

## HODNOCENÍ RODINNÝCH VZTAHŮ Z POHLEDU DÍVEK A MLADÝCH ŽEN S MENTÁLNÍ ANOREXIÍ<sup>1</sup>

Tereza Štecková

### Abstrakt

Článek se zabývá problematikou vztahu mentální anorexie a rodinného prostředí. V teoretickém úvodu podávám krátké vymezení mentální anorexie (diagnostická kritéria, prognóza nemoci, teorie vzniku mentální anorexie, somatické komplikace a terapeutické přístupy). Dále se stručně věnuji problematice rodiny, jež tvoří první sociální prostředí dítěte, nejvíce formuje osobnost jedince a ve své podstatě je nenahraditelná.

Cílem výzkumu bylo zmapovat rodinné vztahy a jejich dynamiku z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. Těžiště spočívalo v kvalitativní metodologii. Použité metody: polostrukturovaný rozhovor a Test rodinného systému (FAST), který na tuto problematiku ještě nebyl v České republice aplikován. Výzkumný soubor tvořilo osm respondentek ve věkovém rozmezí 18-28 let. Kritérii bylo, aby byly svobodné, bezdětné, pocházely z úplných rodin a s mentální anorexií se léčily ambulantně nebo byly kvůli ní hospitalizovány.

Dále článek obsahuje výsledky Testu rodinného systému, který je zaměřen na hodnocení těchto dimenzí: koheze, hierarchie, adaptabilita a flexibilita. Jsou uvedeny výsledky polostrukturovaného rozhovoru s dívkami. Jak z rozhovoru, tak z Testu rodinného systému vyplynulo, že dívky pocházejí z dysfunkčního prostředí, v němž byly hádky a nedorozumění na denním pořádku. Necítily oporu, citové zázemí, zájem. Navíc se v rodinách ve zvýšené míře vyskytovala agrese jak verbální, tak i fyzická. Proto není žádným překvapením, že se dívky v rodinách necítily dobře a na své dětství s radostí nevzpomínají.

Z výzkumu vyplynulo, že v terapii mentální anorexie je nutné pracovat s rodinou, nebo, pokud to není možné, alespoň s rodinnými tématy. Řešení rodinných problémů totiž napomáhá k dosažení terapeutického cíle. K diagnostice rodinných vztahů a ke sledování účinnosti rodinné terapie považuji za vhodné použít Test rodinného systému.

**Klíčová slova:** mentální anorexie, terapie, rodina

---

<sup>1</sup> Článek vychází z diplomové práce: Štecková, T. (2007). *Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií*. Diplomová práce. Univerzita Palackého v Olomouci, Filozofická fakulta, katedra psychologie. Vedoucí doc. PhDr. Irena Sobotková, CSc.

## THE ASSESSMENT OF FAMILY RELATIONSHIPS FROM THE VIEW OF THE GIRLS AND YOUNG WOMEN SUFFERING FROM THE ANOREXIA NERVOSA

### Abstract

*The article deals with relations between the anorexia nervosa and the family settings. In a theoretical introduction I present a short definition of anorexia nervosa (diagnostic criteria, prognosis of the disease, theories on the origin of mental anorexy, somatic complications and therapeutic attitudes). Then I briefly pursue the family area, which constitutes the primary social background for the child, which most of all forms the personality of an individual and which is irreplaceable in its nature.*

*The aim of the research was to chart family relations and their dynamics from the view of girls and young women suffering from mental anorexy. The focus lies on qualitative methodology. Methods used were: semi-structured interview and the Family System Test, which hasn't been applied on this matter in the Czech Republic yet. The research sample consisted of eight female respondents between 18 and 28 years old. The criteria were: to be single, childless, to come from complete families, and to be treated from anorexia nervosa in an ambulatory way or in the hospital.*

