

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra etiky, psychologie a charitativní práce

Bakalářská práce

ANOREXIE DÍTĚTE A JEJÍ DOPAD NA RODINU

Vedoucí práce: Mgr. Lucie Maliňáková

Autor práce: Monika Černíková

Studijní obor: Sociální a charitativní práce

Ročník: 3.

2015

Prohlašuji, že svoji bakalářskou práci jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

25. března 2015

.....

Velice děkuji vedoucí bakalářské práce Mgr. Lucii Maliňákové za odborné vedení, cenné rady, věcné připomínky a vstřícnost při konzultacích. Také bych chtěla poděkovat všem respondentům za jejich pomoc, ochotu a upřímnost při rozhovorech.

## OBSAH

Úvod.....	6
<b>1 Rodina a její život s anorexií.....</b>	<b>8</b>
<i>1.1 Typy rodin.....</i>	<i>8</i>
<i>1.2 Funkce rodiny.....</i>	<i>10</i>
<i>1.3 Rodina z psychologického hlediska.....</i>	<i>12</i>
1.3.1 Vybrané pojmy z psychologie rodiny.....	12
<i>1.4 Poruchy rodiny.....</i>	<i>18</i>
1.4.1 Psychická deprivace v dětství.....	19
<i>1.5 Mentální anorexie.....</i>	<i>21</i>
1.5.1 Příčiny vzniku anorexie.....	21
1.5.2 Projevy anorexie.....	24
1.5.3 Jak může rodina nemocnému pomoci.....	26
1.5.4 Léčba.....	27
<i>1.6 Rodinná terapie.....</i>	<i>31</i>
1.6.1 Cíl rodinné terapie.....	31
1.6.2 Průběh rodinné terapie.....	32
<i>1.7 Změna rodinného systému vlivem duševního onemocnění dítěte.....</i>	<i>35</i>
1.7.1 Primární rodina.....	35
1.7.2 Partneři.....	36
1.7.3 Sourozenci.....	37
<i>1.8 Rodina se zdravotně postiženým dítětem.....</i>	<i>38</i>
1.8.1 Srovnání dopadů na rodinu s dítětem s anorexií a rodinu s dítětem se zdravotním postižením.....	39
<b>2 Dopady anorexie na rodinu.....</b>	<b>41</b>
<i>2.1 Cíl práce.....</i>	<i>41</i>
<i>2.2 Výzkumné otázky.....</i>	<i>41</i>
<i>2.3 Metodika práce.....</i>	<i>42</i>
<i>2.4 Rozhovory s respondenty.....</i>	<i>42</i>
<i>2.5 Vyhodnocení.....</i>	<i>57</i>
<b>DISKUZE.....</b>	<b>60</b>

<b>ZÁVĚR.....</b>	<b>63</b>
<b>Seznam použité literatury.....</b>	<b>65</b>
<b>Abstrakt.....</b>	<b>67</b>
<b>Abstract.....</b>	<b>68</b>

## Úvod

K tématu mé bakalářské práce „Anorexie dítěte a její dopad na rodinu“ mě přivedla hlavně anorexie, mně blízké osoby. Kvůli této zkušenosti jsem začala přemýšlet nad tím, zda může mít tato nemoc, tedy porucha příjmu potravy kořeny v rodinném systému a zda tato nemoc na rodinu jako na celek působí, pokud jej celá rodina s nemocným členem řeší. Rodina je základem našeho života. Rodiče dětem udávají směr cesty v jejich životě, učí je, vychovávají, začleňují do sociálního prostředí a jsou velkými vzory pro své děti. Proto mohou anorexii u svého dítěte buď podnítit, anebo pokud je anorexie ve vývoji, být součástí záchranného týmu svého dítěte. Pro rodiče nebo celou rodinu je někdy těžké pochopit, co se zrovna v jejich nemocném dítěti odehrává. Toto neporozumění může mít za příčinu zhoršení nebo zničení celého vztahu mezi nimi. Proto je důležité, aby se o této závažné nemoci vědělo, proč vůbec vzniká a hlavně jak se k problému postavit, aby nedošlo k narušení rodinného systému.

Většina literatury se většinou zabývá anorektickými lidmi – vznik nemoci, průběh, léčba, proto jsem se zaměřila na rodinu jako celek. Je zřejmé, že takový druh situace prožívá celá rodina, protože jde o jednoho z jejích členů. Rodiče si často kladou otázku, co udělali špatně, zda je to jejich vina, že je jejich dítě postihnuto touto nemocí. Nikde neexistuje přesný návod na úspěšnou léčbu, ale chtěla bych se pokusit nastínit alespoň nějaké možnosti, které by mohli nemocnému i rodině pomoci.

Cílem bakalářské práce je zjistit, jakým způsobem nebo zda vůbec, ovlivňuje anorexie dítěte vztahy v rodině a rodinné fungování a z jakého důvodu, podle názoru rodičů, se vyvinula anorexie u jejich dítěte. Také se pokusím analyzovat teorie o rodině se zaměřením na vztahy a fungování rodiny z první části bakalářské práce. Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí. V první části této práce se zabývám teoretickými pojmy z psychologie rodiny – správné fungování rodiny, vlastnosti rodinného systému. Dále sociálně patologickými jevy v rodině – ovlivnění vývoje dítěte dysfunkcí rodiny. Anorexií, způsoby pomoci nemocnému, rodinou. Zaměřím se i na rodinu se zdravotně postiženým dítětem a vytvořím srovnání, zda jsou dopady na rodinu stejné nebo rozdílné. Toto teoretické pojednání o dané problematice je v práci proto, aby byly předestřeny teorie o rodině ve vztahu k anorexii, které chci mj. výzkumem vyhodnotit buď jako pravdivé, lživé nebo nepřesné.

Ve druhé části zjišťuji prostřednictvím rozhovorů s rodiči, popřípadě pěstouny, jejichž

dítě trpí nebo trpělo anorexií, jaké dopady anorexie na rodinu má. Cílem této části práce je, jak už bylo zmíněno výše, také analyzovat teorie o rodině se zaměřením na vztahy a fungování rodiny z první části bakalářské práce.

# 1 Rodina a její život s anorexií

## 1.1 Typy rodin

„Konečně doma“, říká si snad většina lidí, když se vrací z velké dálky. Co je domov? Slovo, co zahřeje, jen když jej vyslovíme a nejzajímavější je, že každý člověk po něm touží. Lidé potřebují mít pocit, že se mají kam vracet. Domovem pro nás může být stát, ve kterém jsme se narodili, když jsme v cizině. Domovem pro nás může být vesnice nebo město, ze kterého pocházíme. Ale na tom vlastně nezáleží. Pravdou je, že to, co v člověku vyvolává největší pocit domova, je rodina.

Rodina vzniká manželským svazkem dvou lidí, i když musíme podotknout, že v dnešní době už manželství nehraje velikou roli. Lidé vychovávají děti i bez manželského svazku a žijí spolu pouze jako partneři. V dnešní době to není nic překvapivého a na dítě to nemusí mít žádný negativní dopad. Dítě bere jako rodiče člověka, který se k němu rodičovsky – mateřsky, otcovsky chová. Nepotřebuje znát doklad z porodnice, nezáleží ani na zákonu či soudech. Rodinu tvoří lidé, jež máme rádi, a oni mají rádi nás. V tomto okruhu lidí hledá člověk oporu, bezpečí a lásku. (srov. Matějček, 1994, str. 18-21)

Můžeme se setkat s odlišnými typy rodin. Z pohledu psychologie podle Kantora a Lehra je prvním typem *uzavřený rodinný systém*, ve kterém jsou pevné vztahy, pevná pravidla, trvalá energie. Druhým typem je *otevřený rodinný systém*, kde se pravidla a změny vytvářejí podle vztahů, které se vyvíjejí z rodinných struktur (prostor je pohyblivý, neustále měnící se čas). A posledním třetím typem je *náhodný rodinný systém*, kde jsou všechny struktury nestálé a vratké.

Podle těchto typů rodin si můžeme uvědomit, že každá rodina je nějakým způsobem odlišná od ostatních. I když jsou vyhraněny tyto tři typy, rodina se většinou k jednomu z těchto typů nezařadí, objevují se tedy typy smíšené. (srov. Kantor, Lehr in Sobotková, 2007, str. 52-53)

Podle Zdeňka Matějčka a kol. (1995) jsou tyto čtyři typy rodin:

- *funkční* – plní své funkce, zajištěn dobrý vývoj dítěte a jeho prospěch;
- *problémová* – také do určité míry funguje, ale je zde výskyt závažnějších poruch některých nebo všech funkcí rodiny, vývoj dítěte není ohrožen;
- *dysfunkční* – zde už se vyskytují vážné poruchy, může být ohrožen vývoj dítěte i



rodiny jako celku;

- *afunkční* – zde jsou poruchy tak velké, že rodina není schopna plnit základní úkoly, je ohrožen život dítěte.

Ve sborníku studií *Rodiče, děti a jejich problémy* od Sdružení Linka bezpečí (2011) popisují podoby současných rodin:

- *rodina úplná* – má předpoklady naplnit potřeby dětí, hlavně potřebu bezpečného citového vztahu;
- *rodina partnerská* – do určité míry splňuje podmínky rodiny úplné, ale partneři – rodiče dětí nepotřebují formální stvrzení ke svému soužití. Někdy však může dojít k rozvolnění vztahů i ve výchově dětí, protože je zde potřeba uchování určité míry svobody;
- *rodina neúplná* – je mýtem, že dítě z neúplné rodiny vždy strádá a je tím poznamenáno. Hlavně tam, kde se rodina rozpadla kvůli rodinné patologii – domácí násilí, alkoholismus. Ale je pravdou, že děti v neúplných rodinách jsou ohroženy tím, že nemají zdravý partnerský vztah jako vzor;
- *rodina doplněná* – do rodiny přichází nový partner. Tato skutečnost přináší různé pasti a komplikace, protože se musí nutně nastavit nový řád a pravidla, se kterými nesouhlasí všichni členové rodiny. Do rodiny přichází nový člen (nový partner) se svými představami o výchovném stylu. Z tohoto důvodu může v rodině vzniknout napětí a nedorozumění.

## 1.2 Funkce rodiny

Rodina je také základním kamenem státu. Ačkoliv se může zdát, že rodinu bereme jako něco samozřejmého, uvědomujeme si její důležité funkce. Podle B. Krause a V. Poláčkové (2001) je pět základních funkcí rodiny uspokojení potřeb dítěte:

a) *biologicko - reprodukční* – má význam pro společnost, tak i pro jedince. Pokud se má společnost dále vyvíjet, potřebuje stále další jedince, tedy aby se lidé rozmnožovali. Proto se o člověka stará, z hlediska sociálních opatření. Pro člověka má tato funkce význam z hlediska uspokojení svých potřeb.

b) *sociálně – ekonomická* – rodina napomáhá rozvoji ekonomiky státu. Dospělí členové rodiny jsou součástí výrobní či nevýrobní oblasti, tedy výkonem povolání.

c) *sociálně-psychologická* – rodina se vzájemně podporuje, akceptuje, ochraňuje. Tím, že jedinec náleží k sociální skupině a identifikuje se s těmito lidmi, hraje velkou roli v jeho životě.

d) *socializačně - výchovná* – rodina své děti hlavně učí, učí je hodnotám a zvykům typickým pro stát ve kterém žijí. Začleňují je do společnosti.

e) *citová* – tuto funkci může zastávat opravdu jen rodina, žádná jiná sociální instituce citové potřeby nenaplní v dostatečné míře.

Další funkce rodiny, které budou uvedeny, se odvíjejí od základních potřeb dítěte, které by měla rodina dítěti splňovat. Podle Matějčka (2005) je pět základních duševních potřeb dítěte. První potřebou je *potřeba stimulace*, tedy povzbuzení. Dítě se učí a chce učit, proto očekává, že za své úspěchy bude chváleno a podporováno v dalších krocích se učit.

Druhou potřebou je *potřeba životní jistoty* – dítě chce od svých rodičů cítit lásku, mít pocit domova.

Třetí je *potřeba smysluplného světa* – potřeba určitého řádu a pravidel. Dítě se potřebuje přizpůsobovat podmínkám, které jsou na něj kladeny, a proto jej rodiče musí vést správným směrem.

Čtvrtá je *potřeba pozitivní identity* – dítě si uvědomuje sebe sama, chce být přijat mezi ostatní, být respektován.

Poslední pátou potřebou je *potřeba otevřené budoucnosti* – dítě chce mít vyhlídky do budoucnosti, chce plánovat, těšit se.

Další potřeby dítěte uvádí Alberto Pessu a Diana Boyden-Pessu (2009).

První je *potřeba místa* – dítě chce mít své místo, své „království“, kde bude mít své věci a bude se cítit v bezpečí.

Druhá je *potřeba výživy* – být nasyceno, součástí této potřeby jsou společné obědy, večeře.

Třetí je *potřeba podpory* – dítě chce cítit podporu od rodičů, v tom co dělá. Povzbuzení k další činnosti.

Čtvrtou je *potřeba ochrany* – dítě se potřebuje cítit bezpečí a lásku, ochranná „křídla“ rodičů. Poslední pátou je *potřeba limitů* – řád, pravidla, vedení od rodičů.

Tyto funkce rodiny jsou velice důležité, aby rodiče úspěšně zvládali výchovu dítěte. Rodiče jsou pro dítě vzory, proto je velice důležité jaké způsoby chování a myšlení rodiče dítěti předkládají.

### **1.3 Rodina z psychologického hlediska**

Ačkoliv je rodina základem společnosti, byla jí jako celku kladena menší pozornost než jednotlivcům. I když víme, že výchova dítěte v rodině, se odráží ve společnosti, už v tomhle tkví její důležitost. Můžeme si povšimnout, že psychologie se spíše zabývala jednotlivými členy rodiny – dětmi, partnery, manžely, a z toho hlediska zanedbávala rodinu jako funkční celek. Obor, jež se problematikou rodiny zabývá se nazývá psychologie rodiny.

Psychologie rodiny jako obor vznikla téměř nedávno. Ačkoliv se rodinné poradenství a rodinná terapie úspěšně vyvíjely, neměla tato praxe dostatek teoretického podkladu o rodinném fungování. A právě tyto teorie a metodologie poskytuje obor psychologie rodiny. (srov. Sobotková I., 2007, str.11)

#### **1.3.1 Vybrané pojmy z psychologie rodiny**

V této části se budu zabývat termíny, které se v psychologii rodiny používají. Poslouží člověku k tomu, aby mohl lépe nahlédnout do oblasti, kterou se psychologie rodiny zabývá. Podle Ireny Sobotkové a její knihy *Psychologie rodiny* (2007) byly vybrány tyto pojmy:

##### *Adaptabilita*

Adaptabilita zahrnuje širší přizpůsobivost a schopnost změny rolí, změny držitele moci, pravidel vztahů, které vznikly ve stresových situacích, jak vývojových tak situačních. Mezi vývojový stres řadíme např. narození dítěte, začátek školní docházky, osamostatnění už dospělého dítěte. Situační stres je např. vážná nemoc člena rodiny, nebo jiná situace, která má dopad na rodinu. Rodina jako celek by měla být přizpůsobivá, ale do určité míry, protože rodina by měla být také rutinní. Měla by mít svá pravidla a určité uspořádání, které je typické jen pro jejich rodinný kruh. Díky tomu se jednotlivci, tedy členové rodiny, cítí chráněni.

##### *Autonomie*

Autonomie, tedy samostatnost, předpokládá, že členové rodiny budou fungovat i nezávisle na ostatních členech. Tedy budou tzv. „samostatnou jednotkou“. Samostatnost pak podpoří rozvoj osobnosti jednotlivce.

### *Diferenciace*

Diferenciaci můžeme chápat jako míru působení osobnosti jednotlivce na ostatní lidi ve společnosti. Jedinec se chová podle svého uvážení, aniž by se nechal někým ovlivnit. Jedná tedy podle svého vlastního uvážení a rozhodnutí.

### *Dysfunkce*

Dysfunkcí rodiny se obecně myslí narušené, nežádoucí či nezdravé chování jednoho či více členů rodiny. Tyto rodiny skrývají své problémy a obvykle je nechtějí s nikým řešit. Jednotlivci mezi sebou nemají vřelé vztahy, jsou odtažití, převládá špatná komunikace, časté hádky, potlačení potřeb členů rodiny, potlačení sebeuvědomování na úkor ostatních. Dysfunkční rodiny pak mohou „plodit“ sociálně patologické a jiné nežádoucí jevy.

### *Hranice*

Hranicemi myslíme neviditelné pomyslné linie mezi členy rodiny. Jsou to vymezení členů mezi sebou, např. hranice, které oddělují jedince od ostatních členů rodiny, hranice sdružení manželů, hranice kolem dětí a podobně. Stanovení hranic je velmi důležité. Děti musí vědět, do jaké míry, co smí a co ne. Tyto hranice by měli členové rodiny dodržovat, aby rodina mohla „normálně“ fungovat.

### *Koalice*

Koalice je sdružení nebo spojení mezi členy rodiny. Příkladem spojení může být koalice mezi manžely, ta také bývá nejpevnější a měla by být, protože manželé udržují rodinu pohromadě.

### *Koheze*

Kohezí, tedy soudržností, myslíme síly, které drží vztah mezi členy pospolu. Koheze je jednou z nejdůležitějších vlastností rodinného systému, která udržuje rodinu funkční.

### *Komplementarita*

Komplementarita je schopnost členů rodiny se vzájemně doplňovat. Pomáhají si při uspokojování svých potřeb, vlastností, povinností apod. Spolupráce mezi členy jejich

vztah upevňuje a dává jim směr.

