touto cílovou skupinou musí být velice citlivý k individuálním potřebám nemocného a jeho rodinným příslušníkům, tak aby klienti s mentální bulimií byli trpěliví a měli pochopení pro svoji nemoc.

5 METODIKA SBĚRU DAT

Ke zpracování výzkumné části práce byl zvolen kvalitativní výzkum. Hendl (2008, s. 61) říká, že „*Kvalitativní výzkum používá induktivní formy vědeckých metod, hloubkové studium jednotlivých případů, nejrůznější formy rozhovorů a kvalitativní pozorování. Cílem je získat popis zvláštností případů, generovat hypotézy a rozvíjet teorie o fenoménech světa.*“

Hlavním úkolem kvalitativní analýzy je odhalit stěžejní témata, formy, pravidelnosti, kvality a vztahy pomoci systematické a nenumerické organizace dat. Výsledky dat doplňujeme citacemi z části rozhovorů (Hendl 2016, s. 227). Kvalitativní výzkum se snaží porozumět lidem v sociálních situacích. Cílem kvalitativní analýzy je vytvoření nových hypotéz a teorií (Disman 2009, s. 284-290).

Kvalitativní výzkum není závislý na teorii, kterou někdo zmínil. Kvalitativní výzkum je založen na indukci spočívající v prvotně nasbíraných datech, ve kterých následně hledáme pravidelnosti (Švaříček, Šedřová, 2014, s. 14).

5.1 Přípravná fáze

5.1.1 Definování problému, cíle výzkumu

Stěžejním problémem dnešní doby u mladých dívek a žen je neustálá touha po dokonalém těle, jež bývá umocněna reklamami, módními přehlídkami a fotografiemi profesionálních modelek. Ačkoli byly v dřívějších dobách trendem ženy plnějších tvarů představující symbol plodnosti, dnešní doba ukazuje proporce ženského těla v jiném měřítku. Ženy, které do uvedeného trendu nespádají, bývají označovány za obézní. Mohou se stávat oběťmi šikany a různých forem nádavek či posměchu, které je mohou vést ke ztrátám sebedůvěry, psychickým problémům a v neposlední řadě k nechutenství nebo naopak přejídání a následnému zvracení.

Hlavním cílem teoretické části práce je definovat celistvost problematiky poruch příjmu potravy zakotvenou v příslušné metodice. Vedlejšími cíli je charakterizovat poruchy jako mentální anorexie, mentální bulimie a postavení sociálního pracovníka v procesu PPP.

Primární cíl výzkumné části práce navazuje na cíle stanovené v teoretické části a jeho význam je spatřován v samotné práci a analýze s respondenty, jež si sami prošli PPP, ať už mentální anorexií či mentální bulimií. K vedlejším cílům této části závěrečné práce je, forma

pomoci poskytována ze strany rodiny a postavení práce sociálního pracovníka v praxi. Dílčím cílem je popsat možnosti sociální práce s PPP.

5.1.2 Výzkumné otázky

Výzkumná část práce zahrnuje tři zkoumané oblasti, na jejichž základě budou stanoveny výzkumné otázky, které zde budou pomocnou strukturou. V první části je kladen důraz na oblast období před nemocí. Druhá oblast bude věnována samotnému onemocnění, na které bude navazovat oblast samotného procesu uzdravení a současná situace respondentů a rodinných vztahů.

Otázky budou kladeny podle výše definovaných oblastí. Pořadí otázek může být v průběhu rozhovoru změněno, v závislosti na návaznosti témat, které se k navazujícím otázkám vztahují. Použity budou zejména otázky otevřené, tak aby nebyli respondenti ve svých odpovědích omezováni. Prioritou bude vedení plynulého rozhovoru zamezujícímú přerušeni ve vyprávění. Z důvodu získání přesnějších a jasnějších informací, mohou být v dotazování použity doplňující otázky.

Stanovení výzkumných otázek

Výzkumná otázka č. 1: Jak vnímají respondenti změnu vztahů v průběhu zvládnání nemoci?

Výzkumná otázka č. 2: Jak respondenti vnímají přínos sociálního pracovníka?

5.1.3 Typy a zdroje údajů

Hlavním zdrojem údajů výzkumu jsou data primární získaná z provedených rozhovorů s respondenty, jež si sami prošli PPP. Další potřebné údaje budou získány z dat sekundárních a to z periodik, odborné literatury či internetových stránek a publikací.

5.1.4 Výzkumné metody

Data pro kvalitativní dotazování byla získána formou polostrukturovaného rozhovoru, jehož hlavní předností je, že se skládá z předem připravených otázek. Jedná se o nejvíce rozšířenou metodu sběru dat. Objevují se zde prvky nestrukturovaného i strukturovaného rozhovoru. Největší nevýhodou je náročné zpracování dat. K dalším nevýhodám patří odchýlení se výzkumníka od otázek, které si předem připravil a také získání nerelevantních dat vzhledem k cíli výzkumu (Miovský, 2006, s. 160-161).

5.1.5 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor bude tvořen 5 respondentkami, které si v minulosti prošly PPP.

Při výběru respondentů budou stanovena následující kritéria:

Kritérium č. 1: Respondentka v minulosti prodělala mentální bulimii nebo mentální anorexii.

Kritérium č. 2: Respondentka se úspěšně vyléčila z nemoci mentální bulimie nebo mentální anorexie.

U výběru respondentů nebude zvoleno žádné věkové rozmezí. Pro účely práce bude rozhovor proveden s pěti respondentkami označované dále písmeny R1, R2, R3, R4 a R5, z důvodu zachování anonymity. Všechny respondentky budou osloveny na základě doporučení svých rodinných příslušníků či přátel.

Základní údaje o respondentech

Respondentce R1 je 22 let. Mentální bulimie se u ní objevila na základní škole v 9. třídě a pokračovala až do 4. ročníku střední školy. Respondentka docházela ambulantně k psychologovi. V současné době je vyléčena a nezvrací.

Respondentce R2 je 20 let. Problémy s jídlem měla již od 7 let věku. Respondentka je adoptovaná, se svými biologickými rodiči nežije od svých 7 let. Dnes stále žije s náhradní matkou a otcem, které oslovuje teto nebo strejdo. Mentální anorexie se u ní projevila v 15 letech. Stejně jako respondentka R1 docházela pravidelně k psychologovi. Dnes už respondentka jí skoro všechna jídla včetně masa. Stále však tvrdí, že má problém s vnímáním sama sebe a se svým tělem.

Respondentce R3 je 50 let. Mentální bulimii trpěla převážně v pubertě. Respondentka docházela taktéž k odbornému lékaři. Dnes respondentka nemá problémy s PPP, ale nemoc jí zanechala zdravotní problémy, které jí v současné době trápí.

Respondentce R4 je 26 let. Respondentka trpěla mentální anorexií v 17 letech. Respondentka docházela pravidelně i po vyléčení k odbornému lékaři - psychologovi. Dnes mentální anorexií netrpí a je vyléčená. Dále tvrdí, že svoji postavu už nikdy neuvidí reálně.

Respondentce R5 je 19 let. Poslední uvedená si rovněž prošla mentální anorexií, záchvatovitým přejídáním a následně i mentální bulimií. Respondentka pochází z rozvedené rodiny. Rozvod rodičů proběhl ještě před onemocněním PPP. Respondentka pravidelně docházela k psychologovi i před onemocněním. Dnes už PPP netrpí.