*The article also includes results of the Family System Test, which is focused on evaluation of these dimensions: coherence, hierarchy, adaptability and flexibility. Results of the semi-structured interview with girls are also presented. Either from the interview and the Family System Test emerged that the girls come from the dysfunctional background, where arguments and misunderstandings were in the daily order. They didn't feel support, emotional background, involvement. Moreover in the families the verbal and bodily aggression occurred. That is why there is no surprise that the girls didn't feel well in the families and they don't remember their childhood with pleasure.*

*The research indicates that in the anorexia nervosa treatment it is necessary to work with the family, if it is not possible, with the family themes at least. Family problems solution actually helps to achieve the therapeutical aims. I consider the Family System Test as suitable for the family relations diagnosis and for the appraisal of the effectivity of family therapies.*

Key words: *mental anorexy, therapy, family*

## Úvod

O problematiku mentální anorexie se zajímám již několik let. Když opominu to, že je to jedna z nejzávažnějších psychických poruch, která způsobuje velké potíže nejen nemocným dívkám, ale také jejich okolí, a že v mnoha případech může skončit úmrtím, je to hlavně proto, že jsem sama zažila bezradnost, když jsem tápala, jak mám své nemocné přítelkyni pomoci.

Tato bezradnost, která ruku v ruce kráčela s nadějí v její vyléčení, mě vedla k tomu, že jsem se o toto téma začala zajímat podrobněji. Přála jsem si pochopit nejen nemoc a dívky, které touto nemocí trpí, ale také jejich rodinné prostředí. Na rodině totiž velkou měrou záleží, jestli nás do života vybaví láskou, sebejistotou, pocitem vlastní ceny, či nikoli. Jestli nás naučí se problémům postavit a prát se s nimi, nebo boj vzdát.

V diplomové práci, z níž tento článek vychází, jsem si dala za cíl zjistit, jak na svou rodinu a život v ní pohlížejí právě nemocné dívky.

## Teoretické vymezení

Mentální anorexie patří k jedné z nejzávažnějších psychických poruch, která se vyskytuje převážně u děvčat ve věku třinácti až dvaceti let. Může se vyskytnout i dříve a výjimečně i po čtyřicátém roce (Krch, 1999). Základní diagnostická kritéria mentální anorexie vymezuje MKN - 10 (F 50.0) takto:

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úroveň (ať už byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo BMI 17,5 (kg/m<sup>2</sup>) a nižší. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.
- Snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých tloustne“ a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedině ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypothalamo-hypofyzo-gonádovou osu, jež se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna (Kocourková, 1997).

V případě, že pacientka nesplňuje všechna daná kritéria a přitom se jedná o typický klinický obraz, hodnotí MKN-10 (F 50.3) anorexii za atypickou.

Ačkoli mentální anorexie je známá již od dob Galéna, zejména v poslední době je jí věnováno hodně pozornosti v médiích a to nejen vzhledem k vysokému nárůstu jejího výskytu, ale také kvůli stále se zvyšující úmrtnosti – udává se 5 až 20% (Papežová, Uher, 2002). Úmrtnost je dvojnásobná ve srovnání s dalšími psychiatrickými pacienty, a až desetinásobná ve srovnání s populací obecnou (Papežová, 1997). Nejčastější příčinou je úmrtí je srdeční zástava či banální infekce (Papežová, Uher, 2002). Průměrná délka trvání nemoci se uvádí 6 let (Papežová, 1997).

Autoři se shodují, že okolo 40 % pacientek se uzdraví úplně, 30 % se zlepší, kolem 20 % zůstává nezlepšeno, nebo se postupně průběh onemocnění zhorší a 2-5 % chronických případů umírá suicidem (Smolík, 1996). Chronické případy trvají 20-30 let a končí předčasnou smrtí. Více se u nich objevuje zvracení, deprese, sociální fobie (Papežová, 1997).

Prediktorem dobré prognózy je časný počátek poruchy a její krátké trvání, spokojenost se zaměstnáním a hysterické osobnostní rysy (Krch, 1999). Horší prognóza se vyskytuje u pacientek s nízkou, minimální váhou, výraznými váhovými výkyvy, častějším zvracením, neúspěšnou předchozí léčbou, komorbiditou, premorbidně narušenými rodinnými vztahy a horší kvalitou života, jak uvádí Papežová (in Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Dále je pak za špatný prediktor považována deprese, dlouhodobý průběh nemoci, manželství (neboť vdané ženy jsou odolnější vůči změně) a též příslušnost k nízké společenské třídě a nízký intelekt (Krch, 1999).