### *Rodinné fungování*

Základy rodinného fungování jsou popisovány různými způsoby. Podle S. R. Saubera (srov. in Sobotková, 2007, str. 44) by rodina měla fungovat ve čtyřech bodech:

- osobní fungování (spokojenost členů se svou rolí)
- manželské fungování (spokojenost v sexuální sféře vztahu)
- rodičovské fungování (správná výchova dětí)
- socioekonomické fungování (ekonomická situace rodiny).

Robin Skynner (srov. in Sobotková, 2007, str. 110) pak uvádí znaky dobře fungujících rodin:

- vyvážení blízkosti a autonomie;
- schopnost adaptace, zvládání změn a ztrát;
- schopnost kooperace;
- jasná komunikace;
- vysoká úroveň humoru a radosti v rodině;
- věrnost
- afiliativní postoj k druhým.

Zdeněk Matějček popisuje ve své knize *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní* (1994), že rodina by měla hlavně pro dítě znamenat základní jistotu jeho života. Už na příchod dítěte má být rodina připravena s láskou. Už to je základem správného přijetí dítěte do rodiny.

Jak už bylo zmíněno, rodina zajišťuje dítěti základní duševní potřeby. Dalším z podstatných znaků rodinného fungování je trvalost a hloubka citových vztahů. Pokud jsou děti vychovávány v různých zařízeních – ve škole, v dětském domově, v jeslích, vzniká mezi dětmi a vychovateli určité pouto a vztah, ale trvá jen po dobu jejich styku. Zatímco ve správně fungující rodině se citová angažovat přetváří a vyvíjí, ale je trvalá. Dalším znakem je společenství času, prostoru a požitků. Je tím myšleno, trávení

společných chvil, zážitků. Průzkumy ukázaly, že výchova není úplně závislá na tom, kolik času rodiče s dětmi tráví. Ale ukázaly, že společné chvíle jsou nutné, aby výchova probíhala tak, jak má. Důležitý je tedy i společný prostor. Členové rodiny se vzájemně poznávají hlouběji a důkladněji než kdekoliv jinde. Je to umožněno hlavně tím, že žijí pod jednou střechou. Rodina také vytváří prostředí pro vzdělávání dítěte. Vzdělávání v rodině představuje pro dítě nejdůležitější školu života – výuka však probíhá společnými činnostmi, soužitím, sdílením společných hodnot, osobními vzory, nápodobou apod. „Podstatným principem rodinného soužití je vzájemné obdarování radostí. Tam, kde lidé žijí skutečně spolu a ne jen vedle sebe, dělají (nebo se snaží dělat) radost jeden druhému – bez zásluhy! Není-li tomu tak, něco podstatného v rodinném soužití schází.“ (Matějček, 1994, str. 29-45)

### *Rodinné interakce*

Interakce, tedy vztahy, mezi členy rodiny utvářejí prostředí, ve kterém rodina žije. Důležitá je komunikace, která určuje vše co se v rodině děje. Komunikací rozvíjí rodina své vztahy, proto můžeme říct, že tam kde komunikace chybí, chybí i vřelost ve vztazích. Podle T. Jacoba (srov. in Sobotková, 2007, str. 47) je šest teorií, podle kterých můžeme rozlišovat normální a dysfunkční rodiny:

- dominance – rozdělení moci v rodině;
- city – emocionální vztahy;
- schopnost komunikace;
- výměna informací a chování při vzniku problémů a jejich řešení;
- konflikty v rodině a jeho působení na interakce v rodině;
- podpora, pomoc, ocenění, pečování, úcta.

Komunikace patří nejen v rodině, ale v celém životě člověka, mezi nejdůležitější věci v jeho životě. Skrze komunikaci se odehrává vše podstatné mezi lidmi. Komunikací lidé přijímají, sdílejí důvěrnosti i banality ze života. Komunikace je prostředníkem pro vytvoření vztahů mezi lidmi. (srov. Satirová, 2006, str. 56)

V rodině se musí nutně vytvářet vztahy a musí se komunikovat, protože vše co členové rodiny říkají a dělají, dostává komunikační význam. Při komunikaci je důležitý způsob řeči i mimo řečové prostředky (mimika, pohyby těla apod.). Obsah komunikace má tři stanoviska. Stanovisko A, B a C. Stanovisko A je pronásledovatel, B je oběť a C usmířovatel. I když se dostanou do konfliktu dvě osoby, vždy vyhledají třetí, se kterou se snaží uzavřít koalici. Takové rozrůstání problému se nazývá triangulace a považuje se za škodlivé, když se do konfliktu vtahuje dítě, které má představovat spojence jednoho z rodičů. (srov. Matoušek, 2003, str. 79)

Vztahy v rodině mají určitá pravidla a tato pravidla se projevují komunikačními stereotypy rodiny. Riskin a Faunceová (srov. in Matoušek, 2003, str. 80) popisují znaky, které by komunikace měla obsahovat:

- jasnost – nakolik je mluva jasná;
- téma – jakým způsobem navazuje téma v komunikaci;
- svěřování – svěřování mluvčího, ale také svěřování vyžadovaného mluvčím;
- souhlas – jednoznačný, nejednoznačný;
- vzájemné vztahy – negativní, neutrální, pozitivní.

Posledním důležitým hlediskem rodinné interakce je její rytmičnost. Jako příklad je uvedena společná večeře, kdy je možno sledovat rytmus v konverzaci mezi členy rodiny. Mění se důrazy řeči, polohy těla, a i když někdo odejde od stolu, rytmus neustává a jede dál. Rytmičnost je v rodinné interakci důležitá pro vzájemné porozumění, spolupráci, udržení stabilního vztahu. (srov. Matoušek, 2003, str. 77-82)

Virginia Satirová ve své knize *Knihy o rodině*, kladla různým rodinám tři otázky:

1. Žije se vám právě teď ve vaší rodině dobře?
2. Máte pocit, že žijete s přáteli, s lidmi, které máte rádi, kterým důvěřujete a kteří důvěřují vám a mají vás rádi?
3. Přináší vám společenství vaší rodiny radost a povzbuzení?

Jestliže člověk odpoví „ano“, tak žije v rodině, která je zdravá a správně fungující. Je zajímavé, že nad první i druhou otázkou lidé nikdy nepřemýšleli. Nikdy je nenapadla, protože to brali jako samozřejmost.



### *Rodinné mýty a rituály*

Součástí každé rodiny jsou mýty a rituály. Mýty jsou přesvědčení, která v rodině převládají a ovlivňují chování a myšlení jednotlivých členů. Mezi mýty můžeme zařadit tabu (omezení), pověry, různá pravidla. Rodinné mýty nemusí být zcela pravdivé, mohou být lehce zkresleny, ale napomáhají lepšímu fungování rodiny.

Mezi rodinné rituály pak řadíme různé činnosti, které si rodina vzala za své. Příkladem mohou být společné večeře, nedělní výlety, čtení pohádek před spaním, různé vánoční či narozeninové tradice apod. (srov. Sobotková, 2007, str. 48-50)

Tímto bylo objasněno, jaké pojmy psychologie rodiny využívá. Mohou být užitečné k orientaci v tomto oboru.

Členové úspěšně fungující rodiny by měli být přizpůsobiví, měli by zvládat změny rolí v jejich životě, také se předpokládá jejich samostatnost. Každý člen rodiny je také individuální osoba, osobnost, která na ostatní členy a lidi v okolí působí. Jeho osobnost se vyvíjí vlivem výchovy v rodině, vlivem rodičů jako vzorů, a pokud je tento vliv špatný, odráží se tímto způsobem i na ostatní, čímž mohou vzniknout dysfunkce v rodině. Stačí, když jeden člen rodiny má nějakým způsobem nezdravé chování, a tím už ovlivňuje rodinu jako celek. Důležité je proto i určení hranic. Hranice, jež mezi sebou mají manželé (rodiče), musí ostatní respektovat. Ale zdá se, že v dnešní společnosti je pro rodiče čím dál těžší, tyto hranice stanovovat. Často se člověk může setkat s názory, že tyto hranice dětem stanoví učitelé výukou ve škole, což je velký omyl. Děti už by měly do školy přijít se stanovenými hranicemi, jejichž základy postavili rodiče.

Nejdůležitější složkou v rodině je komunikace. Mezi níž řadíme naslouchání, s plnou pozorností posluchače, posluchač by měl také klást otázky, aby u mluvící vzbudil dojem, že jej jeho povídání zajímá. Sdílení svých pocitů a svěřování se nejen se svými trápeními, ale také zážitky je nedílnou součástí správného fungování rodiny.

## 1.4 Poruchy rodiny

O poruše rodiny se mluví v situaci, kdy rodina neplní základní společenské normy. Jde tedy o selhání jednoho člena, nebo více členů rodiny, kteří neplní základní rodinné funkce. Rodinné poruchy se dělí na:

- *objektivní* – nejsou závislé na vůli rodičů (nezaměstnanost, válka, hladomor, nemoc, úmrtí, invalidita);
- *subjektivní* – jsou závislé na vůli rodičů (nechtějí pečovat o dítě nebo přijmout společenské normy, neschopni vyrovnat se s různými situacemi);
- *smíšené*. (srov. Lovasová, 2006, str. 8)

V řešení poruch rodiny se mohou rozlišovat tři metodologické přístupy:

- *etiopatogenický* – definuje příčinu, místo vzniku a čas;
- *symptomatický* – popisuje nebo také vyhodnocuje úroveň a typ poruchy a její vliv na rodinu;
- *terapeutický* – hodnotí potřebu, míru využití společenské aktivity k překonání poruchy rodiny. (srov. Dunovský, 1986, str. 13)

Podle Dunovského (1986) jsou známy tyto poruchy rodiny:

*Porucha biologicko - reprodukční funkce* – v rodině se děti z nějakého důvodu nerodí. Také jsou zde zahrnuty děti, které se rodí do nepříznivých životních podmínek, nebo rodičům, jejichž zdravotní stav jim neumožňuje se o dítě starat. Patří sem rodiče, kteří mít děti nechtějí nebo nemohou.

*Porucha ekonomicko - zabezpečovací funkce* – rodiče nemohou nebo nechtějí pracovat, z tohoto důvodu potom v rodině chybí prostředky k životu. U nás tato porucha není tak patrná. Je však často podmíněna určitou patologií osobnosti – alkoholismus, delikvence, příživnictví apod.

*Porucha emocionální funkce* – poruchy emocionality jsou původcem většiny rodinných poruch, ohrožují vyrovnanou rodinnou atmosféru, kdy dochází k rozvratu, rozvodu rodičů, nedostatečnému zájmu rodičů, někdy dochází dokonce i k týrání a zneužívání.

*Porucha socializačně-výchovné funkce* – ve vztahu k dítěti je tato funkce nejdůležitější.

**Rodiče o dítě nemohou starat**, z důvodu katastrof, válek, poruch rodinného systému, onemocnění, smrti, invalidity.

**Rodiče se o dítě nedovedou starat**, z důvodu velmi nízkého věku rodičů, nezralosti nebo se nedovedou smířit s určitou situací, například manželstvím, narozením postiženého dítěte apod.

**Rodiče se o dítě nechtějí starat**, v tomto případě se zde může nacházet porucha osobnosti u rodičů, nebo nejrůznější typy psychopatií, které jim brání plnit rodičovské role. Tito rodiče selhávají nejen ve vztahu k dítěti, ale i k sobě navzájem, ke společnosti a k jejím normám a hodnotám. (srov. Dunovský, 1986, str. 13-16)

V případě, že se v rodině ukáže nějaká z výše uvedených poruch, může se pro členy rodiny stát zdrojem negativního vývoje, vzniku sociálně patologických jevů či poruch chování. V dysfunkční rodině jsou časté špatné vztahy mezi partnery, které narušují rodinnou kohezi. U některých jedinců, kvůli napjatým vztahům, dochází až k psychické traumatizaci. Špatné vztahy mezi rodiči jsou provázeny hádkami a jejich manželství často končí rozvodem. Rozvod je důsledkem špatného duševního vývoje dítěte. Hlavně v období pubescence a adolescence. Dítě přichází o pocit bezpečí a jistoty a vzniká pocit křivdy a rozčarování, protože se v takové situaci ještě nedokáže zorientovat. Děti z takto narušených rodin se často potýkají s psychickou deprivací. (srov. Fischer, Škoda, 2009, str. 142)

#### **1.4.1 Psychická deprivace v dětství**

V normální rodině je pro dítě zdrojem bezpečí a jistoty hlavně matka. Dítě potřebuje cítit lásku, potřebuje pocit sounáležitosti a bezpečí, tedy bezpečný citový vztah. Jiná možnost pro uspokojení těchto potřeb, než od matky, není. „Dítě tím získává vnitřní jistotu a vyrovnanost, schopnost pozitivního vztahu k světu i k sobě, schopnost vytvářet a udržovat trvalé a pevné vztahy s okolím.“ (Fischer, Škoda, 2009, str. 148)

Při citovém strádání často vznikají obranné mechanismy, kdy se dítě snaží neuspokojenou potřebu nahradit něčím jiným, např. změnou objektu. Většinou sourozenci, kteří pocházejí z dysfunkčního a deprivovaného prostředí na sobě hodně lpí. Často dochází také k různým náhražkám neuspokojené potřeby, např. hromadění věcí či zaměření se na jídlo. (srov. Vágnerová, 2004, str. 597)

Je zřejmé, že porucha rodiny je velice závažným tématem. Jejím důsledkem bývá somatizace, tedy ztělesnění daného problému. Děti nebo dospělý nepocítují problémy v úzkosti, smutku, nebo problémech ve vztazích rodiny, ale v tělesných symptomech. (srov. Lovasová, 2006, str. 12)

Tato porucha má tedy dopad nejen na psychiku člověka, ale i na tělo. Avšak ty psychické jsou závažnější, neboť si je člověk s sebou nese po celý život. Proto by člověk neměl problémy v rodině podceňovat, ale radši je zavčas řešit.

## 1.5 Mentální anorexie

Mentální anorexie je duševní porucha, jejíž cílem je záměrné snižování hmotnosti. Nejde o nechutenství nebo snížení chuti jíst, tyto skutečnosti jsou spíše až pozdním důsledkem dlouhodobého hladovění. U většiny lidí nemocných anorexií se zájem o jídlo spíše zvyšuje (častěji na něj myslí, sbírají recepty, kuchařky, rádi vaří apod.). Čím více si člověk něco upírá, tím více po tom dychtí. Odpor k jídlu je důsledkem špatného postoje k tělesné hmotnosti a proporcím těla. (srov. Krch, 1999, str. 14)

Podle Hany Papežové (2013) člověk trpící anorexií trpí hrůznými představami z nárůstu hmotnosti. Většina lidí s anorexií snižují svoji váhu hladověním a přísným cvičením. Rozdíl mezi anorexií a hladovkou je ten, že člověk, který drží hladovku a dosáhne své vysněné váhy, s omezováním jídla přestane, anorektik ne. Pro člověka, trpícího anorexií, se jeho život promění v začarovaný kruh, ovládaný jídlem, z něhož se nesmírně těžko dostává ven.

### 1.5.1 Příčiny vzniku anorexie

Příčiny vzniku anorexie jsou různé. Někdy je opravdu těžké příčinu najít, protože v některých případech i sám nemocný neví, jak se do tohoto bludného kruhu dostal. Je známo několik kategorií, které mohou být příčinou vzniku anorexie:

- *Kultura* – dnešní móda je zaměřena na štíhlost až vyhublost. Média prosazují stále štíhlejší ženské postavy. Modelky, zpěvačky, herečky často mluví o dietách, které podstupují a tím jsou vzorem pro mladé dívky. Nemluvě o panence Barbie, se kterou si dívky hrají už od malička.
- *Sebekontrola* – štíhlost je brána jako úspěch v sebekontrolě, kdy člověk nemá moc nad svým životem nebo nad určitou situací ve svém životě, váha mu tuto nejistotu kompenzuje.
- *Strach z jídla* – někdy se stává, že rady o zdravé výživě jsou mylné a tvrdí, že určitá jídla, jako cukr nebo tuky jsou nezdravá a škodlivá. Lidé, kteří jsou náchylnější v důvěru v takové informace, se rozvíjí strach nebo obava, že pokud neudělají nějaké gesto nebo strach, že nevypnuli žehličku, tak takové obavy se mohou objevit i u jídla. Anorexie je často kombinovaná s rituály, jež člověk musí splnit, aby se vyhnul nebezpečí, mluvíme o obsedantně-kompulzivní poruše.