5.1.6 Časový harmonogram

Výzkumná část bude probíhat na přelomu měsíce ledna a února roku 2021. Přehledný popis činností včetně časového rozmezí je zobrazen v Tabulce č. 1.

Tabulka č. 1: Harmonogram činností

2.1. - 4.1.	Definice výzkumného problému, stanovení cílů práce
5.1. - 8.1.	Zpracování metodiky výzkumu
9.1. - 13.1.	Stanovení výzkumných otázek a struktury rozhovoru
14.1. - 18.1.	Provedení pilotáže a tvorba konečné podoby rozhovoru
19.1. - 3.2.	Sběr primárních dat
4.2. - 22.2.	Zpracování získaných údajů
23.2. - 4.3.	Vyhodnocení údajů
5.3. - 8.3.	Tvorba návrhů a doporučení

Zdroj: [vlastní zpracování]

5.2 Realizační fáze

5.2.1 Sběr dat

Sběr dat a analýza v kvalitativním výzkumu probíhají v delším časovém intervalu o menším počtu jedinců. Samotný sběr dat proběhl přesně podle stanoveného harmonogramu činností.

Na základě vládních opatření způsobené šířením onemocnění Covid-19 budou všechny rozhovory prováděny online prostřednictvím aplikace skype. Rozhovory budou nahrávány vždy se souhlasem respondentek na mobilní telefon. Respondentky byly léčeny ambulantní formou.

6 ANALÝZA VÝSLEDKŮ VÝZKUMU

Pro snazší orientaci jsou výsledky šetření rozděleny na dvě části. První část se zabývá obsahem výpovědí ohledně průběhu nemoci a rolí sociálního pracovníka. Druhá část pak uvádí výběr nejzajímavějších zjištění, zpravidla se jedná o kategorie, které jsou zastoupeny ve všech výpovědích. Celkem je vytvořeno 9 kategorií. Jednotlivé kategorie jsou popsány níže.

- **Výpovědi o průběhu nemoci**

Kategorie: *Jak vnímají respondenti změnu vztahů v průběhu zvládnání nemoci?, Jak respondenti vnímají přínos sociálního pracovníka?*

- **Nejzajímavější zjištění**

Kategorie: *Otcové, Matky, Konflikty, Pozitivní vnímání nemoci, proměny vnímání nemoci, Závislost versus Samostatnost a Neznalost rodičů.*

Z výsledků výzkumu jsou sesbírány nejzajímavější kategorie, tak, aby odpovídaly na výzkumné otázky a současně, aby přinesly nové informace, které jsou v rozporu, nebo se shodují s fakty, které jsou zmíněny v odborné literatuře. Zvolené výsledné kategorie jsou doplněny citacemi.

6.1 Výpovědi o průběhu nemoci

Okruh otázek, jak vnímají respondenti změnu vztahů v průběhu zvládnání nemoci. Jsou zde zahrnuty změny vztahu před onemocněním, průběhu nemoci a proces uzdravení se včetně současnosti.

- ZMĚNA VZTAHU V PRŮBĚHU ZVLÁDÁNÍ NEMOCI

Vztah s rodiči před onemocněním

Prvním okruhem otázek bylo téma vztah rodičů k respondentce před onemocněním mentální anorexie nebo bulimie. Respondentky se shodly na tom, že před vypuknutím nemoci v rodině probíhaly hádky.

Pro příklad respondentka R1 uvádí: „Doma to bylo vždy tak, že táta byl hodně autoritativní a hodně se křičelo. Vztah s mámou a tátou byl dobrý. Naši mi dávali najevo lásku a tak. Myslím si, že taková ideální rodinka, až na to, že tam byl občas psychický konflikt s tátou. S mamkou jsme byly, jak kdyby kamarádky.“

Respondentka R2 uvedla: „*S biologickou mámou jsem nikdy takhle neměla žádný vztah, protože jak měla tu nemoc, tak to bylo takové složitější. Jednou mě dokonce vyhodila i z bytu, že nejsem její dcera. S mámou jsme se hodně hádaly. Vztah s biologickým tátou taky nebyl dobrý, nikdy to nebyl vztah jak otec s dcerou.*“

Respondentka R3 dodává: „*S tátou to bylo takové problematické, pořád jsme se hádali a bylo to i psychicky náročné. S mámou jsme měly dobrý vztah, takový normální.*“

Dále respondentka R4 uvádí: „*Doma jsme se hádali především s mámou, máma je hodně dominantní a má u nás v rodině poslední slovo. S tátou jsme měli vždy dobrý vztah.*“

Podobně hovoří i respondentka R5: „*Doma probíhaly hádky a taky to nebylo ideální, když se naši rozvedli. Mamka si našla nového přítele. Vztahy s mamkou byly vždycky v pohodě, já jsem byla vždycky na matčině straně a nikdy jsme se nehádaly. Mamka mě podporovala v basketbalu, jezdila semnou na závody. S tátou, co se rozvedli, tak jsme se málo vídali, třeba jednou za půl roku, s tátou ten vztah úplně vyhořel. A on ani o mě nebojoval, nebo tak. Horší bylo přijmout toho nového přítele od mámy.*“

Vztah s rodiči v době nemoci

Druhý kruh se týkal toho, jak respondentky vnímaly změnu vztahu s rodiči v době nemoci. Odpovědi se různí.

Respondentka R1 říká: „*Vztah jsem měla s mamkou dobrý, jak před nemocí, tak i během nemoci. Byly jsme, jak kdyby kamarádky, jen jsem se s ní o bulimii nebavila. Táta jevil o mě zájem, ale moc jsme se nebavili. Vždy jsem měla blíž k mamce. Táta do toho nechtěl rýpat, nikdy se semnou nebavil o mých pocitech, a ani nevěděl, jak se semnou má o tom bavit. Jinak vztah máme taky hezký s tátou.*“

Taktéž konstatuje respondentka R2: „*Vztahy s náhradní mámou a náhradním tátou jsem vnímala stejně, tak jak před nemocí. Náhradní máma se mi snažila pomáhat a náhradní táta, ten to nějak nevnímal a bylo mu to nějak jedno.*“

Dále respondentka R3 říká: „*Změnu vztahu mezi mámou a tátou během nemoci jsem nevnímala a myslím si, že ani rodiče to nevnímali, každý si dělal to, co chtěl.*“

Podobně respondentka R4 uvádí, že vztahy byly horší během nemoci: „*Možná to bylo takové horší, než před anorexií. Lepší to určitě nebylo.*“

Totéž popisuje i respondentka R5: „*Myslím si, že se ten vztah s mámou se asi zhoršil, protože mě neustále kontrolovala, jestli jim a co jim. Moje mamka je hrozný cholerik. Nemohla jsem ji někdy vystát. Mamky přítel do toho nemohl vstupovat, protože doma máme jasná pravidla. A tím pravidlem je to, že nesmí mamce kecat do výchovy. Mamky přítele vnímám jako svého tátu už. Jelikož jsem nežila se svým biologickým otcem, tak si myslím, že to nějak náš vztah určitě neovlivnilo.*“

Vztah s rodiči v procesu uzdravení a současnost

Zde jsme s respondentkami hovořili o tom, zda se změnil vztahy v rodině po nemoci a jaké mají vztahy s rodiči v současné době. V tomto okruhu otázek se respondentky neshodují, jelikož každá respondentka žije v jiné domácnosti s různými názory. Z toho důvodu jsou odpovědi odlišné.