V současné době existuje několik teorií, které se snaží vysvětlit vznik mentální anorexie. Někteří autoři zdůrazňují patologii v rodinném systému, který neumožňuje adekvátní vývoj dívky. Například podle Bruchové (1978; in Kocourková, 1997) je vývoj mentální anorexie velmi úzce spojen s abnormalitami ve vzorcích rodinné interakce a úspěšné řešení vyžaduje i řešení rodinných problémů.

Další významnou teorií je teorie sociokulturní, která činí hlavním viníkem nepřiměřenost vyhublého, ženského ideálu, který se na ženy každodenně hrne ze všech stran. Mentální anorexie se nejvíce objevuje v západních zemích, kde je ve společnosti preferovaná štíhlost, jež je symbolem krásy a úspěchu. Je v ní kladen důraz na individualitu, výkon, prestiž a sebeovládání. Se štíhlostí je spojováno mládí, krása, úspěch a aktivita (Kocourková, 1997).

Nemalé ohlasy mají také teorie genetické či biologické. Nicméně platí, že jde o multifaktoriální poruchu, na které se podílí mnoho vlivů a lze jen stěží určit, který je ten "hlavní". Proto se mluví o bio-psycho-sociální podmíněnosti této poruchy.

Ženy s mentální anorexií bývají popisovány jako průměrně až nadprůměrně inteligentní (Faltus, 1979). Nedokáží si jasně vymezit své hranice, potlačují pudovost a objevuje se u nich porucha sebehodnocení (Poněšický, 1997). Mají tendenci vyhýbat se problémům a převažují u nich defenzivní a únikové reakce. Bývají popisovány jako sebeomezující, někdy se k sobě chovají až autoagresivně a častěji reagují pocity viny (Vágnerová, 1999).

U žen trpících mentální anorexií se objevují nemalé somatické komplikace, které jsou navíc často umocněny výraznou podvýživou a ne vždy jsou tyto změny reverzibilní. Mezi nejvýraznější patří potíže gastrointestinální, vznik osteoporózy, porucha termoregulace a snížení imunity. Neméně závažné jsou též hematologické, endokrinní a neurologické změny.

Ruku v ruce se somatickými potížemi se nejčastěji objevuje depresivní symptomatika a to v 25-75 % případech (Koutek, Kocourková, 2005).

Mentální anorexie je multidimenzionální poruchou a proto se při léčbě od terapeuta vyžaduje nejen znalost její problematiky (např. psychických, emočních či sociálních projevů a důsledků), ale také znalosti z oblasti nutričního poradenství. Bezprostředním cílem léčby je nutriční rehabilitace, odstranění jídelní patologie a postupné navození normálního jídelního režimu (Papežová in Höschl, Libiger, Švestka, 2002). Psychoterapie je zaměřena na nejrůznější psychologické problémy (například nízké sebevědomí, problémy ve vztazích, aj.), které se podílejí na udržování a rozvoji mentální anorexie a také je zaměřena na prevenci relapsu (ten se vyskytuje až v 50 % případů) (Kocourková, 1997).

Možnosti terapie mentální anorexie jsou v dnešní době široké (např. kognitivně–behaviorální, psychoanalytická a psychodynamická terapie, rodinná terapie, terapie zaměřená na tělo, motivační terapie, terapie body image a farmakoterapie). Každá z terapií má v sobě léčebný potenciál, ale aby ten mohl zapůsobit, je třeba vstřícného, partnerského a důvěrného vztahu s terapeutem.

Ukazuje se jako nesporný fakt, že na vzniku mentální anorexie se může výraznou měrou podílet rodina. Plaňava definuje rodinu jako systém, který má své uspořádání a jehož smysl, účel a náplň spočívá v utváření poměrně bezpečného a stálého prostoru a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí (Plaňava, 2000).