- *Vliv rodiny* – rodina nemocného většinou hledá viníka, hledá to, co podnítilo tuto nemoc. Na návštěvě u odborníka je důležité říct informace týkající se rodinného prostředí, které by mohli pomoci při léčbě. Nezbyvá nic než přijmout to co se stalo v minulosti a neklást vinu sám na sebe. Nejdůležitější je, vzít nemocného k odborníkovi a jít do boje s anorexií společně.
- *Genetické riziko* – v rodině bývá někdy nemocná i matka, teta či babička. Jsou také určité vlohy ze strany otce nebo matky (upřednostňování některých jídel, stavba těla).
- *Rizikové povahové rysy* – **perfekcionismus** – dívka se snaží být dokonalá, aby zastřela své nízké sebevědomí; **zranitelnost** – nejistota vůči sobě tlačí člověka, aby se líbil ostatním; **puritánství a asketismus** – vzdání se svých potřeb, i potřeby jídla, bere člověk jako morální a očistné; **sebe trestání** – trestání za problém, se kterým se nedokáže vyrovnat. Víra, že proto jsou špatní, selhali v perfekcionismu, kdyby byli dokonalí neměli by problém. (srov. Papežová, 2000, str. 13-15)
- F.D.Krch v knize Poruchy příjmu potravy popisuje faktory ovlivňující vznik mentální anorexie:
- *Sociální a kulturní faktory* – jak už bylo zmíněno, dnešní kultura vyžaduje štíhlost a sebekontrolu, vzniká předpojatost vůči obézním, kteří jsou bráni jako hloupí, líní a škaredí. Tlak ze strany společnosti oslabuje sebedůvěru hlavně žen, posiluje obavy z nadměrné hmotnosti a přehnanou kritiku svého těla.
- *Biologické faktory* – jedním z biologických faktorů podněcujících vznik anorexie je ženské pohlaví. Možná to zní zvláště, ale jen proto, že je žena ženou, se riziko anorexie zvětšuje desetkrát. Velkou roli zde také hraje zvětšující se množství tělesného tuku. Bylo zjištěno, že ženy, které mají nejvíce tuku na bocích, stehnech a hýždích měly zvýšené riziko vzniku poruchy příjmu potravy. Obdobím, ve kterém se anorexie projevuje nejčastěji, je puberta. Člověk si zvyká na roli dospívajícího a to s sebou nese spoustu rizik. I negativní emoce jako podrážděnost, kolísavost nálad, které jsou součástí puberty, mohou být příčinou vzniku anorexie.
- *Životní události* – nejčastějšími spouštěči poruchy příjmu potravy jsou různé

nejapné poznámky na tloušťku a vzhled. Důležitou roli může hrát i určitá životní změna, osobní neúspěch, problémy v rodině.

- *Rodinné a genetické faktory* – přítomnost anorexie v rodině je velmi rizikovým faktorem. Většinou anorexie ovlivňuje i sourozence, kteří pak mohou touto nemocí trpět také. Výskyt PPP u sourozenců nemocných se pohybuje v rozmezí 3 – 10%. Rodiny s dítětem s anorexií jsou charakterizovány jako stabilní, nadměrně ochraňující, špatně vyjadřující své pocity, vyhýbající se konfliktům. Podle Minuchina existují čtyři znaky typické pro tyto rodiny: 1) Složitost blízkých vztahů mezi členy rodiny, blízkost je vyzdvihována více než samostatnost. 2) Rodina, která se špatně vyrovnává s konflikty, se konfliktům vyhýbá a pokud ke konfliktu dojde, neumí jej řešit. 3) Nadměrná citlivost vede k přehnané ochraně členů rodiny. Dítě trpící anorexií často cítí potřebu ochraňovat členy rodiny. 4) Rodiny mají také pevně dané modely interakce. Když se u dítěte potřeby mění, nedokáží se těmto potřebám přizpůsobit.
- *Emocionální faktory* – u lidí s poruchou příjmu potravy se často vyskytují stavy úzkosti a deprese. Většina těchto stavů je spjata se strachem o postavu a tělesnou hmotnost. Ale zatímco stavy úzkosti trvají ještě dlouhou dobu po odeznění anorexie, deprese jsou spojovány hlavně se začátkem nemoci a s jejím průběhem.

Trapková a Chvála se domnívají, že porucha příjmu potravy je projevem stagnace v procesu separace. Jedná se o tzv. sociální porod, kdy dospívající opouští rodiče a stává se nezávislým. Jsou zde tři aktéři – matka-dítě-otec. Nejprve dochází ke sblížení s matkou (kolem dvanácti let), poté opuštění matky, sblížení s otcem (kolem šestnácti let) a opuštění otce. Když se dívka potřebuje sblížit s matkou (dívka dostává menstruaci, z dítěte se stává žena) a k onomu sblížení z nějakého důvodu nedojde, tak se dívka potýká s mentální anorexií a rodina se ocitne v tzv. anorektickém stagnaci. K této stagnaci došlo z důvodu, že se dívka nemůže posunout do další vývojové fáze. Po odloučení s matkou dívka potřebuje otce, aby ji uvedl jako ženu do mužského světa, ve kterém si jednou vybere prvního sexuálního partnera. Jestliže k tomu nedojde, objevuje se bulimická stagnace. (srov. Chvála, Trapková, 2009, str. 111-120, 177)

Z tohoto výzkumu vyplývá, že se mentální anorexie u dítěte může projevit z důvodu problémů s matkou. Mentální bulimie se pak projevuje výzvou ve vztahu s otcem.

Trapková a Chvála se touto problematikou zabývají také ve studii Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému<sup>1</sup>. Výše uvedenou skutečnost dokládají tím, že dítě, po období samostatnosti v mladším školním věku, potřebuje opět blízkost matky. Pokud zde matka pro dítě není, dítě se snaží její pozornost upoutat. Dostává se stavy, kdy organismus dítěte vytváří znaky, kterými jako kojeneček přitahoval matčinu pozornost. Dítě se také potřebuje sblížit s otcem, aby se od něj mohlo dítě odpoutat. V té době k proměně dítěte v ženu. Pokud není muž sexuálně uspokojen od své ženy, je jeho role obtížnější. U dcery se vyvíjejí sekundární pohlavní znaky, zvyšuje se váha a vytvářejí se ženské křivky. Pokud muži prožívají emočně choulostivé situace, mění se jejich způsob komunikace – stává se hrubší. To, o čem si muži myslí, že je vtipné, je pro dospívající dívku nepříjemné. Proto se dívka pak snaží své ženství skrývat a vývoj zvrátit.

### 1.5.2 Projevy anorexie

Příznaky mentální anorexie mohou být různé. Někdy jsou tak nepatrné, že si jich člověk zpočátku nevšimne nebo jim nepřisuzuje důležitost. Základní příznaky jsou:

- člověk hubne, skrývá se do oblečení větších velikostí;
- vynechává jídla s rodinou a používá výmluvy (vegetariánství, povinnosti, chce si vařit sám);
- nemocný jídlo nedojídá, vyhýbá se tukům, cukrům, sní jen lehké jídlo (zeleninu);
- hodně cvičí, běhá, má spoustu sportovních aktivit;
- pije nápoje bez cukru, dietní nápoje nebo kávu;
- nálada je většinou podrážděná, úzkostná, smutná, plačtivá;
- vyhýbá se kontaktu s ostatními (přáteli, rodinou), uzavírá se sám do sebe;
- někdy může i potají brát jídlo a přejídat se někde o samotě;
- často odchází od jídla, po jídle chodí vždy na záchod, zvracení (zápach na záchodě);
- může utrácet peníze za různé léky (na hubnutí, projímadla). (srov. Papežová, 2000, str. 20-21)

---

<sup>1</sup> srov. CHVÁLA, V. TRAPKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny*. ©2015[cit.2015-02-26]. Dostupné z <http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>.



Eva Marádová popsala ve své publikaci Poruchy příjmu potravy (2007) příznaky anorexie takto:

- změny v jídelníčku, vyhýbá se tučným či sladkým pokrmům;
- změny ve stravovacím režimu, vyhýbají se jídlu, jídlo nedojídají, jedí malé porce, přibývá výmluv a lží;
- srovnávání s ostatními, hodnotí sebe oproti ostatním, musí mít menší porce než ostatní, často žvýkají nebo kouří;
- změna chování u stolu a rychlosti stravování, jedí velice pomalu, po malých soustech, v jídle se většinou „vrtají“;
- změna chuti, hodně solí, pije kávu, přijímají nadměrné množství tekutin anebo naopak žádné;
- izolace od společnosti, chovají se samotářsky, vyhýbají se rodině, přátelům;
- nadměrný pohyb, neustále cvičí, neumí relaxovat, s čímž přichází únava, vyčerpanost;
- nadměrná kontrola svého těla a hmotnosti, často se kontrolují v zrcadle, váze se vyhýbají;
- objevuje se zácpa, větší náchylnost na zimu, chlad, porucha menstruace;
- odpor proti jídlu, neustále se vymlouvají, vyhrožují, emočně vydírají, když musí jíst, tak podvádí;

Diagnostická kritéria podle MKN-10 (Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů) :

- Tělesnou hmotnost nemocný udržuje nejméně 15% pod očekávanou úrovní, nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a níž.
- Nemocný snižuje hmotnost sám. Vyhýbá se jídlům, s velkým obsahem tuků a cukrů, nadměrně cvičí, užívá projímadla, zvrací.
- Má lživé představy o svém těle, převládá obava z tloušťky, kvůli níž si stanovuje co možná nejnižší hmotnostní hranici.
- Endokrinní porucha, u žen může dojít k přerušení menstruačního cyklu.
- Pokud se nemoc projeví před pubertou, jsou projevy puberty zpožděny nebo úplně pozastaveny. Po vyléčení dochází k normálnímu dovršení puberty. (srov. Krch, 1999, str. 14-15)

### 1.5.3 Jak může rodina nemocnému pomoci

Prvním nejdůležitějším bodem je, přiznat si problém. Jak rodiče, tak hlavně nemocný si musí uvědomit, že anorexie je velice závažná nemoc, která se musí řešit. Ačkoliv postižený anorexií si problém často nepřiznává. Papežová (2000) uvádí, že chování nemocných lze rozdělit do pěti fází:

- *Popření* – fáze na začátku onemocnění, kdy nemocný nevěří, že má nějaký problém;
- *Úvahy* – nemocní si začínají uvědomovat problém s jídlem a chováním ohledně jídla;
- *Příprava* – nemocní uvažují o prosbě o pomoc, ale svažují, jaké pro ně bude jíst zase normálně;
- *Akce* – nemocní se rozhodnou pro pomoc a začíná jejich cesta ke změně, víra, že vše zvládnou;
- *Udržení* – pokračují na cestě k uzdravení.

Podle Papežové (2000) by se rodina nebo i přátelé měli zapojit do léčby nemocného, protože hrají velikou roli ve všech fázích uzdravování. Nejprve by měli rodiče svému nemocnému dítěti sdělit jak si představují první kroky. Měli by dát prostor i dítěti k vyjádření svého názoru. Možnosti jsou různé:

- návštěva obvodního lékaře;
- návštěva zdravotníka ve škole;
- pravidelné vážení;
- jíst společně s rodinou, stravování se bez problému před ostatními.

Avšak Krch (2002) tvrdí, že nejlepšími pomocníky nejsou rodina nebo partner, protože s nimi je riziko přenášení zodpovědnosti za úspěšnost uzdravování. U mladších nemocných, rodina hraje významnější roli než u dospělých. Rodina mu pomáhá s přechodem do fází, do kterých se mu nechce (rozšíření jídelníčku, zvýšení hmotnosti, omezení cvičení...)

Je také důležité, aby lidé, kteří nemocnému pomáhají:

- nedrželi žádné diety ani hladovky;
- byli hodně trpěliví, protože nic nepůjde hned, musí naslouchat a zároveň být hodně rozhodní, nebát se připomenout nemocnému, jaký je jeho cíl;
- byli „tvrdí“, neústupní;
- byli dostupní nemocnému, aby se mohli často vídat, sdílet nové zkušenosti;
- nehráli si na záchránce, ani na rozmazlující, důležitá je hlavně podpora;
- nepřejímali problémy na sebe. (srov. Krch, 2002, str. 19-20)

Rodiče by neměli svým dětem neustále ustupovat, neměli by vařit, jen to co děti chtějí, nebo snášet jejich neustálé cvičení. Také nepomohou ani výčitky a zoufalství, i když tyto pohnutky bývají časté a nevyhnutelné. (srov. Krch, 2002, str. 191)

Nejdůležitější je začít problém řešit. I když to může být pro rodiče těžké přiznat si váhu problému, měli by zajít za lékařem a domluvit se s ním na dalších krocích. Protože není jednoduché a většinou ani možné, aby rodina zvládla léčbu sama, vlastními silami.

#### **1.5.4 Léčba**

V současné době existuje mnoho způsobů léčby. Pokud jde o nemoc dítěte, pomoc většinou vyhledávají rodiče nebo příbuzní, protože dítě si většinou problém nepřipouští. V psychoterapeutických léčbách je nutná spolupráce klienta, ale většina klientů - dětí je neochotných. Ale účinná může být pomoc a podpora ze strany rodičů, učitelů, sociálních pracovníků, vrstevníků apod. (srov. Elliott, 2002, str. 19)

Léčba je tvořena třemi léčebnými postupy:

- nejprve musí dojít k léčbě organismu, který je poškozen podvýživou, zvracením nebo konzumací projímadel a dalších léků;
- psychoterapie, která může nemocnému pomoci pochopit důvody vzniku jeho nemoci a další informace týkající se jeho stavu;
- psychoterapie, která je pak zaměřená na změnu stravovacího režimu nemocného a na změnu životního stylu vůbec. (srov. Marádová, 2007, str. 19)

Podle Papežové (2013) jsou rozlišeny tři stádia léčby:

- zvýšit hmotnost tak, aby neohrožovala zdraví nemocného;
- boj s problémy týkajícími se jídla;
- uvědomění si vlastní osobnosti, rysů.

### **Léčba rozhovorem**

Přirozenou a základní terapií je rozhovor s jinou osobou, jíž může sdělit vše, co nás trápí, ale i těší. Ačkoliv v dnešní době od sebe mají lidé dál než dříve, komunikace je velmi chudá a bez jakékoli empatie. Ačkoliv je rozhovor účinný pro řešení každodenních trablek, nestačí na dlouhodobé problémy. (srov. Elliott, 2002, str. 19)

Podpůrná forma rozhovoru se označuje jako poradenství. Ve vztahu k dětem se tento termín používá jako označení procesu naslouchání problémů, poskytování rad apod. Poradenství pomáhá vyjádřit emoce, které jsou ve spojení s bolestnými zážitky. Klienti se učí vyjadřovat své pocity a osvojují si chování, které jim pomůže v obtížných situacích. Poradenství je v dnešní době funkční také jako prevence, kdy nabízí pomoc okamžitě po události, která jim způsobila traumatizující zážitek. (srov. Elliott, 2002, str. 20)

Poradenství je možné rozlišit do tří různých cílů, kterých se snaží dosáhnout:

- Nejobecnějším cílem poradenství je, aby se klient uzdravil. V tomto ohledu se tedy překrývá s cílem zdravotnické a sociální služby. Cílem je napomáhat přijetí dítěte jeho sociálním prostředím, napomáhat udržování manželství a jeho harmonie, napomáhat člověku, aby byl schopen rozvíjet sociální vztahy, zapojoval se do společnosti a byl schopen seberealizace.
- Dalším cílem je změna v sociálním prostředí dítěte, nejčastěji je to tedy změna ve výchově a postojích rodičů. Zde poradenská služba využívá diagnostické a terapeutické metody a postupy, ze kterých si pracovník vybírá ty, které jsou v daném případě nejlepší.
- Posledním cílem je individuální cíl, který se týká konkrétního případu v jeho konkrétní situaci. Příkladem může být – styk dítěte s otcem, pomoc najít dítěti náhradní rodinu, najít mateřskou školku, která by přijala dítě s Downovým syndromem apod. (srov. Matějček, 1992, str. 9-11)

Rodiče by se měli vždy domluvit s odborníkem jak postupovat a jaké kroky budou rodinu a nemocného čekat dál. Zda musí dojít k hospitalizaci dítěte anebo bude stačit ambulantní péče.

### **Svépomocné skupiny**

Svépomocné skupiny se většinou využívají u pacientů, kteří vykazují mírnými známkami onemocnění. Avšak pro většinu pacientů není svépomoc dostačující. (srov. Krch, 1999, str. 131)

Svépomocné skupiny, ale mohou být dobrým odrazovým můstkem pro každého trpícího anorexií. Tady zjistí, že ve svém problému není sám a dozví se informace, které mu mohou být užitečné do budoucna. (srov. Papežová, 2013, str. 41)

### **Formy psychoterapie**

*Individuální terapie* – Při této terapii je přítomen pouze pacient a terapeut. Avšak na přání pacienta mohou být přizváni třeba rodiče. Individuální terapie se využívá v situacích, kdy rodinná situace nezpůsobila pacientův stav nebo problémy.

*Skupinová terapie* – Zde setkáváme se dvěma typy skupinové terapie. V prvním případě se terapie odehrává jako individuální terapie, kde se pacienti léčí více méně jako samostatní jedinci a ostatní členové skupiny vytvářejí jen prostředí pro terapii, nebo těží z dané problematiky pro řešení svého problému. Ve druhém případě se skupinová terapie chápe jako terapie skupiny. Zde je úkolem terapeuta podpořit a rozvíjet spolupráci a komunikaci ve skupině. Hlavní je získání kognitivně behaviorálního porozumění vlivům, které stanovují atmosféru ve skupině, a tomu jak se každý člen skupiny jednotlivě podílí na řešení problémů skupiny v komunikaci. Důležitým aspektem skupinové terapie je, že jsou zde pacienti se stejnými nebo podobnými problémy apod.