Respondentka R1 uvádí: „*Určitě ano. Kdyby se z nova u mě objevila bulimie, tak to rodičům neřeknu vůbec. Protože jsem si udělala takovou větší bariéru, jelikož tam nebyla ta podpora ze strany rodičů, kterou jsem potřebovala. Došlo k uzavřenějšímu svěřování rodičům o pocitech. Teď v současné době máme s rodiči stále hezký vztah.*“

Dále mě zaujala výpověď respondentky R2, která popisuje, že se jejich vztah s náhradní mámou a náhradním tátou zlepšil: „*Myslím si, že ano, protože teď, když přijdu za tetou, tak ji všechno řeknu otevřeně. Všechno bylo o komunikaci. S náhradním tátou taky vycházíme lépe, než když jsem měla anorexií.*“

Respondentka R3 konstatuje: „*Myslím si, že se doma u nás nic nezměnilo, vztahy mezi rodiči byly a jsou pořád stejné.*“

Respondentka R4 popisuje, že změna vztahu k lepšímu zejména u matky je nemožná: „*Myslím si, že se toho změnilo dost, ale už jsem s nimi moc nebyla doma, protože jsem bydlela v Olomouci s přítelem, kde jsem začala chodit na vysokou školu a do práce. K tátovi mám úplně skvělý vztah, ale už se to nikdy nezpravi. Jako bavíme se s mamkou, ten vztah nebude už takový hezký. Snažím se s rodiči vycházet, přeci jsou to jen moji rodiče. Mamka mi dost ublížila.*“

Poslední z respondentek odpovídá: „*Myslím si, že je to lepší, než když jsem měla anorexii, s mamkou už se nehádáme. Myslím si, že jsme s mamkou teďka v pohodě. Nebývají moc doma mamka s přítelem.*“

Změny vztahu mezi rodiči a respondentkami probíhaly různě. Ve fázi před onemocněním mentální anorexií nebo bulimií se všechny respondentky shodly na tom, že doma probíhaly hádky s rodiči. V následující fázi onemocnění tři z pěti respondentek uvedly, že se vztah s rodiči nezměnil. Respondentky R4 a R5 uvedly, že se vztah zhoršil, převážně s mámou. V poslední fázi uzdravení a současnosti respondentky R2 a R5 konstatovaly, že došlo ke zlepšení vztahu s mámou. Respondentky R1 a R4 uvádí, že došlo ke změně vztahů, ale spíše k horšímu. U respondentky R3 nedošlo ke změně vztahů mezi rodiči.

○ JAK RESPONDENTI VNÍMAJÍ PŘÍNOS SOCIÁLNÍHO PRACOVNÍKA?

Dále otázky směřovaly k tomu, jak by respondentky vnímaly případný přínos sociálního pracovníka. Jedna z respondentek se setkala se sociálním pracovníkem v průběhu nemoci. Čtyři z pěti respondentek tvrdí, že by byly rády za to, kdyby jim v procesu uzdravení mohl pomoci nějakým způsobem sociální pracovník.

Respondentka R1 říká: „*Myslím si, že by mi dokázal určitě pomoci sociální pracovník, protože jsem potřebovala někoho, s kým bych to mohla probrat, někoho nestranného. U rodiny jsem se za to styděla a u kamarádů taky, a nechtěla jsem to s nimi řešit. Potřebovala bych někoho, koho moc neznám, proto bych mu o své nemoci řekla více a trochu se z toho vypovídala. Potřebovala bych podporu, protože jak jsem to s nikým neřešila tak, jsem se mohla spolehnout jen sama na sebe. Neměla jsem kolem sebe lidi, co by mě mohli motivovat a podpořit, nebo na druhou stranu mi to přejídání nějakým způsobem zakázat. Snažila jsem se někoho najít, ale tu psycholožku jsem si musela platit a pak když jsem se dívala na nějaké organizace, tak to bylo daleko, dívala jsem se na organizaci Anabell, kam můžeš i zavolat, ale nikdy jsem se neodvážila.*“

Dále tak respondentka R3 uvádí: „*Myslím si, že by mi sociální pracovník mohl pomoci, jelikož jsem neměla nikoho, komu bych svěřila své problémy a svoji nemoc. Myslím, že by sociální pracovník mohl být osobou, která by mým rodičům vysvětlila, co se mi děje v hlavě a jak by se rodiče měli chovat a co by měli dělat, aby mě podporovali. To by mi asi hodně pomohlo, ale v té době jsem žádného sociálního pracovníka neznala.*“

Taktéž hovoří respondentka R4: „*Myslím si, že ano, ale hodně záleží, v jaké té fázi zrovna jsi. Já vím, že když se mi někdo snažil ze začátku pomoci, tak jsem se vždycky hodně naštvála a brala jsem to jako útok na moji osobu, pohádala jsem se a říkala jsem, že jsem v pořádku a že je to moje věc. Myslím si, že to bylo hlavně věkem. Vnímala bych to dobře, kdyby mi mohl pomoci třeba další odborník, jako je sociální pracovník, protože by mě mohl i moji rodinu odkázat na nějakou další odbornou pomoc a dát tak třeba tu rodinu dohromady.*“

Následně respondentka R5 je respondentkou, které se setkala se sociálním pracovníkem v průběhu nemoci. A popisuje přínos sociálního pracovníka velmi pozitivně. Respondentka R5 uvádí: „*Mám peer konzultantku v Anabell a volám si s ní přes skype. A řešíme to. Ona mi na to říká nějaký její praktický pohled, ale myslím si, že sociálních pracovníků je hrozně málo a zrovna co se týká PPP, protože jakoby, když máš anorexii a jdeš to řešit, tak tě hned pošlou k psychologovi, za kterého si vlastně platíš. A vlastně ti neřekne nic, jen tě vyslechne a pak ti řekne, jak se cítíte. Pak psychiatr to řeší prášky a už na tom musíš být hodně špatně. Když jdeš ke svému praktickému lékaři, tak tě pošle k psychologovi, jelikož on je lékař a není to člověk, který by si s tebou o tom popovídal. A proto si myslím, že těch sociálních pracovníků je tu hodně málo, a mělo bych jich být daleko víc. Ten sociální pracovník pro tu anorexii, by měl být jako taková ta prvotní pomoc, brána, že to máš řešit. Už jen když ta holka má myšlenky na to nejíst či zvracet, tak by to ten sociální pracovník měl zastavit, než se to rozjede úplně, a potom když to nepomůže, tak pak by měl přijít psycholog, psychiatr atd. Ale ne hned za psychologem. Sociálních pracovníků by v této oblasti mělo být více a navíc lidé o nich nevědí.*“

6.2 Nejdůležitější zjištění

V okruhu zjištění se objevují kategorie otcové, matky, konflikty, pozitivní vnímání nemoci, proměny vnímání nemoci, samostatnost versus samostatnost a neznalost rodičů. Kategorie otců byla vytvořena z důvodu, že se jedná o nejvíce překvapivou informaci tohoto výzkumu. Dále jsou zde popsány informace týkající se vztahu matka-dcera.