Rodina je určujícím faktorem zdravého vývoje osobnosti a je ve své podstatě pro jedince nenahraditelná. Měla by být schopna plnit své základní funkce a to reprodukční, ekonomickou, výchovnou a zejména emocionální. Tvoří první sociální prostředí dítěte, umožňuje mu vstup do základních sociálních vztahů a postupně formuje jeho osobnost. Poskytuje mu základní životní orientaci, ukazuje mu model rolí v manželství, rodičovství a společenském uplatnění. Rodina poskytuje svým členům celoživotně nenahraditelné dimenze a v pozitivním, někdy i negativním smyslu je také celoživotně poznamenává.

Každá rodina má svou specifickou strukturu a dynamiku. Struktura poskytuje informace o času, který spolu členové rodiny tráví, o způsobu sdílení prostoru, jenž může poukazovat na vztahy mezi členy rodiny, i o hranicích mezi různými subsystemy (např. partnerský, rodičovský, sourozenecký). V rámci dynamiky se věnuje pozornost rodinným procesům, změnám, rituálům a zejména komunikaci.

## **Cíl výzkumu**

Za úkol jsem si dala prozkoumat detailně rodinné prostředí dívek a mladých žen s mentální anorexií. Domnívám se, že rodinné prostředí hraje velmi důležitou roli při jejich nemoci. I kdyby sama rodina nebyla spouštěcím faktorem, bezesporu hraje důležitou úlohu při procesu uzdravování. Mým konečným cílem bylo tedy zmapovat rodinné vztahy a jejich dynamiku z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií.

K dosažení stanoveného cíle jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Jak charakterizují dívky s mentální anorexií své rodiče, (sourozence) a rodinné prostředí?
2. Jak hodnotí dívky s mentální anorexií jejich vzájemné vztahy?
3. Změnily se rodinné vztahy a fungování v době nemoci?
4. Jak se změnily rodinné vztahy a fungování rodiny po léčbě mentální anorexie?

## Metody získávání dat

Těžiště výzkumné části práce spočívalo v kvalitativní metodologii. Pro výzkum jsem se rozhodla použít **polostrukturovaný rozhovor**, protože eliminuje nevýhody jak nestrukturovaného, tak plně strukturovaného rozhovoru. Předem jsem si vytvořila výzkumné otázky vzhledem ke svému výzkumnému cíli. Ty obsahovaly ještě řadu dalších podotázek, tvořících osnovu rozhovoru. Výběr místa, kde budou rozhovory probíhat, jsem nechala na respondentkách. Chtěla jsem, aby se ve zvoleném prostředí cítily dobře a uvolněně. U všech respondentek (kromě jedné) rozhovory proběhly v jejich oblíbené kavárně. Rozhovory se nesly v přátelském duchu, s některými respondentkami udržuji kontakt dodnes.

Respondentky jsem informovala o nahrávání rozhovoru na diktafon a o anonymitě jejich údajů. Dala jsem jim možnost změnit si křestní jméno, čehož některé s radostí využily, ostatním jsem jméno pro účely výzkumu změnila sama.

Dále jsem použila **Test rodinného systému** (Family System Test – FAST), který na tuto problematiku v České republice ještě nebyl aplikován (Gehring, 2005). Tento test se zaměřuje zejména na to, jak členové rodiny vnímají kohezi a hierarchii v rodině, což jsou dvě klíčové dimenze, které ovlivňují kvalitu rodinných vztahů. Koheze vyjadřuje, jak členové rodiny vnímají rodinu jako celek a poukazuje na emocionální vazby mezi členy rodiny. Hierarchie se vztahuje například k autoritě, dominanci či síle vlivu, který má jeden člen rodiny na druhého.