*Rodinná terapie* – Tato terapie vychází z přesvědčení, že problémy jedince souvisí s komplikacemi v rodinném systému. Více o rodinné terapii bude napsáno v následující kapitole. (srov. Vymětal a kol., 2004, str. 68-71)

*Kognitivně behaviorální terapie* – Tato terapie je vhodná pro pacienty, kteří mají středně těžké až vážné symptomy. U anorexie se kognitivně behaviorální terapie doporučuje pro klinické účely. Hlavním tématem u této poruchy je pacientovo mínění, že hmotnost,

štitlost jsou to nejdůležitější, co vypovídá o jeho hodnotě. Je velice důležité vytvořit takový vztah mezi pacientem a terapeutem, který bude založen na spolupráci a spolehlivosti. (srov. Krch, 1999, str. 129)

### **Ambulantní lékařská péče**

Tato péče není zaměřena na vyléčení se z anorexie, ale její zaměření spočívá v navrácení pacientky do stavu somatické a psychické rovnováhy. Je praktikována buď individuálně, nebo ve skupině s konzultacemi a za přítomnosti lékaře. V případě nutnosti by měli lékaři kontrolovat tělesnou hmotnost a další důležitá hlediska, týkající se zdravotního stavu. (srov. Krch, 1999, str. 130)

### **Hospitalizace a částečná hospitalizace**

Pobyt v nemocnici není zaměřen jen na fyzické hledisko, ale zabývá se i psychickou stránkou nemoci. Existuje několik směrnic, které pomáhají při rozhodování o potřebě hospitalizace nemocného:

- nutnost vrátit se k normální tělesné váze nebo zastavit ztrátu hmotnosti u vyhublých pacientů;
- přerušení zvracení, konzumace projímadel v situacích, když jsou ve spojení se somatickými problémy, nebo když ohrožují zdraví pacienta;
- zhodnocení a léčba dalších zdravotních problémů;
- léčba jiných stavů, které jsou ve spojení s anorexií - deprese, sebepoškozování, zneužívání psychotropních látek. (srov. Krch, 1999, str. 129)

Musí být zvolen vhodný druh léčby a je nutno zvážit, zda je pacient v nebezpečí, že jeho situace vyžaduje hospitalizaci. K hospitalizaci také může dojít z důvodu, že pacient nereagoval na psychologickou léčbu. Pokud je stav pacienta optimistický, je doporučena krátkodobá hospitalizace, která má za cíl stabilizovat zdravotní stav pacienta. Tato hospitalizace zahrnuje psychologické poradenství s navázanou ambulantní psychoterapií. Krátkodobá hospitalizace není vhodná pro pacienty nadměrně vyhublé. Protože u pacientů s mentální anorexií je cílem získání normální hmotnosti. Rychlost zvýšení hmotnosti je kolem jednoho až jednoho a půl kilogramu týdně. Nejvýhodnějším typem léčby pro anorektické pacienty je částečná hospitalizace, která poskytuje jídelní režim a intenzivní terapii tak, že se pacient nemusí vzdávat podpory nebo úkolů mimo nemocnici. (srov. Krch, 1999, str. 129 – 130)

## 1.6 Rodinná terapie

Důvodem vzniku rodinné terapie je fakt, že stav lidí po individuální terapii se zlepšil, ale když se vrátili domů, jejich stav se opět zhoršil. Proto bylo důležité, aby se problém hledal v celé rodině a začal se řešit. Pokud dítě trpí duševní poruchou, musí se léčit celá rodina. Protože pokud se něco děje s jedním členem rodiny, je zřejmé, že je něco špatně s celým rodinným systémem. (srov. Lovasová, 2006, str. 20)

Rodinná terapie do středu pozornosti neklade pouze jedince, ale rodinu jako celek. Jak už bylo výše uvedeno, vychází z předpokladu, že problémy jedince jsou způsobeny komplikacemi v rodinném systému. Jedinec se projevuje z důvodu narušení vztahů v rodině. Běžné pojetí rodinné terapie zastávalo, aby se s terapeutem scházeli všichni členové rodiny společně. Je hovořeno o tzv. společné rodinné terapii. Při tzv. součinné rodinné terapii je přítomno více terapeutů, kteří pracují odděleně s jedním či více členy rodiny. Je důležité rozhodnout jakou formu rodinné terapie využít, to se odvíjí od zakázky, se kterou rodina přichází. Důležitá je také motivace celé rodiny ke změně. (srov. Vymětal a kol., 2004, str. 71-73)

Rodinná terapie vychází z přesvědčení, že problémy vznikají z důvodu špatné interakce, která je mezi jednotlivými členy v rodině a mezi členy rodiny a sociálním okolím vůbec. (srov. Barker, 2012, str. 33)

Podle Minuchina (2013) se rodinná terapie zabývá zpětnou vazbou mezi podmínkami v okolí a nemocným člověkem – změnami, které zapříčiňuje ve svém okolí a tím jak reakce tohoto působení ovlivňuje jeho další činy. Rodinná terapie používá techniky, které mění lidi s tím, jak se mění jejich postavení. Když se mění vztah mezi člověkem a tím co je mu známé, mění se i jeho zkušenost. A úkolem terapeuta je změnit rodinnou strukturu tak, aby změnily i zkušenosti jednotlivých členů rodiny. Minuchin provedl společně s Bakerem výzkum dětských psychosomatických onemocnění, ze kterého vyplynulo, že děti jsou velice citlivé na stres, který zasáhl celou rodinu. Proto u nich mohou vznikat různá onemocnění z důvodu stresové situace v rodině. (srov. Minuchin, 2013, str. 26-27)

### 1.6.1 Cíl rodinné terapie

Podle americké Encyklopedie zdraví dětí<sup>2</sup> je cílem rodinné terapie pomoc členům

---

<sup>2</sup> srov. SISK, E. Family therapy. *Encyclopedia of Children's Health*. ©2015[cit.2015-02-26]. Dostupné z <http://www.healthofchildren.com/E-F/Family-Therapy.html>.

rodiny zlepšit jejich komunikaci, řešit rodinné problémy, pochopit a zvládnout různé situace, které se v rodině odehrály (smrt, tělesná nebo duševní nemoc apod.) a zlepšit fungování rodiny jako celku. Pro rodiny, jejíž součástí je člen s duševním nebo tělesným onemocněním, může být terapie přínosná ohledně přínosu informací o nemoci, která postihla jejich člena rodiny, a o způsobu pomoci nemocnému. Pro děti a dospívající se rodinná terapie využívá při úzkostných stavech nebo poruch nálad a chování, které ovlivňují rodinu a její fungování. Z rodinné terapie mohou těžit i rodiny, které pocházejí z jiného etnického, náboženského a kulturního prostředí, nebo rodiče stejného pohlaví, kteří pečují o děti.

Podle Minuchina (2013) je rodinná terapie, terapie činu. Cílem této terapie je změna přítomnosti, ne zabývání se minulostí. Minulost už změnit nelze. Terapeut se tedy snaží o změnu v rodinném systému. Měl by změnit postavení jednotlivých členů rodiny. Změnou postavení se mění jejich zkušenosti a zážitky. Terapeut si tedy vybere nějaké vlastnosti rodiny, s nimiž bude během terapie pracovat. Cílem terapie není vzdělání rodiny nebo její zespolečnění, ale spíše společné pozměnění fungování rodiny, aby lépe splňovala své základní funkce.

Podle Vymětala (2004) je cílem rodinné terapie dosáhnout účinných změn v rodinném systému. Změny, které nastanou u jednotlivců, pak zapříčiní změnu v celé rodině. Jedná se o změny zásadní, nikoli povrchové, jen „na oko“. Pokud dojde ke změně komunikace mezi členy rodiny, může se vyřešit spousta zásadních problémů.

Podle Virginie Satirové (2012) je cílem rodinné terapie integrace nezávislosti u jednotlivých členů rodiny, s nutností integrity celého rodinného systému. Také pak naučit jednotlivé členy rodiny dělat vlastní rozhodnutí. Zdůrazňuje, že cílem není potlačení příznaků nemoci, ale podpora zdraví.

Terapeut by měl rodině pomoci najít jádro problému a řešení, které jim pomůže zase normálně fungovat.

### **1.6.2 Průběh rodinné terapie**

Pro rodinu je důležité vědět, jak terapie bude probíhat, aby věděli, do čeho jdou a co je vlastně čeká. Je také zřejmé, že první terapeut nemusí být zrovna ten pravý. Někdy člověku nesesedne jeho přístup nebo neproběhnou vzájemné sympatie. Proto by se rodina neměla bát, v případě nespokojenosti, zvolit terapeuta jiného.



Rodina se během terapií setkává s jedním nebo dvěma terapeuty. Terapeut pozoruje vztahy mezi jednotlivými členy rodiny, a jak může jeho chování ovlivňovat fungování rodiny. Někdy může dokonce terapeut navštívit rodinu doma, aby viděl, jak mezi členy rodiny probíhá komunikace v přirozeném prostředí. Terapeut vede rodiče, aby sledovali své chování i dětí a uvědomili si, jaké reakce vyvolávají problémy a změnili tedy přístup k těmto reakcím. (srov. Lovasová, 2006, str. 20-21)

Průběh terapie je popsán z knihy Rodinná terapie (2003) od Gjuričové a Kubičky, protože popisují nejzákladnější formu terapie s rodinou.

### **První rozhovor**

Když rodina přichází k terapeutovi se svým problémem nebo s problémem jednoho člena rodiny, dochází k prvnímu rozhovoru. První komunikace s terapeutem je velice náročná. Klienti musí mít hodně odvahy, protože mluví o citlivých, nepříjemných a intimních věcech s člověkem, kterého vidí poprvé a vůbec ho neznají. Terapeut se během chvíle musí orientovat v množství informací a dělá rozhodnutí, která ovlivňují další postupy terapie. Cílem prvního rozhovoru je hlavně seznámit terapeuta s rodinou a rodinu s terapeutickým prostředím. Dalším bodem rozhovoru je vytvoření důvěry mezi klienty a terapeutem. Důvěra je nutná k tomu, aby terapie probíhala dobře a správně. Během rozhovoru terapeut získá množství informací, se kterými musí pracovat. Na konci prvního sezení dochází k domluvě, jak bude terapie pokračovat dál. Může se stát, že situace je tak zřejmá, že se jen domluví další termín sezení, jindy je potřeba dohoda. Pokud si terapeut myslí, že bude potřeba více sezení v pravidelných intervalech, musí dojít k dohodě. Nebo pokud klienti vypadají nejistě, navrhne jim terapeut, aby se ozvali, pokud se budou chtít znovu sejít. Dále by se měl terapeut s klienty domluvit na zakázce, tedy o tom, co od něj čekají. Nesmí se však zapomenout na to, že zakázka je společná práce terapeuta a klientů.

### **Pokračování terapie**

Pokud se tedy terapeut s klienty domluví na dalším sezení, terapie pokračuje. V rodinné terapii trvá delší dobu, než bude další sezení. Díky tomu rodina může zpracovat, co se dozvěděla na minulém sezení a zkouší rady praktikovat. Terapeut si může promyslet případ rodiny, popřípadě se může poradit s kolegy, jak by mohl pokračovat. Terapie je

cesta, která vede k hledání. Člověk nikdy neví, na co během konzultace narazí, proto nikdy nemůže být udán přesný směr terapie. Důležitá je hlavně komunikace.

### **Intervence**

Vše co se na sezení odehrává, je případnou intervencí (zásahem), která může klienty ovlivnit. Intervence je právě ta chvíle v terapii, kdy se terapeut snažit způsobit změnu. Někteří terapeuti využívají intervencí v průběhu sezení podle toho jak je hovor logický. Intervencí může být specifický způsob kladení otázek. Jiní terapeuti využívají intervence až na konci sezení. Před touto intervencí se může terapeut poradit s týmem nebo je zde koterapeutická dvojice.

### **Ukončení terapie**

Během terapie si klienti zvykají na terapeuta, terapeutické prostředí a vůbec na celou situaci, která je potkala a musí ji řešit. Pro klienty už terapeut není tak zajímavý, překvapivý, a nepřináší už tolik nových návrhů. Ale s terapií by se dalo pokračovat donekonečna, poněvadž se vždy objeví podněty, které by se daly řešit. Vždy je dobře, když si všichni odpovědí na otázku, kdy terapie skončí, včas. Někdy obě strany odsouhlasí ukončení terapie, jindy ne. Často se stává, že klienti, u nichž dochází k ukončení terapie, přichází s novými problémy, které potřebují řešit. Terapeut si však musí odpovědět na dvě otázky: Opravdu potřebují pokračovat v terapii, anebo se jen bojí žít bez pomoci terapeuta?

## 1.7 Změna rodinného systému vlivem duševního onemocnění dítěte

Důvod vzniku psychických onemocnění není zcela jasný. Zřejmé je jen to, že vznik ovlivňují dědičné faktory a vlivy prostředí. Mezi vlivy prostředí řadíme i rodinu. Pokud má být rodina stabilní, je nutné, aby všichni členové rodiny byli psychicky zcela v pořádku. Když nejsou, dochází k ovlivnění celého rodinného systému. (srov. Matoušek, 2003, str. 120)

### 1.7.1 Primární rodina

Duševní nemoc, nebo i konkrétně anorexie, může rodinu ohrožit, ale i úplně rozložit. Objevují se pocity strachu, smutku, obav, které zatěžují spolupráci v rodině. Treasure přirovnává rodiče a děti k jezdcům, kteří jsou nabití negativními opačnými emocemi. Jezdci jedou proti sobě, a buď se střetnou a zlámou se, anebo společně zůstanou na mrtvém bodě. Srážky způsobují jen utrpení. Lepší je, se přizpůsobit jízdě druhému a zkusit ho z cesty vytlačit. Nářky, prosby a zlost k ničemu dobrému nepovedou. Hlavní je, udržovat si svůj život a nezapomínat na ostatní členy rodiny. (srov. in Papežová, 2000, str. 23-26)

Psycholog Martin Šťastný v rozhovoru pro internetový portál Lidé mezi lidmi<sup>3</sup> zmínil, že rodina z počátku problém dítěte popírá, doufá, že jde jen o chvilkovou záležitost, která přejde. Nemoc do rodiny vnáší zmatek a překvapení. Později nastává chvíle, kdy se rodina začíná o onemocnění zajímat - jak jej řešit, jak dlouho bude trvat léčba apod. V rodině může být velkým rizikem tzv. vyhoření, kdy rodina už nemá sílu situaci snášet. Ale najdou se lidé, kteří mají k onemocnění aktivní přístup a snaží se zjistit co nejvíce informací, aby nemocnému pomohli.

Podle Matouška (2003), je po vypuknutí nemoci u rodiny vyvolána reakce, která se nazývá dvoufázová nálepkovací reakce. Pro první fázi je typické, že rodina svůj kontakt s nemocným zesílí, protože se snaží chování nemocného „normalizovat“, když se jim to nepodaří, kontakt s nemocným omezí, anebo ho předají do rukou psychiatrického ústavu. Rodina propadá úzkostným stavům, protože neví jak má blízkému pomoci. Z tohoto důvodu by rodina měla být podporována během hospitalizace nemocného, tak i po ukončení hospitalizace. Měla by být snižována úzkost rodiny a dávat rodině naději, že se jejich blízký uzdraví. Důležitá je také podpora rodiny v zájmu o pacienta. Před

<sup>3</sup> srov. ŠŤASTNÝ, M. Duševní nemoc zasáhne celou rodinu. *Lidé mezi lidmi*. ©2015[cit.2015-02-26]. Dostupné z <http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/dusevni-nemoc-zasahne-celou-rodinu>.

tím, než se nemocný vrátí domů, by se mělo s rodinou naplánovat, jak s nemocným budou pracovat dál, také by se rodina měla naučit rozpoznat, kdy hrozí návrat problémů, a také se naučit snášet určité projevy nemocného, které by mohli negativně ovlivňovat rodinu a mohli by způsobit návrat pacienta do ústavu.

Vztahy k nemocnému bývají ambivalentní, na jednu stranu lidé nemocnému podávají pomocnou ruku, ale na druhou stranu se na něj zlobí, že si nemocný sám ubližuje. Někdy mohou mít lidé k nemocnému odpor (zvracení, shromažďování a schovávání potravy). Nemocný neustále lže a vymýšlí si různé výmluvy apod., z tohoto důvodu může dojít k jeho izolaci, protože rodina nemusí mít síly mu takové chování trpět. (srov. Vágnerová, 2012, str. 124)

### **1.7.2 Partneři**

Často dochází k tomu, že se rodiče mezi sebou obviňují za vznik nemoci jejich dítěte. Mezi rodiči/partnery dochází ke konfliktům a hádkám, které nikam nevedou. (srov. Krch, 2002, str. 191) Jak už bylo uvedeno, konflikty mezi partnery už mohly převládat před vypuknutím nemoci a mohly vznik anorexie u dítěte podnítit. Anorexií dítěte se konflikty mohou ještě prohloubit, protože se rodiče dostávají do situace, kterou neznají a nevědí jak si s ní poradit. Podle Matouška (2003) se také někdy stává, že manžel/otec neunesse tíživou situaci a zažádá o rozvod.