6.2.1 Otcové

Otcové jsou zde pro nás významní, jelikož z výsledků výzkumu nám přináší překvapivé informace. Všechny respondentky se shodly na tom, že jejich otcové neplnili roli otce, tak jak by měli. Stáli v pozadí a většinou se nezapojovali do procesu léčby. I když respondentka svého otce nevidá a není s ním v kontaktu, neznamená to, že ji neovlivňuje. Je

to to, co v tom vztahu podle Chvály s Trapkovou chybí. Nepřítomnost otce můžeme interpretovat jako žádný vliv, ale právě toto chybění může být významně působící proměnnou, jak popisují Chvála s Trapkovou. K ovlivnění dochází i přesto, že je otec buď skvělý, nebo hrozný. **Všechny respondentky se ve svých výpovědích shodly, že největším faktorem je, že jsou otcové tzv. nulovým bodem.** Otcové fungují více nezávisle. Buď v tom vztahu nejsou vůbec, nebo nejsou v kontaktu s dcerou. Zdá se tedy, že faktická nepřítomnost otce je něco, co v životě našich respondentek je významnou proměnnou. V souladu s teorií může toto chybění ovlivňovat její představu o životě, o vztazích.

Toto tvrzení je podloženo výpověďmi respondentek. Respondentka R1 uvádí že: *„Táta do toho nechtěl rýpat, nikdy se semnou nebavil o mých pocitech, a ani nevěděl, jak se semnou má o tom bavit.“*

Dále respondentka R2 tvrdí, že její náhradní otec také stál v pozadí: *„náhradní táta, ten to nějak nevnímal a bylo mu to nějak jedno.“*

Taktéž hovoří i respondentka R3: *„Táta do toho nezasahoval vůbec.“*

Dále toto tvrzení potvrzuje respondentka R4: *„Táta je hrozně hodný, ale je hodně ušlápnutý, moc se do toho nechtěl vměšovat.“*

A v neposlední řadě taktéž i respondentka R5: *„Táta ani o mě nebojoval, nebo tak.“ Mamky přítel do toho nemohl vstupovat, protože doma máme jasná pravidla. A tím pravidlem je to, že nesmí mamce kecat do výchovy. Mamky přítele vnímám jako svého tátu už. Když jsem měla anorexii, táta tu pro mě nebyl.“*

Také zde nacházíme příklad toho, že biologický otec byl nahrazený, přítelem matky respondentky. Respondentka R5 tvrdí, že místo jejího táty, tady pro ni byl matčin přítel: *„Přítel od matky mi nahrazuje toho tátu, zajímá se o mě a byl tu pro mě, když jsem měla anorexii, za to můj táta tu pro mě nebyl. Vnímám ho, jako svého tátu.“*

Podle naprosté shody respondentek se dá toto zjištění považovat za jedno z nejprůkaznějších zjištění provedeného výzkumu.

6.2.2 Matky

Další výrazně zastoupeným vztahem, byl vztah respondentek s jejich matkami. Je zřejmé, že respondentky měly bližší vztah k matce, než k otci. Matky respondentek zajišťovaly odbornou pomoc při léčbě mentální anorexie nebo bulimie. Čtyři z pěti respondentek se shodují na tom, že matka byla tou, která jim zajišťovala léčbu.

Pro příklad uvádí respondentka R1: *„Poté co jsem to oznámila mamce, že mám bulimii, tak mi sehnala psycholožku.“*

Taktéž hovoří i respondentka R2: *„Moje náhradní máma mi sehnala odbornou pomoc a chodila semnou po doktorech a nějakým způsobem se mi snažila pomoci.“*

Dále hovoří respondentka R4: *„Po tom, co se rodiče dozvěděli o mé nemoci, tak mi mamka zařídila sezení u psycholožky.“*

I Respondentka R5: *„Moje mamka volala na všechny možné psycholožky, psychoterapie.“*

Zajímavou informací bylo, že respondentka R1 *„Byly jsme, jak kdyby kamarádky, vždy jsem měla blíž k mamce.“* Tady respondentka používá pojem MY místo JÁ. Znamená to vztah JÁ a MATKA. Respondentka ještě není připravena zvládnout nemoc sama.

Respondentky ve svých výpovědích shodně uvádějí, že na místo své matky v určité chvíli dosadili jinou osobu. Dále rozhovor pokračoval v otázkách týkajících se, zda tu byl někdo místo matky nebo otce, když je rodiče nepodporovali. **Dvě z pěti respondentek tvrdí, že tu byl někdo místo matky.**

Například respondentka R2 uvádí: *„Asi moje kamarádka, která je poměrně starší, než já. Té kamarádce je přes 40 let a já ji brala, jako moji druhou mámu. Ona mi pomohla k tomu, abych se uzdravila z anorexie. A já sama jsem si musela nějak pomoci.“*

Taktéž hovoří respondentka R4: *„Myslím si, že tu moji mámu nahradila, jak kdyby ta maminka od toho přítele, protože ta si toho všimla jako první, že mám problém. A vlastně se ke mně chovala líp, než moje máma, snažila se mě podporovat a nějak celou situaci řešit.“*

Dále dvě z pěti respondentek zmiňovaly, že na ně matky kladly příliš vysoké nároky. Pro příklad respondentka R3 říká: „Mamka byla velice dominantní. Záleželo jí na její kariéře a nesnesla odpor. Rodiče na mě neměli čas. Zajímaly ji jen výsledky ve škole.“

Obdobně respondentka R4 uvádí: „Mamka chtěla, abych něčeho dosáhla, snažila se mě vždy vyburcovat, ale dělala to takovým tím stylem, že toho člověka strašně shodila, ať už to bylo kvůli výsledkům ve škole i kvůli tomu jak vypadám, že jsem byla tlustá. Mamka řekla, že na to ten člověk nemá, že to nikdy nedokáže, a já jsem se snažila dokázat mamce, že na to mám, a že budu hubená a krásná, a že se dostanu na vysokou školu.“

Překvapivou informací bylo, že i když matky respondentek zajišťovaly pomoc odborníka, tak by respondentky od matek uvítaly větší pomoc v podobě citlivosti, protože si respondentky stěžovaly na posměch od svých matek. Dvě z pěti respondentek uvádí, že jejich matky si z nich dělaly posměšky. Respondentka R2: „Moje teta mi říkala vždycky, že jsem blázen, že vymýšlím blbosti. A vlastně si ze mě utahovala, že cvičím a proč, že je to zbytečný.“

Taktéž hovoří respondentka R4: „Máma se mi hodně vysmívala a shazovala. Mamka mi dost ublížila.“

6.2.3 Konflikty

Další zvolenou kategorií jsou Konflikty. Kategorie byla zvolena z důvodu, jelikož se o konfliktech v rodině několikrát hovořilo ve výpovědích respondentek. Tyto informace jsou doloženy výpověďmi respondentek.

Respondentka R1 uvádí: „byl tam občas psychický konflikt s tátou“.

Taktéž uvádí i respondentka R2: „S mámou jsme se hodně hádaly.“

Stejně tak respondentka R3 popisuje: „S tátou to bylo takové problematické, pořád jsme se hádali a bylo to i psychicky náročné.“

Respondentka R4 říká: „Doma jsme se hádali především s mámou, máma je hodně dominantní a má u nás v rodině poslední slovo.“

Podobně hovoří i respondentka R5: „Doma probíhaly hádky a taky to nebylo ideální.“

Konflikty v rodině mohou mít podíl na vzniku PPP. Dle výpovědí respondentek můžeme konstatovat, že vztahy v rodině nebyly dobré. Autoři Chvála s Trapkovou to rovněž poukazují svojí teorií Sociální dělohy.