Dále test sleduje ještě další důležitou dimenzi rodinného fungování a to flexibilitu rodinné struktury a kvalitu generačních hranic. Flexibilita značí schopnost rodiny přizpůsobit se změnám a stresům, se kterými se v průběhu životního cyklu setkává. Hranice sledujeme při popisu vztahů mezi rodinou a jejím okolím a při popisu vztahů mezi jednotlivými subsystemy v rodině. Ve zdravých rodinách jsou jasné generační hranice. Naopak rodiny ohrožené nemají generační hranice jasné, často se zde objevují mezigenerační koalice nebo převrácená hierarchie.

Úkolem zkoumané osoby je, aby prostřednictvím figurek (bezbarvých či barevných) a postavců znázornila, jak jsou si členové rodiny blízcí a jaký vliv nebo moc má každý člen rodiny. Nejdříve se znázorňuje typická situace v rodině, poté ideální a nakonec konfliktní. Po každém znázornění se provádí rozhovor, který má pomoci objasnit vytvořenou situaci.

Test lze vyhodnocovat kvalitativně i kvantitativně. Při kvantitativním hodnocení se sleduje koheze (vysoká, střední a nízká), mezigenerační koalice, hierarchie (vysoká, střední a nízká), převrácená hierarchie a typy vztahových struktur (vyvážená, labilně vyvážená a nevyvážená).

Při vyhodnocování kvalitativním sledujeme chování zkoumané osoby při testu. Velmi důležité z hlediska klinického je zaznačení směru, kam se figurky dívají. Většinou je přímý oční kontakt chápán jako známka pozitivního vztahu a často koreluje s kohezí. Vždy je ale nutné nechat si od zkoumané osoby vysvětlit, co oční kontakt znamená. Také výběr barevné figurky svědčí o mnohém. Respondenti do barvy často projikují své představy, což se zjistí následným rozhovorem.

Test vychází ze strukturální teorie rodinných systémů a může být podán jak jednotlivci, tak zároveň i více členům rodiny. Test rodinného systému je bezesporu účinným pomocníkem jak v klinické, tak i poradenské praxi.

## Popis výzkumného souboru

Při výběru výzkumného souboru jsem si určila následující kritéria. Dívky se měly pohybovat v rozpětí 18-28 let. Spodní hranici jsem stanovila kvůli plnoletosti (u mladších by byl nutný souhlas rodičů) a také kvůli tomu, aby se do souboru nedostaly dívky, které jsou léčeny pod nátlakem a nedobrovolně, což by vnímání rodiny mohlo zkreslit. Co se týče horní hranice, přála jsem si, aby věkový rozdíl mezi respondentkami nebyl vysoký. Zajímalo mě, jak je nemoc vnímána v přechodné fázi mezi adolescencí a dospělostí. Navíc jsem chtěla zjistit, jak respondentky vnímají rodinu, v níž vyrůstaly, ještě před vytvořením své vlastní rodiny. Dalším kritériem bylo, aby respondentky neměly děti. Z důvodu zkoumání rodinného prostředí a některých mechanismů zvládnání problémů bylo důležité, aby rodiče dívek nebyli rozvedeni a bydleli ve společné domácnosti.

Další požadavek vzhledem k dívkám byl, aby se léčily ambulantně s diagnózou mentální anorexie nebo byly s touto diagnózou hospitalizovány. Podařilo se mi nakonec zařadit do souboru čtyři respondentky, jež se léčily ambulantně, a čtyři respondentky, které se léčily na oddělení poruch příjmu potravy.

Zkoumaný soubor tedy tvoří osm respondentek ve věkovém rozmezí 18-28 let. Všechny byly léčeny (7 z nich se stále léčí) s diagnózou mentální anorexie, všechny jsou svobodné a bezdětné. Dvě respondentky nemají sourozence.