Výzkumy ukázaly, že péče o nemocného má vliv na distres pečujících osob. Péče je pro ně určitým břemenem a potřebují podporu. Rodiče také často pociťují pocity viny a studu, také mají potřebu pomoci, v emoční i praktické oblasti, v jednání s nemocným členem. Z výzkumu také vyplývá, že si rodiče uvědomují dopad na rodinu kvůli nemoci a dávají si vinu za vznik anorexie u svého dítěte. Pečující také uváděli jako důležité, aby měli co nejvíce informací o léčbě (nejen o léčbě dítěte, ale i oni sami se chtěli do léčby zapojit) a potřebě mluvit s někým, kdo má s touto situací zkušenosti. Hlavně otcové nebo partneři chtěli přímé rady, jak mluvit s nemocným dítětem a jak správně reagovat na různé situace (co dělat když nejí, chce zvracet apod.). Partnerský vztah otce a matky je pod velkou zátěží. Rodiče by spolu měli komunikovat, hledat řešení a kompromisy. Stává se, že partnerský vztah chrání muž, který chce se svou manželkou trávit volný čas a vypnout od negativních myšlenek. Avšak manželka takové chování může brát jako nezájem o dceru a opět dochází ke sporům a konfliktům. Důležité je, aby rodiče

vyhledali odborníka, který podpoří rodiče ve společné cestě k uzdravení jejich dítěte, naučí je řešit konflikty konstruktivně a poukáže na další oblasti, které spolu rodiče musí vyřešit a zaměřit se na ně apod. Tímto je partnerský vztah posilován a nemoc jejich dítěte pro ně není takovou hrozbou. (srov. Černá, 2008, str. 12-20)

### **1.7.3 Sourozenci**

Rodiče se často upínají na nemocné dítě, že zapomínají na ostatní děti, které jsou součástí rodiny. Proto pak mohou děti strádat, protože je větší část pozornosti kladena na nemocného. Děti velice často nechápou, co se s jejich sourozencem děje. Nerozumí tomu, ale nemohou chápat něco, co nechápou ani rodiče. Je zřejmé, že rodiče dávají větší díl pozornosti nemocnému, protože se jej snaží zachránit. Mezi sourozenci pak může docházet i k žárlivému chování, ale většinou k tomu nedochází, protože děti vnímají emoce rodičů. Sourozenci pak mají různé role, někteří se zapojí do pomoci a jiní se uzavřou a nikoho k sobě nepustí. Dospívání je spjato s odmítavým postojem i v normální funkční rodině, ale v rodině s anorexií se tento postoj ještě zesílí. Proto je zde veliké ovlivnění sourozenců. Je důležité dětem vysvětlit, že nejsou zodpovědní za nemoc blízkého, a že by se neměli divit nebo se zlobit za jeho podivné chování. Hlavní je v rodině udržovat rovnováhu a bránit dětem, aby braly za své role, které přísluší dospělým. (srov. Claude-Pierre, 1998, str. 197-198)

Další děti, které jsou zdravé, mohou udržovat rodinu ve správném fungování. Pomáhají rodičům zapomenout na nemoc jejich sourozence. Mají také větší odstup od nemoci. (srov. Černá, 2008, str. 20)

## ***1.8 Rodina se zdravotně postiženým dítětem***

Děti, které jsou postižené, přicházejí na svět, stejně jako děti zdravé, do hmotně i psychologicky nachystaného prostředí. Když rodiče zjistí, že s jejich dítětem není vše tak, jak má být, dochází k šoku a změně jejich představ. Je zřejmé, že bude ovlivněn celý rodinný život. Rodiče musí změnit hodnoty, které uznávali, změnit rozvrh dne a plánování budoucnosti. Po prvotním otřesu, by se rodiče měli na dítě dívat jako na dar, na životní úkol. K tomuto obratu by měli dopomáhat i nejbližší lidé rodiny. Postižené dítě přináší do rodiny napětí a zátěž. Rodiče jsou citlivější na neopatrná slova, nebo na netaktní chování okolí. Kvůli dítěti mají rodiče méně času, více tělesné námahy a také větší výdaje. Duševní stav rodičů se odráží i do jejich vztahů k okolí, k přátelům, k práci apod. Z těchto stran jsou pak rodiče také hodnoceni, kritizováni, setkávají se s povzbuzením, ale i s předsudky, a pozornost se obrací k původci těchto problémů – k postiženému dítěti. Kvůli těmto okolnostem, pak dochází ke špatným výchovným postojům rodičů. Stává se, že rodina sportovců má nevraživý přístup k postiženému dítěti, které nedokáže co oni. Nebo intelektuální rodina chce, aby jejich dítě dosahovalo větších výsledků než je schopno z důsledku postižení. V těchto případech je dítě ohrožováno tresty, útlaky, omezeními, jako by bylo samo vinné za své obtíže. Jindy se rodiče až přespříliš snaží dítěti pomoci. Neustále ho posílají na nová vyšetření, na léčení apod. Ve všech případech může dojít k nesprávnému vývoji osobnosti dítěte, že pak není možné u něho vytvořit návyky a postoje, které jsou žádoucí. Může dojít k tomu, že dítě nebude chtít spolupracovat, ani ve výchově ani při léčbě. Existuje desatero, které by mělo rodičům pomoci rodičům s postiženým dítětem.

1. Pozitivní přijetí skutečnosti – Rodiče se musí s postižením dítěte smířit, proto by jim lékař měl vysvětlit, co postižení obnáší.
2. Spolupráce širší rodiny – širší rodina by měla také znát všechny informace, které se týkají postižení. Protože jejich postoje ovlivňují domácí atmosféru.
3. V péči pracovat účelně – Rodiče by neměli zbytečně plýtvat časem, energií, odhodláním apod. Měli by se soustředit na ty směry, kde je naděje dítěti pomoci.
4. Zbavit se pesimismu a zajistit šťastné dětství – Pro rodiče je tohle nejdůležitější úkol. I oni sami by měli prožívat svůj život šťastně.
5. Hrdinství – Rodiče toho musí spoustu vydržet, překonat překážky, obstát.
6. Příprava dítěte vzdělávat se – Hlavní je vybudovat předpoklady pro vzdělání. Dodat dítěti chuť vzdělávat se, rozvíjet tvořivost.
7. Nesrovnávat postižené a zdravé děti – Dát dítěti pocit, že je užitečné.
8. Udržovat si optimismus ve výchově –

Neztráčet naději, když se něco nedaří, ale povzbuzovat dítě. 9. Dávat si pozor na obranné postoje – Lidé, kteří se s postiženým stýkají, jsou ve svém chování nejistí, dávají si pozor na slova, vyhýbají se nepříjemným tématům. Rodiče pak pociťují, že se jim lidé spíše oddalují. Dalším obrannou může být familiární tón, kterým mohou přátelé mluvit, aby zastřeli nejistotu. Posledním obranným mechanismem je, že lidé mohou tvrdit, že rodiče jsou vinni za postižení svého dítěte. Rodiče by se těmto postojům měli vyhýbat. 10. Postoj sympatie – Lidé často neví, jak se k rodičům postižených dětí chovat. Neměli by se vtírat, ale dát najevo porozumění, nevnucovat se, pokud rodiče o dítěti mluvit nechtějí, vyslechnout si co mají na srdci, popřípadě poskytnout pomoc. (srov. Matějček, 2001, str. 25-34)

Život pečujících rodin o zdravotně postiženého člena se ztěžuje a ubírá na pohodě. Michalík a kol. (2011) uvedli výzkum, ze kterého vyplývá, že většina pečujících osob je více unavených, ztrácí schopnost užívat si volný čas, ztrácí osobní vyhlídky do budoucnosti. Dále většinou uvádějí, že deprese, smutek a ztráta pocitu kontroly se u nich objevuje zřídka kdy. Důležité však je, jak tyto pocity ovlivňují fungování rodiny. V dalším výzkumu se zjišťovalo, jak se zhoršily různé aspekty rodinného života a osoby, která o postiženého pečuje. Většina lidí uvádí, že se zvýšila izolace rodiny, pečujících osob od ostatních lidí, také došlo ke zhoršení společenského života rodiny, ale na druhou stranu uvádí, že jsou hrdí na to, co dokázali díky tomu, že se o postiženého člena starají. Ale musíme zdůraznit, že na otázku, zda se zhoršily vztahy mezi jednotlivými členy v rodině, nejvíce pečujících odpovědělo – ne.

Je zřejmé, že péče o zdravotně postiženého člena přináší určité problémy. Vše se také odvíjí od druhu a míry postižení člena rodiny. „Dlouhodobá domácí péče o člena rodiny s těžkým zdravotním postižením představuje sociální událost, která je jen obtížně srovnatelná s postavením tzv. běžných rodin.“ (Michalík a kol., 2011, str. 107)

### ***1.8.1 Srovnání dopadů na rodinu s dítětem s anorexií a rodinu s dítětem se zdravotním postižením***

Úloha rodičů, jak s dítětem nemocným anorexií nebo s dítětem postiženým, je velice těžká, ale nesmírně důležitá. V obou případech se role rodičů stává významnější než kdykoliv předtím. V případě anorektického dítěte, jde o záchranu života, u dítěte postiženého není významnost role rodičů o nic menší, protože musí své dítě vést a učit

ho, aby mohlo žít takový plnohodnotný život, jaký bude v jeho silách. Avšak nesmí být opomenut fakt, že rodiče dítěte s anorexií neprožívají takovou tíživou situaci celý život. Anorexie se objeví a pak může zmizet, ale nemusí. I když se zdá, že je dítě zdravé, anorexie se může z ničeho nic projevit znovu. Proto je důležité všimnout si neustále maličkostí, aby předešli znovu stejnému trápení. Ale rodiče s postiženým dítětem provází své dítě od narození až do dospělosti, a pokud je postižení závažnější, doprovází své dítě až do smrti. Což znamená neustálý výdej energie, času, pozornosti apod. Rodiče v obou případech zažívají pocity úzkosti, zoufalosti, smutku, ale rodiče anorektického dítěte doufají v budoucnost bez anorexie, zatímco rodiče postiženého dítěte přemýšlejí nad pokračováním života svého dítěte dále s postižením.

Podle Matouška (2003) se může stát, že matky (anorektického i postiženého dítěte) budou zanedbávat ostatní sourozence nebo i manžela. Protože jejich pozornost je hlavně kladena na nemocné dítě. U otců postižených dětí, tak i vážně nemocných, se zvyšuje riziko řešení situace rozvodem. Matoušek také podotýká, že u obou rodin, dochází k oslabení rodinných pout. Rodina se stává nešťastnou z události, která je potkala a uzavírá se před světem.

Není možné říci, zda je anorexie nebo postižení dítěte horší, ale může být podotknuto, že obojí klade na rodinu velký tlak a nápor, se kterými se musí členové rodiny vypořádat, aby jejich rodina byla funkční a šťastná.



## **2 Dopady anorexie na rodinu**

### **2.1 Cíl práce**

Cílem výzkumu je zjistit, jakým způsobem nebo zda vůbec, ovlivňuje anorexie<sup>4</sup> dítěte vztahy v rodině a rodinné fungování a z jakého důvodu, podle názoru rodičů, se vyvinula anorexie u jejich dítěte.

Zdůvodnění cíle - na základě odborných zdrojů, které pojednávají o správném fungování rodiny (viz str. 10-17 této práce), o rodinných interakcích (viz str. 15-16 této práce), o poruchách rodiny (viz str. 18-19 této práce) a o vzniku anorexie vůbec (viz str. 21-24 této práce) zhodnotím, jak závažné jsou dopady anorexie na rodinné fungování a vztahy a zda rodina může ovlivnit vznik anorexie u dítěte.

### **2.2 Výzkumné otázky**

Na základě cíle byly sestaveny tyto výzkumné otázky:

#### Výzkumná otázka číslo 1:

Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte? (Papežová, Krch viz str. 21-23 této práce)

#### Výzkumná otázka číslo 2:

Jak jste problém řešili? (Papežová, Krch viz str. 26-27 této práce)

#### Výzkumná otázka číslo 3:

Jaké vztahy mezi vámi byli před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (dětmi) a rodiči. (Jacob, Satirová, Riskin, Matoušek viz str. 15-16 této práce)

#### Výzkumná otázka číslo 4:

Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný? (Trapková, Chvála viz str. 23-24 této práce)

---

<sup>4</sup> Jsou známy různé druhy poruch příjmu potravy – anorexie, bulimie, psychogenní přejídání. Výzkumnice se zaměřila jen na děti anorektické.

#### Výzkumná otázka číslo 5:

Jaké vztahy jsou mezi vámi teď? (upraveno cíleně na problematiku dětí s anorexií, volně viz. Matoušek, Papežová, Vágnerová, Krch, Černá, Matějček, Michalík viz str. 35-37 této práce)

#### Výzkumná otázka číslo 6:

Jakým způsobem jako rodina fungujete? (Komunikace, koheze, pravidla, hranice, rodinné rituály.) (Sauber, Skynner, Sobotková, Matějček viz str. 14-16 této práce)

### **2.3 Metodika práce**

Ke zjištění cíle bakalářské práce byla použita metoda rozhovoru a následným zpracováním šesti kazuistik. Cílovou skupinou byli rodiče nebo pečující osoby, jejichž dítě trpí nebo trpělo poruchou příjmu potravy.

Anorexie je velice osobní a intimní záležitost, o které lidé často neradi mluví, proto se kontakty na rodiče (k oslovení respondentů výzkumu) anorektických dětí nacházely obtížně. Organizace, které se zabývají pomocí těmto rodinám, přísně střeží jakékoliv informace o svých klientech, což je pochopitelné. V tomto případě tedy nezbývala jiná cesta realizace výzkumného šetření než internetové stránky<sup>5</sup>, které jsou zaměřené na nemocné anorexií a pomoc jejich rodinám, anebo osobní známosti autorky výzkumu. Ke kontaktu s rodiči, nebo pečujícími osobami docházelo většinou přes emailovou adresu. Jen s jedním respondentem došlo k osobnímu setkání. Respondenti nejprve hovořili o celé situaci ze svého pohledu rodiče, a poté jim byly kladeny výše uvedené otázky.

Jak už bylo zmíněno, bylo velice těžké se s rodiči nemocných dětí spojit, proto sběr dat probíhal od měsíce května 2014.

### **2.4 Rozhovory s respondenty**

Bylo dotazováno pět respondentů, kteří zpočátku o své situaci hovořili sami, podle toho co pokládali za důležité sdělit. Poté jim byly kladeny otázky, na které odpovídali.

---

<sup>5</sup> www.pomocppp.cz, www.rodina.cz – diskuze: porucha příjmu potravy

## **Respondent č. 1: Radka**

Jsem rodičem dívky nemocné anorexií. Moje dcera byla v 17 letech hospitalizována 5 měsíců v Motole. Při váze 32 kg dokázala studovat, neustále cvičit a to opravdu jen o vodě. Svačiny, které jsem jí dávala, schovávala. Proto byla lékařem navrhována hospitalizace. Dcera s lékaři i s psychology neustále bojovala. Zděsilo mě, když mi řekli, že nikdy neviděli nikoho tak urputně rozhodnutého, dotáhnout tento stav do konce. Nakonec se po 5 měsících vrátila domů, pro lékaře s váhou dostačující, ale pro ni odpornou a hrůznou. Doma jsme ji museli neustále hlídat, zda jí, necvičí apod. Do 18ti let si držela stabilní váhu, ale jakmile dosáhla plnoletosti, vše se zhroutilo. Naše veškeré snahy, naděje byly najednou pryč. V 19 letech měla 39 kg na 159 cm, teď jí bude 20 let a já si netroufám odhadovat kolik má kilo. Dcera další léčbu odmítá, můžeme prosit, naříkat, vyhrožovat, plakat, ale nic nezabírá. Dcera si jde prostě za svým. Když spolu vedeme dlouhý rozhovor, celou dobu mlčí a nakonec mi jen odpoví větou, kterou znám nazpaměť: „Až ještě zhubnu, budu spokojená.“ Anorexie s sebou nese fyzické utrpení – bolesti, průjmy, zvracení, ale také psychické změny. Dcera se změnila k nepoznání – neustálé změny nálad, zlostné výbuchy, vulgární vyjadřování. Už jsem se obrátila na odborníky, organizace, na jaké jsem mohla, ale všude mi řeknou, že je plnoletá a nedá se nic dělat. Jsem zoufalá. Celá rodina tím trpí, ale dceři jak kdyby to bylo jedno. Mám ještě mladší dceru a je hrozné, když se mě mladší dcera ptá, zda její sestřička neumře. Je to neustálý boj – já jsem ta otravná matka, co chce, aby její dcera žila. V dnešní době pije jen rajčatovou šťávu, magnezii, čistou vodu, občas si dá kysané zelí a sýr. Ale to nestačí. Mohla bych vydat knihu, ale nevím, zda to k něčemu bude, protože opravdu nikdo nemá opravdu zaručený návod na to jak s dětmi nemocnými anorexií bojovat a jak je zachránit.

*Výzkumná otázka číslo 1:*

**Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte?**

Velmi ráda bych to popsala, ale nevím. Žiji s pocitem vinny, že jsem jako matka selhala. Jak jsem to mohla přehlédnout, nevšimnout si. Rozebírali jsme to na terapii při dceřině hospitalizaci a bylo mi opakováno, že to není moje vina. Jenže to z hlavy nedostanete. Byli jsme klasická nevybočující rodina. Dcera byla odmalička uzavřenější, samostatná,

neodmlouvající, plnící, nerebelující, dobře se učící. Tudíž nějaké změny chování a náznaky jsme nepostřehli. Jediné co bylo zarážející, bylo to, že na sebe byla velmi přísná, vše a ve všem musela být perfektní, ač jsme to po ní nevyžadovali. Znamky pro nás nebyly a nejsou prioritní. Jenže nám to nepřišlo divné, byla taková odmalička. Nikdy jsme o této nemoci neslyšeli, nikdo z rodiny, ani okolí nic takového neznal. Nebyl internet, prostě jsme o něčem takovém neměli ani ponětí. Dcera byla odmala drobnější a štíhloučká.