6.2.4 Pozitivní vnímání nemoci

Tato kategorie pojednává o tom, jak jednotlivé respondentky vnímaly svoji nemoc. **Všechny respondentky svoji nemoc vnímaly, jako něco, co jim pomáhá.** Jejich nemoc byla pro ně „kamarádkou“, protože respondentkám pomáhala překonávat obtížné životní situace. Pět z pěti respondentek se shodly na tom, že respondentky vnímaly nemoc pozitivně.

Například R1 uvádí: *„Bulimii jsem ze začátku vnímala, jako někoho kdo mi pomáhá, co mi umožňuje jíst a zároveň nepřibrat.“*

Dále respondentka R2: *„Anorexii jsem vnímala, jako něco co mi pomáhá mít ráda sebe sama.“*

Taktéž hovoří i respondentka R3: *„Já jsem bulimii vnímala, jako něco co mi pomáhá, nebýt tlustá a měla jsem tak svůj vlastní svět.“*

Rovněž respondentka R4 se přidává k tvrzení, že nemoc vnímala jako něco, co jí pomáhalo překonat problémy: *„Já sama jsem anorexii vnímala, jako něco co mi pomáhá překonat doma ty problémy s mámou.“*

Respondentka R5 konstatuje: *„Paradox je v tom, že jsem si to hrozně užívala. Já jsem si užívala to, že na mě všichni koukají a že jsem středem pozornosti, že jsem něčím speciální. A že se mamka konečně o mě zajímá, že jí nejsem ukradená. A já jsem se furt snažila o to, aby se mi ta mamka všímala.“*

Pro respondentky byla mentální anorexie nebo bulimie určitým druhem zisku, který jim nemoc přinesla. Jednoduché a zřejmě univerzálně platné vysvětlení toho, proč je nemoc ziskem nám nabízí respondentka R5, podle které tato nemoc představuje způsob, jak měnit interakci v rodině a dosáhnout tížené pozornosti.

6.2.5 Proměny vnímání nemoci

Další kategorií jsou Proměny vnímání nemoci. Jedná se zde o to, že i když respondentky vnímaly z počátku nemoc jako něco pozitivního, co jim pomáhá, tak nakonec

všechny respondentky došly k závěru, že je nemoc po delší době obtěžuje, a že už takhle nechtějí dál pokračovat. Najednou se nemoc stala něčím, co je omezuje a limituje v jejich běžném životě.

Pro příklad respondentka R1 uvádí: „*Hodně brzo se to převrátilo na někoho, koho nenávidím a nechci ho ve svém životě, ale nedokázala jsem ji sama z toho života vyhnat.*“

Taktéž hovoří respondentka R2: „*Anorexie potom pro mě nebyla pomocí, ale spíše utrpením, protože jsem měla spoustu zdravotních problémů, tak jsem si řekla, že se to musí změnit, že takhle dál žít nemůžu.*“

I respondentka R3 se přidává k tomuto tvrzení: „*Později mě bulimie obtěžovala a nebylo mi to příjemné i skrze můj zdravotní stav, tak jsem se rozhodla, že s tím začnu něco dělat.*“

Respondentka R4 udává: „*Já jsem si uvědomovala, že to je špatně, že to takhle nejde. Že nebudu mít třeba děti, že takhle nejde fungovat do budoucna. Anorexie mi brala hodně volného času, takže mě to limitovalo v běžném fungování.*“

I respondentka R5 říká: „*Neměla jsem kamarády, neměla jsem život, ovládla mě anorexie, neměla jsem chuť žít, nejedla jsem, musela jsem skončit s basketem a ani kluky jsem neřešila.*“

6.2.6 Závislost versus Samostatnost

Následuje kategorie Závislost versus Samostatnost. Tato kategorie byla vytvořena z důvodů častého zmiňování, že se respondentky více osamostatnily od rodičů během průběhu nemoci a uzdravení. Respondentky fungují více nezávisle na svých rodičích. Respondentka R1 se svěřila, že kdyby se u ní znovu projevila nemoc, tak to rodičům už neřekne vůbec: „*Kdyby se z nova u mě objevila bulimie, tak to rodičům neřeknu vůbec. Protože jsem si udělala takovou větší bariéru, jelikož tam nebyla ta podpora ze strany rodičů, kterou jsem potřebovala.*“

Respondentka R4 se v průběhu léčení dokonce od rodičů odstěhovala: „*Už jsem s nimi moc nebyla doma, protože jsem bydlela v Olomouci s přítelem.*“

Také respondentka R5 se naučila více samostatnosti, protože její máma s přítelem na ni nemají čas. R5: „*Nebývají moc doma mamka s přítelem.*“ Dle názoru autora práce je předpokládáno, že kdyby se u respondentek objevila nemoc znovu, tak si poradí sami bez rodičů a to hned z několika důvodů uvedených v předešlé části práce. Respondentka R1 v rodičích ztratila důvěru. U této respondentky došlo k uzavření vyjadřování pocitů rodičům. Respondentka R4 se naučila žít sama se svým přítelem a zároveň předešla tomu, aby se nemoc neopakovala, jelikož často musela řešit konflikty s matkou. Také poslední z oslovených, respondentka R5, se naučila zvládat těžké situace sama, bez pomoci matky.

Všechny tyto kroky lze částečně interpretovat jako osamostatnění resp. dosažení (emocionální) nezávislosti, která zřejmě přispívá k překonání nemoci. Pro jasnější závěr, by bylo třeba širšího výzkumného souboru.

6.2.7 Neznalost rodičů

Poslední kategorií je Neznalost rodičů. Kategorie byla vytvořena z důvodu, jelikož rodiče respondentek z počátku netušili, že jejich dcery trpí PPP. **Čtyři z pěti respondentek se shodly na tom, že o jejich nemoci rodiče z počátku vůbec nevěděli.**

Pro příklad respondentka R1: „*Ne nevěděli, s bulimií jsem začala v deváté třídě na základní škole a trpěla jsem jí, až do čtvrtého ročníku gymnázia. Rodiče to zjistili, až ve druháku na střední, kdy jsem to řekla mamce. A mamka to nějak vzala s tím, že selhala ona svoji výchovou.*“

Dále to potvrzuje respondentka R3: „*Rodiče o tom nevěděli, že trpím bulimií, takže jsem, zde nepozorovala žádné změny, co se týče změny vztahu s rodiči.*“

Podobně hovoří respondentka R4 „*Naši si toho primárně ani nevšimli, že mám nějaký problém. Všimli si toho, že jsem zhubla, že jsem vychrtlá, ale já jsem to sváděla na to, že pořád cvičím a jim normálně. S našima jsem se neustále hádala. Toho, že mám anorexii, si všimla maminka od mého přítele. A pak si promluvila s mými rodiči, ale naši to řešili dost blbě.*“

Respondentka R5 uvádí: „*Mamka si toho moc nevšimla, protože mě viděla každý den a tak jí nepřišlo, že bych zhubla.*“

Tato kategorie vypovídá o kvalitě vztahu mezi respondentkami a rodiči. Nemoc se rozvíjí v době, kdy je stále potřeba určitá podpora rodičů, a přesto respondentky nemají nebo nevyužívají možnost se jim svěřit. I na tuto oblast by bylo vhodné zaměřit další výzkum.