Původně jsem chtěla získat pro rozhovor 10 dívek a mladých žen s mentální anorexií. Získávání účastnic výzkumu se však ukázalo jako velice obtížné. Na tři respondentky jsem získala telefonní číslo přes dívku, s níž jsem se seznámila v době jejího léčení na oddělení poruch příjmu potravy, které jsem ze zájmu o problematiku navštívila. Tato dívka se bohužel výzkumu nezúčastnila z důvodu nemoci před odletem do ciziny. Dvě z těch, na které mi dala kontakt, se výzkumu zúčastnily, jednu jsem nakonec do výzkumu nezahrnula. Se schůzkou třikrát souhlasila, ale vždy ji na poslední chvíli odřekla a tak jsem ji na počtvrté nekontaktovala. Tři respondentky jsem znala a s účastí na výzkumu souhlasily. Na další tři respondentky jsem získala kontakt přes oslovení velkého množství odborníků a známých.

## Výsledky Testu rodinného systému

Respondentky vnímaly **typické vztahy** v rodině jako málo kohezivní (pouze 3 respondentky je vnímaly jako středně kohezivní), s nízkou úrovní hierarchie (opět kromě 3 respondentek, jež je vnímaly jako středně hierarchické). Ve třech případech se na úrovni subsystému objevila převrácená hierarchie (dítě má stejnou nebo větší moc než jeden nebo oba rodiče). Většina respondentek znázornila typické rodinné vztahy jako nevyvážené (4) či labilně vyvážené (2), jen dvě respondentky je znázornily jako vyvážené.

Při znázornění **ideální situace** si všechny respondentky kromě jedné přály, aby rodina byla vysoce kohezivní, ale bez hierarchických rozdílů mezi nimi a rodiči (zde vyjma 2 respondentek), což rodinu posouvá do nevyvážené vztahové struktury. To zřejmě souvisí s tím, že ani jedna dívka nevnímala v typické situaci rodinnou kohezi jako vysokou (proto přání vysoké soudržnosti). Na druhé straně se však objevilo přání nízké hierarchie, což může svědčit o separaci a rovnoprávnosti, po které dívky touží.

V **konfliktní situaci**, která vždy souvisela s mentální anorexií, všechny respondentky vnímaly rodinnou kohezi jako nízkou a v rodinách pěti respondentek se objevila převrácená hierarchie. Při výskytu problému všechny respondentky vnímaly rodinnou strukturu jako relativně neměnnou čili neflexibilní. To nasvědčuje tomu, že rodina není schopna měnit své fungování při vzniku problémů. U tří respondentek se navíc koheze ze střední úrovně dostala na nízkou, což poukazuje na rozvolnění emočních vazeb při problému s mentální anorexií.

## Výsledky rozhovoru

Z hloubkových polostrukturovaných rozhovorů vyplynula zajímavá zjištění, která se týkají vztahu mezi problémem mentální anorexie a rodinným prostředím. Všechny respondentky kromě jedné pocházejí z dysfunkčních rodin – přesto, že rodiče nejsou rozvedeni a žijí ve společné domácnosti.

V rodinách respondentek je typická špatná atmosféra, která je dána disharmonickým vztahem rodičů (hádky, nepochopení), nedostatečnou vazbou jednotlivých členů mezi sebou a převažující negativní komunikací. Rodiny se v kontextu sociální sítě jeví jako uzavřený systém, bez snahy o přátelské vztahy a jejich navazování s okolím. Přesto se rodiny svému okolí snažily jevit jako konzistentní a harmonické (snaha zachovat společenské „dekorum“).

V rodinách zkoumaných dívek s mentální anorexií je typická dominance otce, která ale nevyplývá z jeho přirozené autority a role. V těchto rodinách prosazovali otcové svou dominanci mnohdy verbální a někdy i fyzickou agresí.

V rodinách převažuje nevhodný typ výchovy, ve kterém se objevovaly příkazy, zákazy, tresty, urážky, ponižování a fyzické tresty, anebo na druhou stranu nezáměr o dceru. Rodiče při výchově nebyli konzistentní.

Na problémy, které se v rodinách objevily, rodiče nepřiměřeně emočně reagovali, nebyli je schopni racionálně řešit, naopak měli tendenci je popírat a bagatelizovat. Často bylo s řešením spojeno agresivní chování. V konfliktech často docházelo i ke snižování sebeúcty jednotlivých členů.