*Výzkumná otázka číslo 2:*

### **Jak jste problém řešili?**

Je to zahanbující, ale zjistila jsem to až velmi pozdě. Jako každá rodina jsme jeli v zajetých kolejích, jako všude jinde. Dcera byla vždy uzavřená, tichá, disciplinovaná, nikdy se moc nesvěřovala, měla takový svůj svět, nezlobila od malička, četla, dobře se učila, kreslila, léta chodila na keramiku. Pak začala studovat uměleckou školu, takže odjížděla ráno a vracela se pozdě odpoledne. Vždy nosila velmi volné oblečení a já přiznávám, že jsem si nějakých změn vůbec nevšimla. Bylo to zřejmě plíživé a dlouhodobé. Začali jsme si toho všimnout při společném stolování. Nikdy nejedla hodně, ale najednou to byly porce pro vrabečka a pak začala jídlo vynechávat úplně. Jenže jezdila do školy a platili jsme jí obědy, o kterých tvrdila, že je jí. Začalo nám to být už podezřelé, takže jsem se spojila s její třídní a začali jsme jí sledovat. Dávala jsem jí svačiny, které jsem pak našla schované doma, u ní v pokoji. Že máme velký problém, se zjistilo, až na pravidelné kontrole u dětské lékařky, kdy už vážila 32kg. Obrátili jsme se na specialistu u nás a ten jí okamžitě vyplnil doporučení na hospitalizaci do Motola a šlo to rychle, během týdne jsme jí tam vezli. Byla už v ohrožení života.

*Výzkumná otázka číslo 3:*

### **Jaké vztahy mezi vámi byly před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (dětmi) a rodiči.**

Vztahy v rodině byly myslím stejné, jako všude jinde. Běžné. Děti, škola, školka, práce atd. Vztahy mezi mnou a bývalým manželem byly klidné, normální, žádný křik, hádky. Žili jsme celkem v klidu, žádné velké rozepře. Měli jsme myslím spokojené manželství

a teď je zřejmě zarážející, proč jsme tedy rozvedení? Manžel velmi žárlil, bezdůvodně, byl takový od začátku manželství, ale léty se to začalo velmi stupňovat. Sám přiznal, že má s tímto problémem. Takže to byl důvod našeho rozvodu, ale ač rozvedení, vycházíme spolu dobře. Samozřejmě, že to není růžové, ideál, otec dětem chybí. Bývalý manžel mi celou tuto situaci dával a dává za vinu, ač jsme v tu dobu byli rodina a žili jsme spolu, hodil to vše na mě. Vztahy holek byly hezké, rozuměly si, prostě jako jinde. Starší dcera se v té době ještě ovládala, myslím, že svou nemoc skrývala. Musela být strašně nešťastná, sama, ale nikdy se nesvěřila a řešila to sebepoškozováním. Mladší dcera k ní "vzhlížela", jak už to u mladších bývá, chtěla se jí vyrovnat, napodobovala ji, samozřejmě ne v té nemoci. Prostě si rozuměly, starší dcera se o ni starala, když se exmanžel odstěhoval a já musela chodit do práce. Já jsem měla s oběma dcerami hezký vztah a jejich otec také.

*Výzkumná otázka číslo 4:*

**Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný?**

Dcera je více fixovaná na mě. Byla, a s touto nemocí je ještě více. Neustále bojuje sama se sebou. Připadá si jako „mamánek“, že se mě drží a strašně jí to štve a pak se zase odpoutá, odjede a je strašně šikovná, samostatná, ale mám ji na telefonu a řeší stále svou nemoc.

*Výzkumná otázka číslo 5:*

**Jaké vztahy jsou mezi vámi teď?**

Naše vztahy jsou narušené. Jsem pro dceru nepřítel číslo jedna. Protože ji stále obtěžuji, že se musí léčit. Teď bych řekla, že se to trochu stabilizovalo, jsme na takovém tenkém ledě. Veškeré vzájemné vztahy jsou narušené. Jak mezi námi s dcerou, tak mezi oběma dcerami navzájem, mezi otcem a jí. Prostě s námi žije další člen domácnosti - ta nemoc. Všechny nás semlela. Dcera má horší a nejhorší dny. Je tu stálá nervozita, která se podepisuje i na mladší dceři, začala mít větší potíže ve škole, prostě nervozita a přežívání jednoho dne za druhým, kdy dcera už se těší, až zemře a uleví se jí. Začala jezdit k psychologovi, ale snad nebude pozdě.

*Výzkumná otázka číslo 6:*

**Jakým způsobem jako rodina fungujete? (Komunikace, koheze, pravidla, hranice,**

### **rodinné rituály.)**

Jako neúplná rodina se snažíme fungovat tak, jak to den přinese. Když má dcera chuť mluvit, tak mluví, mluví, mluví až do úmoru, a pak se propadne a pronese pár slov za den. Je často nazlobená, zasmušilá, unavená, deprimovaná sama ze sebe. Někdy je tu křik, přiznám se, že můj. Někdy už mi z těch neustále dokola omílaných stejných vět o tloušťce, tlustém špekátém praseti atd., ujedou nervy. Ještě hůř tyhle věty nese mladší dcera, která už na ní i zakřičí, ať mlčí, že jí nechce poslouchat a je i svědkem, kdy se starší dcera mlátí do těla a mele si, jak je špekátá. Pak přijde lepší den, kdy se dokonce smějeme, ale to je opravdu výjimečné. Pravidla žádná nejsou. Dospělého člověka nedonutíte jíst. Jediné pravidlo, které snad respektuje, je to, že jsem jí řekla, že si nepřeji, aby před mladší dcerou dělala a říkala výše popsané. To dodržuje. Když to poruší, jdu na ni opravdu tvrdě. Mám strach, že sebou strhne i mladší dceru.

### **Respondent č. 2: Jaroslav**

U mé dcery, která v té době měla okolo 15 let, to nastalo, tak říkajíc, dost plíživě. Když jí bylo okolo 12 let, tak se její maminka rozhodla, že půjde za láskou jinam, a že vlastně odejde ode mne i obou dětí. Protože chtěla jít za hranice a já jsem chtěl, aby obě dcery byly Češky, tak mi děti byly dány do opatrování. Jistě - vy ženy si všímáte mnohých příznaků, které jsou pro muže zcela cizí a tak se stalo, že vlastně neměla možnost si popovídat o svých dívčích problémech a ostatně - ani bych si neuměl poradit. Protože tato dcera je dost vysazená na pohyb, cvičení, tak neustále trápila tělo - ale již jako malá neustále cvičila, a tak to nebylo nic nového. Stále jedla jako dříve a nikdy si nevybírala - jsem totiž kuchař a tak si dovedu poradit. Když jsme byli na chatě, tak dokázala jezdit na kole poměrně dost velké trasy, ale ani tehdy jsem neměl žádné podezření. Jedla, cvičila a vlastně jsme jako rodina byli v pořádku. Když jsem ale najednou zjistil, že na svůj věk je nějak hubená, tak jsem jí začal honit po různých vyšetřeních. Poněvadž její babička měla potíže se štítnou žlázou a ta dokáže podobné příznaky přivodit. Ale po prohlídkách, do kterých jsem zapojil všechny rodinné lékaře, protože jich mám v příbuzenstvu hodně a tak vyšetření byla skutečně důsledná. A stále nic. Až sestřenice pojala podezření, zda se u dcery nejedná o onemocnění, jako je anorexie. Toto jsem ale vyloučil, protože od malička byla droboučká (dodnes, a to je jí 22, je drobná jako

patnáctiletá a váhově je okolo 50 kg) a stále jsem ji vodil na další vyšetření. Nakonec jsem ji vzal na vyšetření do Motola - pro mne bylo dost šokující, že se chodí na psychiatrii - ale po úvodní prohlídce bylo konstatováno, že se jedná o anorexii. Všichni pacienti jsou vlastně neustále slibující a já v té době neměl žádné zkušenosti, a tak na její pláč a prosbu jsem jí tam nenechal a v naivitě jsem myslel, že ji uhlídám při jídle. V té době jsme měli psa, a ten, i když mne velmi miloval, tak v době jídla byl vždy u jejích nohou a tu jsem zjistil, že jej vlastně krmí pod stolem. Tak uplynul měsíc a po prohlídce jsem zjistil, že dcera (v té době měla váhu 35 kg a její stehna byly dost od sebe a tím se vlastně pozná nedostatek svaloviny) dokázala shodit další kilogram. A tak jsem ji tam druhý den přivezl a nechal. Hodně mne to i druhou dceru bolelo, ale nedá se nic dělat jiného, protože v nemocnici mají pravidelnou stravu - nemohou stravu vydávat, protože jsou toalety zavřeny a pacienti jsou pod kontrolou sester. Myslel jsem, že během dvou měsíců se dostane do normálních kolejí, ale trvalo to půl roku a bylo to dost složité. Když jsem jí vzal na procházku, tak jsem se snažil do ní dostat něco z jídla, ale vše odmítala a neustále se na mne hněvala, že jsem jí vlastně nechal na léčení - ale tím trpí všichni pacienti. Postupně se dostávala do lepší váhy a hlavní stimul byl, že měla nastoupit do nové školy - musela udělat přijímačky, tak přestala myslet na nějaké problémy s váhou a problémy s nepřítomnou maminkou. Protože po propuštění je nutno pokračovat ve sledování na psychiatrii, tak jsem jí umožnil, aby docházela ke mně do práce, protože pracuji na městské poliklinice. Na jídlo chodila ke mně (jsem kuchař, a tak mi ukazovala, že vše snědla a tak léčba pokračovala). Jenže po 14 dnech po propuštění přijela její maminka a šla s ní na kontrolu k naší psychiatričce - zde udělala výstup a před dcerou označovala lékařku vulgárními výrazy. Také řekla, že k této lékařce nemá chodit a tím to skončilo. Naštěstí brzy odjela a dcera se již nějak dostala z nejhoršího a jedla. Nechápu, proč bulimičky a anorektičky jsou na stejné chodbě jako sebepoškozovatelky, protože se stávalo, že když dcera byla ve stresu, tak se řezala nožem, anebo žiletkami. Již jsem myslel, že ji opět ztrácím a bude muset pokračovat v léčení, ale najednou to odeznělo - asi díky nové škole a spolužákům a vlastně i díky tomu, že poznala jednoho chlapce. A od té doby jsem již jen zpozvzdálí kontroloval, zda mi váhově nepadá, ale bylo to dobré. Takže i nadále cvičí, jezdí na kole, dietně jí, nejí nic mastného, jen trochu masa, jinak vše bez masa, ke snídani jsou to burizony, piškoty, anebo vločky a corn-flakes. Vše co jí, tak vlastně ani mnoho neohřívá, ale zatím jí to

nijak neubližuje. Lékaři tvrdí, že toto onemocnění je vlastně neustále ve spícím programu, a může se opět rozjet. Takže se dcera nesmí dostat do nějakých problémů, ze kterých se hledá únik tímto způsobem.

*Výzkumná otázka číslo 1:*

**Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte?**

Myslím si, že problém nebyl v rodině, ale spíše v odchodu maminky. Maminka si našla novou lásku, za kterou odešla do Anglie. Já jsem chtěl, aby dcery byly Češky, tak tu zůstaly se mnou. V tom vidím hlavní stimul, že dcery neměly matku, ale jen otce. Ale myslet si může každý rodič, co chce.

*Výzkumná otázka číslo 2:*

**Jak jste problém řešili?**

Jak už jsem zmínil, dcera hodně cvičila už dříve a přitom normálně jedla, proto jsem si ničeho nevšiml. Když se mi, tedy zdálo, že je příliš hubená, vzal jsem ji na různá vyšetření. Po vyšetření v Motole se zjistilo, že má dcera trpí anorexií.

*Výzkumná otázka číslo 3:*

**Jaké vztahy mezi vámi byly před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (dětmi) a rodiči.**

Vztahy byly zcela normální i s druhou dcerou. Vztah mezi mnou a bývalou ženou nebyl nikdy dobrý, a to částečně dceru jistě iritovalo, ale s tím se nakonec vyrovnala a ve chvílích, kdy jede za maminkou, tak sice má radost, že bude s ní, ale dnes je již tak říkajíc jinde a tak je i kritická.

*Výzkumná otázka číslo 4:*

**Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný?**

Mohu říct, že na mě. S matkou netráví mnoho času.

*Výzkumná otázka číslo 5:*

**Jaké vztahy jsou mezi vámi teď?**



S mladší dcerou mám vztah myslím dobrý, protože to, co jsem s ní prožil, v ní asi zanechalo silný pocit. Nehovoříme o tom, ale dost jsem tenkrát trpěl a i časově jsem to měl napnuté ( 3x až 4 týdně jsem za ní jezdil a vlastně spolupracoval s ošetřujícím personálem), zpočátku byla dost proti mně, ale dnes si myslím, to již vidí jako nutnost. Dnes když jsem již vlastně – mimo - si mohu sám sobě říci - vše jsme nějak dobře prožili, a i když byly situace skutečně krušné - opět se vracím k onemocnění malé a návštěvám Motola - tak nás to vlastně dalo dohromady. Museli jsme mnohé "protrpět", máme i nadále problémy s komunikací - jsou věci, o kterých mladší dcera nikdy nehovoří a teprve až sama rozhodne, tak mi milostivě řekne, co bylo za problém. Ale to, že já poznám změnu v jednání, ji nenapadne, a ani se nesnaží mne nějak zainteresovat. S matkou je to stejné jako předtím, dcery jsou rády, že s ní mají vztah přes počítač, ale když matka přijede, ani jedna neví, co s ní mají dělat.

*Výzkumná otázka číslo 6:*

**Jakým způsobem jako rodina fungujete? (Komunikace, koheze, pravidla, hranice, rodinné rituály.)**

V komunikaci to určitě vážne, protože já jako muž, všem věcem, hlavně těm ženským, nerozumím. Ale když holky chtějí, samy se mi svěří a já je rád vyslechnu. Se starší dcerou jsme jídávali spolu, a když mladší dcera chtěla, jedla s námi také. Naučili jsme se ji do jídla nenutit. Vždy jsem uvařil, jídlo ji nechal v lednici a když jsem se později díval, tak tam nebylo.

**Respondent č. 3: Markéta**

Když byla dcera malá, byla to veselá holka, bavila celou rodinu, vždycky si držela pevný řád a nikoho nenapadlo, že by měla mít nějaké potíže. Ve 14 letech to tak nějak všechno začalo. Přestěhovali jsme se do nového města, ale dcera si hned našla nové kamarády. Ale začala se stranit, přestala komunikovat, vyhýbala se nám, zdržovala se na záchodě, byla štíhlejší než jindy. Jedla méně a méně, neustále žádala o menší porce, nebrala si s sebou nachystané svačiny do školy, přestala jíst sladká a tučná jídla. Nikdy mě nenapadlo, že by to mohla být porucha příjmu potravy, myslela jsem si, že se chce starat jen o svoji postavu, tak jsem jí vycházela vstříc. Doufala jsem, že jí to dodá

sebevědomí. Ale nikdy jsme nedbali na to, abychom vypadali jako modelky. Začala pít neuvěřitelné množství vody, byla posedlá kuchařkami, připravovala nám jídlo, ale sama se ho ani nedotkla. Jedla něco jiného než my a brala si jídlo do obýváku. Postupně jsme si začali uvědomovat, že má naše dcera problém, byla čím dál štíhlejší. Vzali jsme ji k lékaři a ten nám oznámil, že dcera trpí mentální anorexií. Začala jsem se o tuto nemoc zajímat, četla jsem knihy, sháněla informace apod. Dcera se zhoršovala den ode dne, volala jsem do nemocnice, aby ji hospitalizovali, ale museli jsme čekat, protože jsme potřebovali doporučení lékaře. Dcera začala chodit k psychiatrovi, také jsme navštěvovali lékaře a sehnali jsme odborníka na výživu. Měli jsme několik stravovacích programů, ale všechny selhaly. Dcera byla čím dál horší – nemluvila, neustále pobíhala, cvičila, něco dělala, i na zahradě. Neustále jsem se cítila hloupě, bezmocně, neúčinně. Dcera mě úplně ovládala a já nevěděla co s tím dělat. Dcera mě neustále urážela, nadávala mi. Útěchou pro mě byla setkání s rodiči, jejichž dítě také trpí nebo trpělo anorexií. Také jsme chodili na rodinnou terapii – já a přítel. Jsem rozvedená, manžel se o dceru nezajímá. Po dvou měsících byla dcera konečně hospitalizována. Nesměla nikam chodit, musela být neustále na lůžku. Kvůli hospitalizaci mi začala nadávat, že se zabije, byla v depresi. Po 6 měsících boje v nemocnici mohla jít dcera domů. Dcera byla stále vyhublá, velmi často se jí měnily nálady. Ale snažila se, dodržovali jsme jídelníček, chodili jsme na rodinné terapie a dcera na individuální. Vše fungovalo, jak mělo. Později začala dcera opět hubnout. Zase odmítala jídlo, cvičila apod. Už jsem toho měla dost, byla jsem na pokraji zhroutení. Řekla jsem jí, že pokud chce umřít, ať dělá to, co dělá, ale pokud se chce uzdravit, jsem jí oporou a vždycky budu. Dcera se po mém výbuchu začala lepšit. Teď je mé dceři 19 let. Za 5 let jsme urazili neskutečný kus cesty a doufám, že to jednou bude úplně v pořádku. Dcera dodržuje stravovací plán, přestala přehnaně cvičit, dosáhla uspokojující váhy, ve škole prospívá a naše rodina se zase vrací do starých kolejí, jako před 5 lety.

*Výzkumná otázka číslo 1:*

**Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte?**

Nedokážu si to vysvětlit. S manželem jsme se rozvedli, když byla malá a nemyslím si,

že by tohle mělo nějakou příčinu. Vždycky jsme měli přátelský vztah, nikdy jsme se nehádali, nikdy jsem ji neuhodila. S přítelem také vycházela. Neumím si odpovědět.