7 DISKUSE

V teorii Sociální dělohy, kterou vytvořili Chvála s Trapkovou, je dospělost uvedena tzv. sociálním porodem. V sociálním porodu je velmi důležité, aby otec zaopatřil dceru i matku, ale každou jinou formou (Chvála, Trapková, 2004). Dle výpovědí respondentek docházelo k častým konfliktům. **Z výsledků výzkumného šetření vyplývá, že ve všech případech docházelo k problémům mezi vztahy: dcera-matka, dcera-otec a v neposlední řadě mezi matka-otec.**

V rámci změn vztahu mezi rodiči a respondentkami nacházíme různé výsledky. Nejvíce překvapivým zjištěním, bylo nezastoupení otcovské role. Jedná-li se o změny vztahů s otcem, respondentky uvedly, že vztah zůstal nezměněn, anebo došlo ke zlepšení. Ke zlepšení vztahu došlo především u respondentek, které překonaly bulimii. Všech pět respondentek se shodlo na tom, že se otec během procesu nezapojuje a stál většinu času v pozadí. Respondentky se shodly na tom, že zde otec nezastával roli, jakou by měl. Otec nebyl respondentkám k dispozici, v době kdy ho potřebovaly nejvíce. Role otce může být významná v procesu uzdravení se.

Všechny respondentky se ve svých výpovědích shodly, že největším faktorem je, že otcové představují tzv. nulový bod. Otcové fungují více nezávisle. Zdá se tedy, že faktická nepřítomnost otce je něco, co v životě našich respondentek je významnou proměnnou. V souladu s teorií může toto chybění ovlivňovat její představou o životě a o vztazích.

V rámci změn vztahu mezi rodiči a respondentkami nacházíme různé výsledky. Vztah s matkou se zhoršil anebo zůstal nezměněn. Je podstatné zmínit, že všechny respondentky uvedly, že jim matka zajišťovala pomoc odborníka při léčbě mentální anorexie nebo bulimie. Objevilo se zde téma samostatnosti. Ve výpovědích respondentek se objevilo používání my s mámou nebo u nás. Znamená to JÁ a MATKA. Toto MY bylo používáno místo nedostatečně užívaného JÁ. Tento jev se vyskytoval u dvou z pěti respondentek. Získání samostatnosti, dcera odejde ze společného života, je schopna žít s přítelem a už se s rodiči o nemoci nebaví. Vnitřní JÁ respondentky zesílí a je schopna odejít z nemoci. A tomuto předchází neschopnost opustit problém a pojem MY používá místo JÁ. Zde dochází ke skrývání se za společnou identitu, JÁ za identitu, MY. Jakoby se jednalo o pokračování

v určitém symbiotickém vztahu, který ale vývojově měl být už dávno opuštěn ve prospěch samostatného vývoje.

Z pohledu teorie sociálního porodu zjišťujeme od autorů Chvály a Trapkové (2004), že cílem matky je vést dceru k odpovědnosti, aby sama vzala život do vlastních rukou. V důsledku toho mohou dcery onemocnět mentální anorexií, aniž by o tom věděly. Roli zde zřejmě hraje nevědomá rovina. Právě dvě respondentky ve svých výpovědích uvedly, že na respondentky byly kladeny příliš vysoké nároky ze strany matky, které vedly ke vzniku mentální anorexie.

Dále zde může ve druhém stádiu sociálního porodu docházet k zastavení pohybu v rodinném systému, kdy je otec nedostupný, dcera nemá zájem sblížit se s otcem a matka není schopna se od dcery odpoutat. Proto zde nevzniká prostor pro samotný vztah dcera-otec. Jde tedy o bulimickou stagnaci. Dcera svůj vztah s otcem zahání jídlem, výčitkami a zvracením. Respondentky se shodly na tom, že otec nezastával svoji roli, byly si vědomy jeho nepřítomnosti a otec tu má významnou roli v procesu uzdravení. Jen příslušná intervence otce a jeho změna postoje k dceři vede k ukončení sociálního porodu, separace a uzdravení. Můžeme, tedy zde najít vhodnou využitelnost rodinné terapie k podpoře rodiny. Zde by bylo vhodné využít osobu sociálního pracovníka, který by mohl plnit roli zprostředkovatele, poradce a vykonávat roli manažera. O těchto rolích pojednává v teoretické části Kapitola 4.

Při výzkumném šetření byl kladen důraz, jak jednotliví členové rodiny vnímají nemoc u konkrétního jedince. Z výsledků respondentek vyplývá, že matka nemoc PPP většinou vnímala velmi negativně. V případě otce vykazují výsledky určitou pasivitu. Otcové respondentek se nezapojovali, ani v nejmenší míře. Zpravidla stáli v pozadí a nevěděli, jak se svými dcerami na dané téma hovořit, nebo jim jakkoliv pomoci. Případně byli zcela nepřítomní i fyzicky.

Pro respondentky znamenala nemoc z prvopočátku zisk. Nemoc pro ně byla pomocí jak mít sama sebe ráda, jak překonávat problémy a získat pozornost od svých rodičů. Ale časem došly k závěru, že je nemoc omezuje a limituje v běžném životě. Dle názoru autora práce respondentky vnímaly nemoc jako zisk. O tom hovoří Kolařík (2010) a zmiňuje pojem externalizace. Externalizaci můžeme chápat, jako formu terapie PPP. Klientky s PPP mluví o „rozvojenosti“ mají svoji nemoc pojmenovanou a mohou nemoc chápat, jako něco, co by chtěli změnit, ale něco jim ve změně brání (Kolařík, 2010, s. 70). Externalizace bojuje proti

nemoci, ale zároveň do toho vstupuje okolí, které má klient kolem sebe. Klientky PPP vnímají svoji nemoc, jako svoji kamarádku, která přichází proto, aby dívkám pomohla s životními traumaty, které je zrovna trápí. Nemoc neboli „kamarádka“ klientky opustí tehdy, kdy je přesvědčena, že pacientka to zvládne sama. Pro klientky je těžké zápasit s „kamarádkou“, tou „druhou“, protože pacientkám může ublížit. Užitečnější je spolupracovat s externalizací, než zápasit proti ní.

Zajímavá je výpověď respondentky R5, která svoji nemoc vnímala velmi dobře, jelikož si získala pozornost matky a blízkého okolí. Ale i tato respondentka, dospěla k závěru, že ji nemoc limituje a musí se to změnit.

Objevuje se zde i otázka, jaká je pravdivost tvrzení respondentek, že onemocnění mentální anorexií nebo bulimií v současné době netrpí? V rámci výzkumu je pracováno se subjektivními názory respondentek. Hlubší významy nejsou zkoumány. Jedná se o práci s omezeným obsahem. Pokud bychom danému onemocnění chtěli ještě více porozumět, museli bychom získat informace od sourozenců, prarodičů, tet a strýců, příp. dalších zainteresovaných osob s patřičnými informacemi. Doporučením by mohla být tzv. triangulace dat neboli sbírání dat z více zdrojů.

Jelikož jsme se zabývali otázkou, jak by vnímaly respondentky případný přínos sociální pracovníka, tak téměř ve všech případech by respondentky uvítaly jeho pomoc. Role sociálního pracovníka při onemocnění PPP je nepostradatelná. Sociální pracovník v této oblasti by měl být první pomocí pro dívky trpící mentální anorexií a mentální bulimií, jelikož je vyslechne a poskytne jim praktické rady a další zkušenosti s PPP. Pokud tento kontakt se sociálním pracovníkem nepomůže, potom je doporučením práce psychologa a v těžších případech psychiatra. Závěrem lze také konstatovat, že respondentky nevědí, kde by mohly najít kontakty a další informace na sociální pracovníky, kteří se zabývají tímto onemocněním. Respondentky také měly potřebu mít někoho, kdo by rodičům vysvětlil, co se dívkám odehrává v hlavě, jak by se rodiče měli chovat, co by měli dělat a jak by dívky měli rodiče podporovat. Sociálních pracovníků v této oblasti je velmi málo a neví se o nich. Taktéž organizací, které poskytují pomoc dívkám s PPP je velmi málo.