Rodiče kladli na dcery vysoké požadavky, které respondentky vnímaly jako nesplnitelné, což mělo negativní vliv na jejich sebevědomí. Určitě je zářejícím jevem, že rodiče si nevšimli nástupu nemoci a museli být na nemoc upozorněni okolím.

Svým dětem většina rodičů nedokázala poskytnout dostatečnou pomoc a podporu. O problémy dětí neprojevovali dostatečný zájem, nebo vůbec žádný. Citové zázemí, projevy lásky a tělesný kontakt v rodině byl vnímán dívkami jako nepostačující.

V rámci těchto zjištění není překvapující, že dívky a mladé ženy s mentální anorexií se necítily v rodinách dobře a na své dětství pohlížejí negativně.

Pozitivní se jeví, že v době akutního ohrožení nemocí se objevila se snaha dcerám pomoci. Přesto se v rodinném fungování téměř nic nezměnilo, rodiče pouze více hlídali dcery, jestli jí. V současné době rodiče nechťejí o nemoci hovořit, ačkoli problémy u respondentek přetrvávají.



## Diskuse

Hlavním cílem výzkumu bylo zmapovat rodinné vztahy a jejich dynamiku z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. Vzhledem k výzkumnému cíli spočívalo těžiště výzkumu v kvalitativní metodologii.

Z rozhovorů jsem zjistila, že dívky pocházejí z dysfunkčních rodin, v nichž je špatná atmosféra plná konfliktů (hádky, nepochopení), umocněná disharmonickým vztahem mezi rodiči a nedostatečnou citovou vazbou mezi členy rodiny.

Tato zjištění potvrdil i Test rodinného systému, ve kterém respondentky znázornily vztahy v rodině jako málo kohezivní, s nedostatečnou emoční vazbou mezi členy rodiny a nízkou hierarchií. U některých respondentek se objevila převrácená hierarchie. Vztahy v rodině byly znázorněny převážně jako nevyvážené nebo labilně vyvážené.

To je ve shodě se švýcarskou studií, ve které byl test ověřován na vzorku klinických a neklinických rodin. Klinické rodiny byly charakteristické rovněž nízkou kohezí a nízkou, nebo vysokou úrovní hierarchie. Na úrovni subsystému se objevily nejasné generační hranice (mezigenerační koalice nebo převrácená hierarchie). Rodinné vztahy byly znázorněny jako nevyvážené (Gehring, 2005).

Ve fungující rodině mají rodiče vedoucí pozici a generační hranice jsou jasně dané (Riskin, 1982; in Plaňava, 2000).

Rodina spolu netrávila téměř žádný čas a ani neměla žádné rituály, které by rodině pomáhaly zvládat náročné životní situace. Sobotková uvádí, že rituály napomáhají obnově rodinné identity a mají pomocnou a stabilizační funkci (Sobotková, 2007).

Při výchově rodiče nebyli jednotní a namísto autoritativního stylu, který se vyznačuje jasným stanovením pravidel, zásad, dobrou komunikací a citovou náklonností, převažoval nevhodný typ výchovy (příliš liberální - nezáměr o dceru a velká volnost nebo na druhou stranu velmi autoritářský – bití a zásady, které se nemění). Je zcela přirozené, že se rodiče mohou lišit v názorech, jak dítě vychovávat, ale měli by o tom diskutovat a nezatahovat do jejich sporů dítě (Riskin, 1982; in Plaňava, 2000).

V rodinách převládala negativní komunikace (neustálé výčitky, ztrapňování, nadávky, kritizování), tudíž chyběla empatie, naslouchání, stejná možnost všech členů rodiny, aby vyjádřili svůj názor. Chyběl zde i smysl pro humor, který je v literatuře (Skynner, 1995; in Sobotková, 2007) uváděn jako jeden ze znaků podílejících se na funkčnosti rodiny.