*Výzkumná otázka číslo 2:*

**Jak jste problém řešili?**

Ze začátku jsem nechápala co se děje. Ale když dcera začala vypadat opravdu nezdravě a příliš vyhuble, vzala jsem ji k lékaři. Lékař nám pak tedy řekl, že má anorexii. Nevěděla jsem, co dělat. Dcera mě nechtěla poslouchat. Později muselo dojít, i přes dceřiny protesty, k hospitalizaci.

*Výzkumná otázka číslo 3:*

**Jaké vztahy mezi vámi byly před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (dětmi) a rodiči.**

Jsem rozvedená, s bývalým manželem se nestýkám a ani s dětmi se manžel nestýká. S přítelem byly vztahy dobré, i když přítel mívá depresivní období, vždy je dobře překonáme. Se starší dcerou jsme se vídali méně, protože už s námi nebydlí, ale stále jsme si udržovali přátelský vztah. Dcery mezi sebou měly také vztah na jedničku.

*Výzkumná otázka číslo 4:*

**Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný?**

Je zřejmé, že na mě, protože s otcem nemá vztah žádný. Opustil nás, když byla dcera ještě maličká.

*Výzkumná otázka číslo 5:*

**Jaké vztahy jsou mezi vámi teď?**

S přítelem jsme se za dobu dceřiny anorexie velice vzdálili. Nejprve s námi nechodil ani na terapie, ale potom si uvědomil, že bychom se možná zase sblížili, kdyby se zapojil do léčby. A stalo se. Teď už je vše zase jako dřív. Vycházíme spolu dobře. Starší dcera s námi anorektické období neprožívala, protože s námi nebydlí a moc k nám nejedí. Vždy byla jen překvapená, co se s její sestrou děje. Často měla na mladší dceru špatné

poznámky. Když jsme jí celou situaci vysvětlili, dávala si na slova pozor. Teď je vše v klidu, vycházíme spolu dobře. I dcery navzájem.

*Výzkumná otázka číslo 6:*

**Jakým způsobem jako rodina fungujete? (Komunikace, koheze, pravidla, hranice, rodinné rituály.)**

Teď musíme mít přísně stanovená pravidla, hlavně co se jídla a programu týče. Dcera má přesně stanovenou hodinu jídla, takže jíme spolu. Dcera se se mnou naučila znovu komunikovat, se vším se mi svěřuje. Když dojde k nějakému selhání, hned mi o něm řekne a spolu to řešíme. Před vypuknutím anorexie bylo vše tak samozřejmé. Snídali jsme spolu, obědvali, večeřeli, smáli se, komunikovali o všem možném. Teď si musíme dávat pozor na slova, dceru u jídla nepeskovat a nějak ji nekomentovat. Nejvíce jsme se báli nějakých společných oslav. Na oslavách je plno jídla a lidé se vždy ptali, proč dcera nejí, a že vypadá špatně. Museli jsme vše vysvětlovat. Teď když příbuzní o naší situaci ví, dávají si také pozor. Takže je člověk pořád ve střehu.

**Respondent č. 4: Tereza**

Doufám, že už mohu říct – moje dcera měla mentální anorexii. Vlastně pořádně nevím, jak se k nám tato nemoc dostala. Dcera vždycky byla pilná, ve škole prospívala, ačkoli musím říct, že vždycky myslela více na ostatní než sebe, pro ostatní by se rozdala. Přišlo to na střední škole. Ze začátku jsem si myslela, že je to stresem ze školy. Byly na ni kladeny velké nároky a ona vždy chtěla mít dobré výsledky. S postupem času začala být odtažitá, smutná, nekomunikovala a byla čím dál hubenější. Měla chodit na obědy do jídelny, ale nakonec jsem zjistila, že už tam dva měsíce nebyla. Začali jsme se o ni bát, protože vypadala špatně. Ptala jsem se jí každý den, co měli na oběd. Ze začátku mi vyjmenovala, co vše jedla, ale pak na moje otázky byla alergická a neodpovídala, často se vymlouvala, že neměla čas apod. Teď vím, že si vše vymýšlela, nejedla skoro nic. Když přijela domů, přemlouvala jsem ji, ať si něco dá, ale neustále se na něco vymlouvala, byla zavřená v pokoji a s námi nemluvila. Nedokázala jsem si to vysvětlit. Kde jsem udělala chybu? S manželem jsme z toho byli zoufalí. Nakonec jsme ji přesvědčili, aby šla k lékaři. Ten nám oznámil, že naše dcera trpí poruchou příjmu

potravy. Okamžitě jsem chtěla, aby dcera přerušila studium, aby byla aspoň doma, abych ji měla pod kontrolou. Odmítla to, hádala se se mnou, odmlouvala. Manžel nevěděl co si počít, obě jsme po sobě křičely a on nevěděl, jak se má zachovat. Oba jsme byli bezmocní. Dcera jezdila ze školy čím dál později. Řekla jsem jí, že ji ze školy budu vyzvedávat, ale nikdy nebyla na domluveném místě. Bojovali jsme s ní celou střední školu – přemlouvání, nářky, pláč, ale nic nepomáhalo. Stagnovali jsme. Vztahy v rodině byly na bodu mrazu. Po třech letech se sama dcera rozhodla pro hospitalizaci. Spadl mi kámen ze srdce. Bylo to pro ni velice těžké. Musela dodržovat jídelníček, nesměla cvičit, směla jen na krátké odpolední procházky. Po několika měsících se nám vrátila domů. Trochu přibrala, ale stále vypadala dost hubeně. Dnes je dcera stále dost hubená, ale už bych řekla, že normálně jí. V cestě k uzdravení jsme se setkali s mnoha kolizemi, ale vždy jsme se postavili znovu na nohy.

*Výzkumná otázka číslo 1:*

**Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte?**

Nevím. Dceru jsme vždy ve všem podporovali, vždycky jsme spolu vycházeli. Ačkoli na základní škole měla nejlepší kamarádku a ta anorexií trpěla. Hrozně to s ní prožívala. Dokonce také jednu dobu nejedla, snad se vžívala do její situace. Ale když se kamarádka uzdravila, vše přestalo. Po nějaké době se kamarádka odstěhovala a od té doby nebyly v kontaktu.

*Výzkumná otázka číslo 2:*

**Jak jste problém řešili?**

Prvně jsme nevěděli co dělat, ale první co nás napadlo, bylo zajít za lékařem. To jsme udělali. Když nám řekl, že dcera trpí anorexií, nevěděli jsme co si počít. Nikdy jsme se s tím nesetkali. Kdyby se dcera sama nerozhodla pro hospitalizaci, nevím, co bychom dělali. Vyčítám si, že jsme její situaci začali řešit až pozdě – když byla moc hubená.

*Výzkumná otázka číslo 3:*

**Jaké vztahy mezi vámi byly před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a**

**nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (dětmi) a rodiči.**

S manželem jsme nemohli komunikovat o ničem jiném, než o dceři. Byli jsme zoufalí, ztracení. Nevedli jsme manželský život, tak jak bychom ho vést měli. Nedokázali jsme se bavit, smát se. Nemůžu říct, že nás to úplně odcizilo, protože jsme řešili stejný problém. Ale vztah to určitě zhoršilo, protože jsme neřešili nic jiného. Máme jedinou dceru a pro ni jsme chtěli vždy to nejlepší. Měli jsme přátelský vztah, svěřovala se mi se vším.

*Výzkumná otázka číslo 4:*

**Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný?**

Nevím, možná spíše na mě. Manžel je do večera v práci a pak je unavený, takže si spolu moc nepovídají, ale když v kontaktu jsou, tak si rozumí. Avšak když má dcera někomu z nás zavolat nebo se na něco zeptat, jde za mnou.

*Výzkumná otázka číslo 5:*

**Jaké vztahy jsou mezi vámi teď?**

Během nemoci se nám dcera ztrácela – nemluvila, nechtěla s námi trávit čas. Ale teď bych řekla, že je vše zase v pořádku. Mluvíme spolu, dcera se mi zase svěřuje, smějeme se, ale musíme si dávat pozor na slova a všimát si maličkostí, abychom měli jistotu, že je vše v pořádku.

*Výzkumná otázka číslo 6:*

**Jakým způsobem jako rodina fungujete? (Komunikace, koheze, pravidla, hranice, rodinné rituály.)**

Dříve jsme spolu obědvali jen o víkendu, protože jsme oba s manželem v práci. Teď když jsem doma, jím s dcerou já. Mluvíme spolu o všem, co nás napadne. Avšak stále nesmíme moc hovořit o jídle nebo dceru nějakým způsobem u jídla komentovat. Pravidla musíme mít, hlavně ta jídelní, i když už nejsou tak přísná jako ze začátku. Protože už dcera opravdu jí sama. Dříve jsme jezdili na nedělní výlety, ale jak dcera vyrostla, přestali jsme.

## **Respondent č. 5: Pavlína**

Nevím, jestli mohu něco psát, i když jsem své neteři blíže než kdo jiný. Máma jí umřela, když jí byly 4 roky, otec o ni nejevil žádný zájem, takže jsme ji a její sestru vychovávali já a moji rodiče. Před mými rodiči klobouk dolů, avšak neměli nikdy pevnou ruku, jakou by správný rodič měl mít. Obě byly hodně litovány od nás od všech a měly víc, než třeba já se sestrou – ano, byla i jiná doba, ale je to pochopitelné, prarodiče nemohou vychovávat tak tvrdě. I proto, že měly obě na matku v posledních měsících jejího života velice špatné vzpomínky, chodily k psychologovi. Neteř, která trpěla anorexií, pak i k psychiatrovi. Chvilí byla i pro nezvladatelné a hysterické chování hospitalizována v Klokánku, ale to podle mého názoru bylo zbytečné, protože mezi ostatními dětmi byla „nejnormálnější“, tak ji po pár dnech pustili domů. Anorexie u ní začala opravdu nenápadně. Vždy milovala vše, co se masa týče, nemusela sladké, ale uzeniny jedla ve velkém, naštěstí to na ní nebylo nikde vidět. Jednou jí měl někdo říct, snad i její sestra, že má velkou zadnici a ona se rozhodla dvě kila shodit - to jí bylo asi těch 15. Skončila základku a šla do učení. Celý první ročník se to prohlubovalo - silné psychické problémy, ztrácela se o dvě kila každý měsíc. Neustále nám slibovala, že jíst bude, ale asi nejedla, až tak jsem do toho neviděla. Párkrát šla s kamarádkou ven na diskotéku, ale dala si víc alkoholu než její tělo nemohlo snést a volala tátovi, aby pro ní přijel, že je jí strašně zle. V takových chvílích slibovala, že se půjde léčit, že ví, že to sama nezvládne. Moji rodiče s ní chodili po doktorech, ale to bylo bezvýsledné. Slibovala hory doly, týden se snažila víc jíst, ale podle mého názoru už jí to ani nešlo. Udělalo se jí líp a zase odmítala jíst. Začala se psychicky i fyzicky hroutit, proto musela odložit dokončení prvního ročníku. Lékař jí doporučil hospitalizaci, protože ambulantní léčba nefungovala. Nakonec od ní dával ruce pryč, tvrdil, že když neteř sama nechce, tak ji nutit nebude. Neteř neustále na váze ubírala, všichni jsme byli zoufalí, nevěděli jsme co s ní. Chtěla jsem ji nechat zbavit svéprávnosti, abychom ji mohli sami nechat hospitalizovat. Moji rodiče by toho nebyli schopni, dokonce ji omlouvali a navíc další úmrtí by nezvládli. Vztahy v rodině se zhoršily, máma neteři kupovala, co chtěla – bílé jogurty, celozrnný chleba (krajíček měla na den) a táta to neschvaloval, takže stáli proti sobě. Ale všichni jsme chtěli, aby byla hospitalizována. Nakonec si našla přítele, který jí vařil a měl s ní obrovskou trpělivost. Nastěhovala se k němu a od té doby trochu

přibrala na váze. Jsme rádi, že se to vyřešilo aspoň tímto způsobem.

Paní Pavlína ukončila spolupráci z důvodu úmrtí neteře, proto byly některé výzkumné otázky zpracovány na základě výše uvedeného rozhovoru.

*Výzkumná otázka číslo 1:*

**Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte?**

Matka jí umřela, když byla malá a v posledních měsících na ni měla špatné vzpomínky, proto také chodila k psychiatrovi. Otec nejevnil zájem. I tohle mohou být důvody vzniku anorexie. Také si vzpomínám, že její sestra jí měla říci, že má velký zadek a kvůli tomu se rozhodla shodit dvě kila.

*Výzkumná otázka číslo 2:*

**Jak jste problém řešili?**

Moji rodiče s ní chodili po doktorech, ale to bylo bezvýsledné. Neustále jen slibovala, že bude jíst a rodiče jí to věřili. Začala se psychicky i fyzicky hroutit, proto musela odložit dokončení prvního ročníku. Lékař jí doporučil hospitalizaci, protože ambulantní léčba nefungovala. Nakonec od ní dával ruce pryč, tvrdil, že když neteř sama nechce, tak ji nutit nebude. Nevěděli jsme co s ní. Nakonec si našla přítele, který jí vařil a měl s ní obrovskou trpělivost. Nastěhovala se k němu a od té doby trochu přibrala na váze.

*Výzkumná otázka číslo 3:*

**Jaké vztahy mezi vámi byly před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (dětmi) a rodiči.**

Neteř vychovávali moji rodiče. Neměli moc pevnou ruku, takže neteři vše procházelo. Měla psychické problémy před anorexií, kvůli úmrtí matky, ale také během anorexie. Bylo to s ní těžké. Během nemoci jí moje matka vyhovovala, tím že jí kupovala jídlo jaké chtěla a otec byl proti. Proto byli spory i mezi mými rodiči.

*Výzkumná otázka číslo 4:*

**Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný?**



Tuto otázku nemůžeme zodpovědět, protože matka dívky zemřela a otec se o ni nestaral. Vztah s prarodiči není v rozhovoru podrobněji popsán.

Výzkumné otázky číslo 5 a 6 nemohou být zodpovězeny.

## **2.5 Vyhodnocení**

Na základě zodpovězených otázek všemi respondenty budou vyhodnoceny výsledky výzkumu (shoda či rozpor výpovědí). Výzkumem bude zjištěno, zda má anorexie dítěte dopad na rodinu, na vztahy v ní, na fungování rodiny, a zda se shodují názory rodičů na příčinu vzniku anorexie u jejich dítěte. Bylo tázáno pět respondentů (rodičů či pečujících osob), jejichž dítě trpí nebo trpělo anorexií.

*Výzkumná otázka číslo 1:*

**Jakým způsobem si vysvětlujete důvody vzniku poruchy příjmu potravy vašeho dítěte?**

Dva respondenti se shodli v tom, že byl v rodině problém s jedním rodičem. V jednom případě matka odešla od rodiny a ve druhém případě matka zemřela. Ale musí být zmíněno, že v jednom případě také došlo k nepřiměřeným narážkám na dívčinu postavu ze strany sestry. Tři respondenti odpověděli, že si důvody vzniku nedokáží vysvětlit, neznají příčinu. Z těchto tří respondentů dva uvádějí rozvod s manželem - otcem nemocných dívek, avšak nepřikládají tomuto faktu nějaký význam pro vznik anorexie dítěte.

*Výzkumná otázka číslo 2:*

**Jak jste problém řešili?**

U této otázky mezi respondenty převažuje jednotný názor. Čtyři z pěti respondentů se shodují v tom, že si ze začátku příznaků anorexie nevšimli. Situaci řešili, až když byli nemocní opravdu příliš hubení. V jednom případě nedošlo k přesnému zodpovězení otázky. Všichni respondenti se shodují v tom, že prvním krokem byla návštěva lékaře. U čtyř respondentů došlo k hospitalizaci dítěte, v jednom případě zletilá dívka hospitalizaci odmítala, proto k ní nedošlo. U jednoho respondenta k hospitalizaci dítěte sice došlo, ale v dnešní době je dívka plnoletá, proto další hospitalizaci odmítá.

*Výzkumná otázka číslo 3:*

**Jaké vztahy mezi vámi byly před vypuknutím nemoci? Mezi vámi (rodiči) a nemocným dítětem, mezi sourozenci a nemocným dítětem a také mezi ostatními členy rodiny (děťmi) a rodiči.**

Čtyři respondenti uvedli, že vztahy mezi jejich dítětem před vypuknutím nemoci byly přátelské, normální, komunikovali spolu, důvěra. Najednou došlo k nevysvětlitelné odtažitosti dítěte. Avšak tři z těchto čtyř respondentů už nejsou se svými partnery – s druhým rodičem dítěte. Nemocné dítě žije buď s jedním rodičem, nebo s rodičem a partnerem rodiče. Ale jeden z těchto respondentů uvádí komplikace ohledně svěřování. Jeden respondent uvádí vztahy mezi pečujícími osobami a dítětem za komplikované, už kvůli psychickým problémům dítěte. Mezi sourozenci (zdravým a nemocným dítětem) uvádí respondenti vztahy kladné, bez nějakých velkých obtíží.

*Výzkumná otázka číslo 4:*

**Je vaše dítě fixováno více na matku nebo na otce? Nebo je vztah stejný?**

Tři respondenti uvedli větší závislost dítěte na matce. Jeden respondent uvedl větší fixaci na otce a u posledního respondenta tato otázka nemohla být zodpovězena z důvodu úmrtí matky a nezájmu otce. Také kvůli nedokončenému rozhovoru nemůžeme říci, zda dívka byla fixovanější na babičku či na dědu. Zde není jednotlicí tendence mezi respondenty.