Chtěla bych zmínit, že sociální práce v souvislosti s PPP má určité nedostatky a moc se o sociální práci v této oblasti nemluví. To také dokládá odborná literatura, kde sociální práce v souvislosti PPP je zmíněna okrajově. Výzkum potvrzuje, že osoba sociálního

pracovníka v kontextu onemocnění PPP je potřebná. Respondentky uvedly, že by sociální pracovník měl zastávat roli zprostředkovatele a poskytovatele dalších sociálních služeb. O těchto dvou zmíněných rolích se zmiňují v Kapitole 5.

Využití výzkumných výsledků v kontextu sociální práce lze spatřovat v kladení většího důrazu na rodinu klienta. Osoba sociálního pracovníka může pracovat se všemi osobami v trojúhelníku matka-otec-dcera. Sociální pracovník může přinést informace a povzbuzení pro respondentky. Otcům dívek by mohl sociální pracovník podat vysvětlení angažovanosti v jejich roli otce, kterou by měl zastupovat a také vysvětlit, že pro dcery zde musejí být otcové přítomni, jelikož jsou velmi důležití v procesu uzdravení. A v neposlední řadě pro matky dívek vysvětlení, že tu nejde o ně, ale o jejich dcery. Osoba sociálního pracovníka může ovlivňovat klienta, jeho rodinu a tím vytvářet změny ve vztazích v procesu léčby PPP.

Data poukazují ve shodě s odbornou literaturou na význam vztahů v kontextu PPP. Pro nedostatek evidence pro jednoznačné dokumentování průběhu uzdravení, ale i na takto malý výzkumný soubor ilustruje komplexnost fenoménu PPP a nabízí výzvy například pro zapojení většího množství sociálních pracovníků, zabývajících se touto problematikou. Dále by byla potřeba zavést více léčebných center pro dívky trpící tímto onemocněním.

Podle Krcha (2005) je základem práce s PPP využitelnost multidisciplinárního týmu, v němž spolupracuje více odborníků dohromady. Také poukazuje na práci s rodinou. Rodiče by měli být pro pacienty podporou a tak urychlit proces uzdravení. Pokud jsou v rodině problémy s komunikací, je vhodné využít rodinnou terapii.

Dle Matouška (2003) jde o významnost rovnoměrného fungování v rodině, v němž je důležitá schopnost účinné komunikace a pochopení. Tyto dvě významné schopnosti vedou k pevnosti vztahů a součinnosti. Stejně hovoří Krch (2005), jestliže v rodině není příjemná atmosféra, může tak docházet ke konfliktům a je více pravděpodobné vzniknutí příčin PPP. V těchto okolnostech doporučuje autor rodinnou terapii. V odborné literatuře nacházíme velmi pozitivní a efektivní ohlasy na rodinnou terapii, ale i tak se žádná z respondentek s rodiči rodinné terapie nezúčastnila. Respondentky docházely pouze samy na terapii bez doprovodu rodičů.

Lze konstatovat, že problémy v rodině se vyskytují v těch rodinách, jejichž vztahy jsou velmi propletené nebo naopak rozvolněné. V rodinách respondentek byly spíše vztahy rozvolněné, jelikož zde můžeme nacházet vzdálenost mezi rodiči a jejich dcerami. Rodiče si

nevšimli nemoci, dokud jim o ní samy respondentky neřekly. Ve všech případech nemoc řešily matky respondentek. Matky byly popsány respondentkami jako strachující a starostlivé. Otce dívky pospaly jako nezapojené do procesu, tedy nezúčastněné a neplnící svoji roli otce.

Je nutné zdůraznit, že nemoci mentální anorexie nebo mentální bulimie mohou být ovlivněny rodinnými vztahy a blízkým okolím. Samotný klient a jeho rodina mohou být klienty sociálního pracovníka. Sociální pracovníci mohou být velmi důležití při léčbě mentální anorexie nebo bulimie. Mohou poskytnout klientovi a jeho rodině sociální poradenství a odkázat je na další služby a odborné pomoci. Je nutné, aby byl sociální pracovník vzdělaný v oblasti PPP.

ZÁVĚR

Cílem bakalářské práce bylo zjistit, jak rozumí dané poruše jednotliví členové rodiny a případně, jak jim v procesu uzdravení může pomoci sociální pracovník. Důraz byl také kladen na skutečnost, jak respondenti vnímají změnu vztahu s rodiči v průběhu zvládnání nemoci, a jak by vnímali případný přínos sociálního pracovníka.

Cíl kvalitativního výzkumu spočíval v tom, jak jednotlivé respondentky vnímají změnu vztahu v průběhu časového období před nemocí, během nemoci, v procesu uzdravení a současnosti s rodiči, a jak by vnímaly případný přínos sociálního pracovníka. Výzkumné šetření se uskutečnilo formou rozhovorů s pěti respondentkami.

Všechny respondentky se shodly, že před nemocí byly časté konflikty s rodiči. Dále dvě z pěti respondentek popisují, že na ně byly kladené příliš vysoké nároky ze strany matky. Také ve všech případech výpovědí respondentek se dozvídáme, že jejich rodiče o mentální anorexii nebo bulimii z počátku vůbec nevěděli. To může být signálem o kvalitě důvěry či komunikaci v rodině. Všechny dotázané respondentky se shodují, že matka byla tou, která jim zajišťovala léčbu. Matka tu zde byla osobou, která sehnala pomoc odborníka. **Dále se všechny respondentky shodují, že jejich otec, nebo náhradní táta se do celého procesu nezapojoval a stál povětšinu času v pozadí.** Také bylo poukázáno na skutečnost, jak jednotliví členové vnímali nemoc. Zde se respondentky shodly, že matka i otec nemoc vnímali negativně a řešili to špatným způsobem. Výpovědi respondentek v procesu uzdravení se různily. Docházelo ke změnám vztahů mezi rodiči, buď zůstaly nezměněny, nebo vedly ke zlepšení či naopak zhoršení.

Překvapivou informací bylo zjištění, že by čtyři z pěti respondentek ocenily vliv sociálního pracovníka v průběhu onemocnění. Dokonce jedna z respondentek využívala pomoc sociálních pracovníků v centru Anabell. Sociální pracovnice respondentce poskytla své praktické zkušenosti a rady s nemocí. Pro respondentku to bylo velmi přínosné a velmi si chválila práci sociálních pracovníků. Jedná se o představu respondentek, ale ve skutečnosti by respondentky mohly jednat jinak, mohly by sociálního pracovníka vynechat v době, kdyby jim chtěl pomoci. Je nutné zaměřit se na to, v jaké fázi je nejlepší poskytnout pomoc a zasáhnout. V kontextu sociální práce by měl sociální pracovník k dispozici velký prostor pro pomoc jedincům s PPP a jejich rodinám. Využití sociální práce je jistě přínosné při daném onemocnění.

Ačkoli nebylo k dispozici dostatek evidence pro jednoznačné dokumentování průběhu uzdravení, lze i s takto malým výzkumným souborem ilustrovat komplexnost fenoménu PPP a nabídnout tak výzvy například pro zapojení většího množství sociálních pracovníků, zabývajících se touto problematikou a to nejen na individuální rovině (například širší nabídka služeb). Dále by byla potřeba zavést více léčebných center pro dívky trpící PPP a možná i ve smyslu práce s rodinným systémem.

Velmi silnou stránku lze spatřit ve shodě výpovědí ohledně pasivních či chybějících otců a také v tom, že se respondentky naučily být nezávislé na svých rodičích. V dalším výzkumu by bylo dobré použít triangulaci, doplnit výzkum o perspektivu dalších osob a také delší časovou perspektivu. Jedná se tedy o skutečnost, že by respondentky mohly o svých subjektivních zážitcích vypovídat s určitou mírou ambivalence, nebo rozporuplnosti.

Je nutné zapracovat na tom, jak by dospívající dívky a mladé ženy mohly předcházet příčinám vzniku PPP a jak více pracovat s touto cílovou skupinou. Bylo by vhodné např. na základních a středních školách zavést určitý preventivní vzdělávací program, který by dívky informoval o možnostech dané problematiky, na koho se v případě potřeby obrátit a jaká rizika může toto onemocnění přinést. Za stěžejní lze považovat především 8. a 9. třídy základních škol a 1. a 2. ročníky škol středních.

Tyto poznatky mohou posloužit sociálním pracovníkům zabývajícím se touto problematikou či rodičům, jejichž dcery trpí PPP. Získané výsledky rodičům mohou přinést informace o tom, jak by dívkám mohli být lepší oporou a podporou v procesu uzdravení. V době, kdy dívky dospívají, je důležité, aby jim rodiče byli oporou, neodcházel od nich, a aby neměli vůči dívkám nevhodné poznámky. Důležitá je především role otce, jelikož ta je nezbytná v procesu uzdravení se.

Cíle práce se podařilo naplnit. I s menším výzkumným vzorkem se podařilo dosáhnout zajímavých výsledků v oblasti onemocnění PPP a zodpovědět výzkumné otázky.

Limita práce lze spatřovat v absenci přímého osobního kontaktu s respondentkami a nemožnosti provádět rozhovory s dalšími členy rodiny, což bylo původním plánem práce. Další limit práce můžeme spatřit v tvrzení, že jsou respondentky vyléčené. Dle názoru autora práce se zpravidla jedná o celoživotní problém, kdy onemocnění mentální anorexií a mentální bulimií jsou velmi závažná s dlouhodobým charakterem. Tudíž se každá respondentka mohla nacházet v jiné fázi procesu uzdravení.

I přes určitá omezení práce, lze pokládat práci za prospěšnou. Poskytuje ucelený přehled, jak dané poruše rozumí jednotliví členové rodiny a jak by jim v procesu uzdravení mohl pomoci sociální pracovník. Práce přináší informace o tom, jak by se mohla rozvíjet sociální práce s touto cílovou skupinou a další výzvy pro sociální práci samotnou.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

DISMAN, Miroslav. 2009. *Jak se vyrábí sociologická znalost*. Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-0139-7.

FRANĀKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ. *Psychologie výživy a sociální aspekty jídla*. Praha: Karolinum, 2003. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.

GJURIČOVÁ, Šárka a Jiří KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2009. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2390-7.

HALL, Lindsey a Leigh COHN. *Rozlučte se s bulimií*. Brno: ERA Group, 2003. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.

HANUŠ, P. Kdo je sociální pracovník a proč by měl být vzdělaný. *Sociální práce/Sociálna práca*, 2007, roč. 7, č. 1, s. 5-6. ISSN 1213-6204.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum. Základní teorie, metody a aplikace*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008, 408s. ISBN 978-80-7367-485-4.

HENDL, Jan. 2016. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0982-9.

CHVÁLA Vladislav a Ludmila TRAPKOVÁ. 2009. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-561-5.

KOCOURKOVÁ, J. et al. 1997. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.

Kolařík, M. (2010). *Zkušenost s použitím externalizace při práci s poruchami příjmu potravy*. E-psychologie [online], 4 (3), 70-77 [2021-04-01]. Dostupný z WWW: <https://e-psycholog.eu/pdf/kolarik.pdf>

KRCH, David František. *Jak bojovat s přejídáním*, 3., doplněné a přepracované vydání. Grada, 2007. ISBN 978-80-247-2130-9.

- KRCH, František David. 2005. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-0840-X.
- KRCH, František David. 2010. *Mentální anorexie. 2.*, přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
- KRCH, František David. *BULIMIE: Jak bojovat s přejídáním* [online]. 3. doplněné a přepracované vydání. Grada Publishing, 2011 [cit. 2021-02-17]. ISBN 978-80-247-6226-5.
- KRCH, František David. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002. ISBN 80-7178-598-9.
- MÁLKOVÁ, Iva. *SOS nadváha: [průvodce úskalím diet a životního stylu]*. 2. přeprac. vyd., 1. vyd. v nakl. Portál. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-521-0.
- MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2001. *Základy sociální práce*. Praha: Portál.
- MATOUŠEK, O. a kol. 2003. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál
- MATOUŠEK, O. *Slovník sociální práce*. Druhé přepracované vydání. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Podpora rodiny: manuál pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2014. ISBN 978-80-262-0697-2.
- MATOUŠEK, Oldřich a Hana PAZLAROVÁ. *Státní orgány sociálněprávní ochrany dětí: dobrá praxe z pohledu rodin a pracovníků*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum, 2016. ISBN 978-80-246-3336-7.
- MATOUŠEK, Oldřich a kol. 2008. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-502-8.
- MATOUŠEK, Oldřich. 2003. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství. ISBN 80-86429-19-9.
- MINUCHIN, Salvador. 2013. *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál. ISBN 978-80262-0317-1.

MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 80-247-1362-4.

NAVRÁTIL, Pavel. Posouzení životní situace: úvod do problematiky. *Sociální práce/ Sociálna práca*. Brno: ASVSP, 2007, roč. 2007, č. 1, s. 72-86. ISSN 1213-6204

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava a Michaela HAMROVÁ. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie. 2009. *New EU Magazine od Medicin*, č. 1-2. s. 22-23. [online] [cit. 2021-04-14]. Dostupné z: http://neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí – postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. ISBN 80-8512132-8

PEGGY, Claude – Pierre. 2001. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: PRAGMA. ISBN 80-7205-818-5.

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

PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. [Praha]: Pasparta, [2017]. ISBN 978-80-88163-46-6.

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

SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-250-8.

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

TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-889-9.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 3., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2004. ISBN 80-7178-802-3.

VÁGNEROVÁ, Marie. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Vyd. 4., rozš. a přeprac. Praha: Portál, 2008. ISBN 978-80-7367-414-4.

VAŠINA, Lubomír. *Základy psychopatologie a klinické psychologie*. Brno: Institut mezioborových studií Brno, 2008, ISBN 978-80-87182-00-0.

WHO. 2008. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí*. Desátá revize aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2012. Geneva: World Health Organization, 2008. ISBN: 978-80-904259-0-3.

Zákon č. 108 ze dne 31.3. 2006 o sociálních službách. [online]. [cit. 2020-11-19]. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2006-108#cast8>