*Výzkumná otázka číslo 5:*

**Jaké vztahy jsou mezi vámi teď?**

Tři respondenti uvedli, že dnes už jsou vztahy dobré, klidné, přátelské, ačkoliv si musí dávat pozor na způsob komunikace, na slova apod. Jeden z těchto tří respondentů uvádí, že je nemoc spíše dala dohromady. Jeden respondent uvedl, že vztahy jsou narušené, také z důvodu, že dítě je stále nemocné a nechce se léčit. Poslední respondent ukončil spolupráci z důvodu úmrtí dítěte, proto nemůžeme tuto otázku zodpovědět.

*Výzkumná otázka číslo 6:*

**Jakým způsobem jako rodina fungujete? (Komunikace, koheze, pravidla, hranice,**

**rodinné rituály.)**

Čtyři respondenti uvedli, že se snaží fungovat jako klasická nevybočující rodina, ačkoliv komunikace je horší než dříve, protože si musí dávat pozor na slova a komentářů týkajících se jídla. Pravidla jsou zde hlavně ta jídelní, protože děti potřebují mít řád, kterého se budou držet, aby se anorexie znovu neprojevila. Snaží se společně trávit co nejvíce času. Podrobnější informace ohledně fungování rodin respondenti neposkytlí. U poslední respondenta nemohla být otázka zodpovězena.

## DISKUZE

Podle Papežové (viz str. 21-22 této práce) jsou určité faktory, které mohou podnítit vznik anorexie u dítěte. Může to být kultura, média, sebekontrola, strach z jídla, vliv rodiny, genetický faktor a rizikové povahové rysy. Dva respondenti uvedli odchod jednoho z rodičů dítěte. V tomto případě se respondenti shodují s Papežovou, která uvádí jako rizikový faktor vliv rodiny. Kdy nemoc může být podnícena určitou událostí v rodině, tedy i odchodem rodiče z rodiny. Tři respondenti uvedli, že si vznik nedokáží vysvětlit, ačkoliv dva z těchto respondentů už také nežijí se svými partnery. V rozhovoru se jeden respondent zmínil o perfekcionismu dcery, která trpí anorexií, ačkoliv to neuváděl jako důvod vzniku anorexie. Papežová však perfekcionismus uvádí jako jednu z možných příčin vzniku, jedná se o rizikový povahový rys. Krch (viz str. 22-23 této práce), stejně jako Papežová, uvádí faktory, které hrají roli u vzniku anorexie. Uvádí také, že riziko vzniku anorexie je vyšší u žen už tím, že je žena ženou. Ženské pohlaví je ohroženo anorexií více než mužské. Děti všech dotazovaných respondentů, které trpěly anorexií, byly dívky. Jiný respondent uvedl, že se v rodině objevovaly negativní poznámky na vzhled dítěte. Krch takové jednání také zahrnuje do možných příčin vzniku anorexie.

Prvním krokem všech respondentů, při zjištění problémů, byla návštěva lékaře, který stanovil diagnózu. Tento krok uvádí Papežová (viz str. 26 této práce) za důležitý. Čtyři respondenti uvádějí, že dalším krokem byla hospitalizace dítěte. Jeden z těchto respondentů uvedl, že v současnosti by byla hospitalizace nutná, ale dívka ji podstoupit nechce. Z této skutečnosti může být vyvozeno, že léčba je o něco snadnější s dětmi neplnoletými, které hospitalizaci podstoupit musí, protože dívky se velice zřídka k hospitalizaci rozhodnou samy.

Důležitým aspektem fungování rodiny jsou vztahy mezi jejími členy. Jacob (in Sobotková, viz str. 15 této práce) uvádí šest teorií, díky kterým mohou být rozlišeny normální a dysfunkční rodiny. Mezi tyto teorie patří rozdělení moci v rodině, emocionální vztahy, komunikace, svěřování se, řešení konfliktů, podpora a respekt. Čtyři respondenti uvedli, že vztahy před vypuknutím nemoci byly přátelské, normální, komunikace dobrá. Ačkoliv jeden respondent uvedl, že svěřování bylo v rodině horší, protože jako muž některým věcem, týkajících se dívek, nerozumí. Jacob uvádí svěřování, v jedné z teorií funkčnosti rodiny. Jeden respondent uvedl, že vztahy byly

komplikované z důvodu úmrtí matky nemocné dívky. Dívka měla psychické problémy, které vztahy komplikovaly a zhoršovaly. Satirová a Riskin (viz str. 15-16 této práce) zdůrazňují velký vliv komunikace na vztahy v rodině. Čtyři respondenti neuvedli žádné odchylky v komunikaci mezi nimi a jejich dítětem.

Podle Trapkové a Chvály (viz str. 23-24 této práce) může být anorexie dítěte způsobená problémem ve vztahu s matkou. Dva respondenti by mohli tuto teorii potvrzovat – jeden respondent je s ženou rozvedený a žena se o děti nestará a druhý respondent uvedl úmrtí matky. Ostatní tři respondenti uvádějí, že dítě je závislé více na matce, takže o žádném problému, ve vztahu s matkou, neuvažují.

Je zřejmé, že anorexie v rodině zanechá své stopy. Tři respondenti uvedli, že situace v rodině už je nyní stabilizovaná. Ačkoliv si musí neustále dávat pozor na způsob komunikace a na rituály ohledně jídla. Protože anorexie je velice ošemetná. Ztratí se, ale kdykoliv se může opět vrátit. Dva respondenti stále prožívají tíživou situaci. Jeden respondent se vyrovnává s úmrtím a druhý neustále s touto nemocí bojuje. Matoušek (viz str. 35 této práce) potvrzuje vliv onemocnění dítěte na rodinu, i Papežová (viz str. 35 této práce) hovoří o ohrožení či rozvratu celého rodinného systému vlivem onemocnění. Všichni respondenti uvedli vliv onemocnění na rodinu, už jen z hlediska prožívání nemoci dítěte (bezmoc, úzkost, smutek), léčby, hospitalizace apod. Treasure (viz str. 35 této práce) přirovnává rodiče a děti k jezdcům, kteří jsou nabití negativními emocemi, jedou proti sobě, a buď se srazí a zlámou anebo zůstanou na mrtvém bodě. Z hlediska výpovědí respondentů s tímto přirovnáním můžeme souhlasit. Respondenti uvádí, že boj s anorexií je velice těžký, jak pro dítě, tak pro rodiče. Dochází k těžkým rozporům, hádkám, zoufalým a úzkostlivým chvílím, tedy ke srážkám, ze kterých obě strany vychází s újmou. Krch (viz str. 36 této práce) zmiňuje časté konflikty a narušení vztahů mezi rodiči dítěte. Tuto skutečnost potvrzují tři respondenti, kteří uvádí konflikty mezi nimi a jejich manžely. Černá (viz str. 36-37 této práce) zdůrazňuje, že v takových situacích je nutné vyhledat pomoc odborníka, což všichni respondenti udělali.

U respondentů se nejčastěji setkáváme s problémem v manželské oblasti. Sauber (viz str. 14 této práce) manželské fungování uvádí jako jeden z bodů správného fungování celého rodinného systému. Z tohoto hlediska mohou být manželské nesoulady příčinou vzniku problémů v rodině. Matějček (viz str. 14 této práce) uvádí za důležitý aspekt rodinného fungování trvalost a hloubku citových vztahů. Tři respondenti uvedli, že si

neuvědomují žádné problémy v rodině, vždy se svým dětem věnovali jak nejlépe mohli a trávili společný čas. Dva respondenti připouštějí problémy ohledně citových vztahů – ztráta obou rodičů a v druhém případě odchod jednoho rodiče.

## ZÁVĚR

Tato bakalářská práce má za cíl nastínit problematiku anorexie v rodině, její působení na vztahy v rodině, řešení problematické situace společně s rodinou. Cíl bakalářské práce byl naplněn. K naplnění tohoto bodu byly popsány pojmy, které s tímto tématem souvisí. Anorexie je velice zálučné onemocnění, sama to mohu potvrdit. Často nikdo neví, z jakého důvodu se anorexie projeví. Anorektičky často uvádějí, že je anorexie určitý hlas v jejich hlavě, který jim říká co mají dělat – zakazuje jídlo. Tito nemocní lidé by často svoji situaci chtěli změnit, ale z nějakého důvodu nemohou. Proto je velice důležitá pomoc ostatních blízkých lidí nemocného člověka. Je velice zřejmé, že anorexie ovlivňuje všechny členy rodiny, což nám potvrdili sami respondenti. Anorexie mění chování a osobnost nemocného, která působí na ostatní členy rodiny. Ti se pak pod tlakem chovají také jiným způsobem než obvykle. Objevují se časté konflikty, zoufalost. Dochází i k zanedbávání dalších dětí v rodině, kvůli zvýšené péči o nemocného. Ačkoliv je anorexie spjata s bezmocí, smutkem, slzami a zlobou nikdy by se člověk neměl vzdávat, protože by mohlo dojít i k tomu nejhoršímu – k úmrtí. Respondenti potvrdili, že může dojít k úspěchu – těžkou, dlouhou, hrbolatou cestou, avšak úspěšnou. Ale setkala jsem se i s respondentem, který bohužel radost z vyléčení nemocného nezažil. Je opravdu těžší donutit nebo přesvědčit plnoletého člověka k léčbě, který o sobě rozhoduje sám, než neplnoleté dítě, které léčbu podstoupit musí. Také žádný respondent nemohl poskytnout zaručený návod, jak správně postupovat, aby došlo k úspěchu. Důležitá je určitě návštěva lékaře a dalších odborníků (psychologů, psychiatrů, nutričních terapeutů), kteří pomohou a poradí jak postupovat. V České republice jsou také organizace, které se zabývají pomocí nemocným anorexií. Zmíním Občanské sdružení Anabell, která má pobočky v Brně, Praze a Ostravě. Poskytuje sociální poradenství, poradenství ohledně výživy, terapie, telefonickou krizovou pomoc apod. Existují i internetové stránky, na které se mohou rodiče i nemocní obrátit, mohou zde najít potřebné informace – [www.jakomodelka.cz](http://www.jakomodelka.cz), [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz), [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz), [www.pomocppp.cz](http://www.pomocppp.cz) a další. Důležité je, aby každé dítě vyrůstalo v milovaném prostředí, v prostředí kde má lidi, kterým může důvěřovat, svěřovat se, mluvit s nimi, trávit společný čas. Anorexie není jen o tom, že by člověk nechtěl jíst, může jít o kompenzaci určitého jiného nevyřešeného problému, který může vzniknout i z důvodu problémů v rodině. Jedná se o vnitřní boj s nemocí, který člověk nemůže vést sám. Proto je

důležité, aby léčba byla společnou událostí rodiny, aby nemoc neměla příliš velký dopad i na ni.



## Seznam použité literatury

- BARKER, P. *Rodinná terapie*. Praha: Triton, 2012, 1. Vydání. ISBN 978-80-7387-530-5, str. 33.
- BOYDEN-PESSO, D. PESSO, A. *Úvod do PBSP*. Praha: Sdružení SCAN, 2009, 1. vydání. ISBN: 80-86620-15-8, str. 68-71.
- CLAUDE-PIERRE, P. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001, 1. vydání. ISBN: 80-7205-818-5, str. 197-198.
- ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. Praha: Anabell, 2008, 2. vydání. ISBN: neuvedeno, str. 12-20.
- DUNOVSKÝ, J. *Dítě a poruchy rodiny*. Praha: Avicenum, 1986, 1. vydání. ISBN: 08-040-86, str. 13-16.
- ELLIOT, J. *Dítě v nesnázích*. Praha: Grada, 2002, 1. vydání. ISBN: 80-247-0182-0, str. 19, 20.
- FISCHER, S. ŠKODA, J. *Sociální patologie: analýza příčin a možnosti ovlivňování závažných sociálně patologických jevů*. Praha: Grada, 2009, 1. Vydání. ISBN 978-80-247-2781-3, str. 142, 148.
- GJURIČOVÁ, Š. KUBIČKA, J. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada, 2003, 1. vydání. ISBN 80-247-0415-3, str. 129-147.
- KRCH, F. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2002, 1. vydání. ISBN 80-7178-598-9, str. 19-20, 21, 191.
- KRCH, F. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 1999, 1. vydání. ISBN 80-7169-627-7, str. 14-15, 129, 130.
- LOVASOVÁ, L. *Rodinné vztahy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006, 1. vydání. ISBN: 80-86991-66-0, str. 8, 12, 20, 21.
- MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007, 1. vydání. ISBN: 978-80-86991-09-2, str. 11-12, 19.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: SPN, 1992, 1. vydání. ISBN 80-04-25236-2, str. 9-11.
- MATĚJČEK, Z. *O rodině vlastní, nevlastní a náhradní*. Praha: Portál, 1994, 1. vydání, ISBN: 80-85282-83-6, str. 18-21, 29-45.
- MATĚJČEK, Z. *Prvních 6 let ve vývoji a výchově dítěte*. Praha: Grada, 2005, 1. vydání. ISBN: 80-247-0870-1, str. 28-30.
- MATĚJČEK, Zdeněk. *Psychologie nemocných a zdravotně postižených dětí*. Jinočany: H & H, 2001, 3. vydání. ISBN 80-86022-92-7, str. 35-34.
- MATOUŠEK, O. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství SLON, 2003, 3. Vydání. ISBN 80-86429-19-9, str. 107, 120, 79, 80, 77-82.

- MICHALÍK, J. a kol. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál, 2011, 1. vydání. ISBN: 978-80-7367-859-3, str. 107.
- MINUCHIN, S. *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013, 1. vydání, ISBN: 978-80-262-0371-1, str. 26-27.
- PAPEŽOVÁ, H. *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000, 1. vydání. ISBN: 85121-32-8, str. 13-15, 20-22, 23-26.
- PAPEŽOVÁ, H. *Začarovaný kruh: anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum, 2013, 1. vydání. ISBN: 978-80-87142-18-9, str. 12, 137, 41.
- Rodiče, děti a jejich problémy*. Praha: Sdružení Linka bezpečí, 2011, 1. vydání. ISBN: 978-80-904920-1-1, str. 30-32.
- SATIR, V. *Knih o rodině*. Praha: Práh, 1994, 1. Vydání. ISBN 80-901325-0-2, str. 19, 56.
- SATIR, V. *Terapie rodiny: krok za krokem podle Virginie Satirové*. Praha: Portál, 2012, 1. vydání. ISBN: 978-80-262-0179-3, str. 97-99.
- SOBOTKOVÁ, Irena. *Psychologie rodiny*. Praha: Portál, 2012, 3. vydání. ISBN 978-80-262-0217-2, str. 11, 44, 47-50, 52, 53, 110.
- TRAPKOVÁ, L. CHVÁLA, V. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2009, 2. vydání. ISBN: 978-80-7367-561-5, str. 111-120, 177.
- VÁGNEROVÁ, M. *Psychologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál, 2004, 3. vydání. ISBN: 80-7178-802-3, str. 124, 597.
- VYMĚTAL, J. A kol. *Obecná psychoterapie*. Praha: Grada, 2004, 2. vydání. ISBN: 80-247-0723-3. str. 71-73.

### **Internetové zdroje:**

- ŠŤASTNÝ, M. Duševní nemoc zasáhne celou rodinu. *Lidé mezi lidmi*. ©2015[cit.2015-02-26]. Dostupné z <http://www.lidemezilidmi.cz/well-being/dusevni-nemoc-zasahne-celou-rodinu>.
- SISK, E. Family therapy. *Encyclopedia of Children's Health*. ©2015[cit.2015-02-26]. Dostupné z <http://www.healthofchildren.com/E-F/Family-Therapy.html>.
- CHVÁLA, V. TRAPKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny*. ©2015[cit.2015-02-26]. Dostupné z <http://www.lirtaps.cz/publikace/kritfalt.htm>.

### **Abstrakt**

ČERNÍKOVÁ, M. Anorexie dítěte a její dopad na rodinu. České Budějovice 2015. Bakalářská práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra etiky, psychologie a charitativní práce. Vedoucí práce Mgr. Lucie Maliňáková.

**Klíčová slova:** rodina, anorexie, rodinná terapie, rodinné fungování, vztahy v rodině.

Bakalářská práce se zabývá situací rodiny, ve které se objevila psychická nemoc – anorexie.

Práce je rozdělena do dvou hlavních částí. V první části této práce jsou popsány teoretické pojmy z psychologie rodiny – správné fungování rodiny, vlastnosti rodinného systému, sociálně patologickými jevy, dále anorexie, příčina vzniku, projevy. Tato část práce je zaměřena také na rodinu se zdravotně postiženým dítětem, pro srovnání zda jsou dopady na tuto rodinu stejné nebo rozdílné. Ve druhé části, za pomoci výzkumu, je zjištěno, zda má anorexie špatný dopad na rodinu, na vztahy a na rodinné fungování.

### **Abstract**

CERNIKOVA, M. Anorexia of a Child and its Impact on the Family. České Budějovice 2015. Bachelor thesis. University of South Bohemia in České Budějovice. Department of Theology. Department of Ethics, Psychology and Charity Work. Work supervisor: Mgr. Lucie Maliňáková.

**Keywords:** anorexia, family, family therapy, family functioning, family relationships.

This bachelor thesis concerns a situation of a family in which appeared mental illness – anorexia.

The work is divided into two main parts. The first part describes theoretical concepts of family psychology – the proper functioning of family, characteristics of family system, social pathology phenomena. It also describes anorexia, its causes and symptoms. This part focuses on families with a disabled child, for comparison, whether the impact on the family are the same or different. The second part, through research, determines whether anorexia has a bad impact on the family, relationships and family functioning.