Při výskytu problémů rodiče nepřiměřeně emočně reagovali (neustálé hádky a vyčítání, často byla užívána agrese), nebo problémy bagatelizovali a popírali. Ačkoliv se hádky v literatuře (Beavers, 1977; in Simon, Stierlin, 1995) uvádějí jako jeden z možných způsobů řešení problémové situace, který slouží k probrání a vyřešení konfliktů, v těchto rodinách tomu tak nebylo. Hádky sloužily pouze jako způsob vybití emočního napětí, kdy docházelo ke snižování sebeúcty jednotlivých členů; byly projevem neschopnosti problém řešit.

Rozhovorem jsem zjistila, že rodina při problémech a v době nemoci nebyla schopna změnit své fungování. Setrvávání v neosvědčených způsobech řešení nebo jejich popírání bývá přítomno právě v dysfunkčních rodinách (Weakland et al., 1980; in Simon, Stierlin, 1995). Neschopnost problémy řešit bývá dokonce pro rodiny dívek s mentální anorexií typická (Minuchin, 1978; in Kocourková, 1997).

I v Testu rodinného systému vyšlo shodné zjištění. Všechny respondentky vnímaly při problémech rodinnou strukturu jako rigidní. Nepružnost rodiny může svědčit o tom, že rodina není schopna měnit své fungování při vzniku problémů. To patří mezi závažné faktory, jež přispívají ke vzniku a udržování psychických poruch (Beavers, 1977; in Gehring, 2005).

Tyto výsledky se shodují s výzkumem Wallera, Sladeho a Calama (in Krch, 1999), kteří zjistili, že pacientky, jež trpí poruchami příjmu potravy, hodnotily svou rodinu jako rigidní a s nižší vnitřní kohezí.

Rodiče dcerám neposkytovali dostatečnou pomoc a podporu, o problémy dcer se nezajímali, nebo jen málo. Rodiče kladli na dcery vysoké požadavky, které nemohly splnit. Úspěchy dcer rodiče často podceňovali a devalvovali.

V těchto rodinách nebylo vytvořeno ovzduší důvěry, bezpečí a emoční podpory, což je jedna z dimenzí fungování zdravé rodiny (Plaňava, 2000) a rodina tedy jen v malé či nedostatečné míře plnila emocionální funkci.

Je zcela evidentní, že dívkám citová blízkost velmi chyběla. To se projevilo i v Testu rodinného systému znázorněním vysoké koheze v ideální situaci a v následném rozhovoru, v němž všechny dívky vyjádřily přání, aby si byly s rodiči bližší a měli se všichni rádi.

Rodiny byly uzavřené vůči svému okolí a nejevily snahu o navazování kontaktů mimo rodinu. Jak uvádí Sobotková, izolovanost rodiny nebo naopak extrémní otevřenost často poukazuje na rodinnou patologii (Sobotková, 2007).

Všichni odborníci se shodují na důležitosti orientační rodiny, která je určujícím faktorem zdravého vývoje osobnosti. Dle mého názoru se dysfunkčnost rodiny může spolupodílet na vzniku mentální anorexie. I kdyby nebyla spouštěcím faktorem, bezesporu hraje velmi důležitou roli v procesu uzdravování a uzdravení.

## Závěr

V diplomové práci a v tomto článku jsem se pokusila o nástin problematiky mentální anorexie a její souvztažnosti s rodinným prostředím. V rámci daných zjištění považuji za nezbytné, aby do terapie mentální anorexie byla zahrnuta i rodina nemocné dívky. Pokud to není možné, je nutno pracovat v terapii alespoň s rodinnými tématy. Ujasnění a vyřešení rodinných problémů účinně napomůže k rychlejšímu dosažení terapeutického cíle. Dále bych doporučila použít k diagnostice rodinných vztahů Test rodinného systému, který by mohl posloužit též jako nástroj sledování účinnosti rodinné terapie.

Věřím, že nejen odborníci, ale také ostatní lidé, mohou svým citlivým, empatickým a povzbuzujícím přístupem nemocným dívkám pomoci.

## Literatura

Beavers, R. (1977). *Psychotherapy and Growth. A Family Systems Perspective*. New York: Brunner/Mazel.

Bruch, H. (1978). *The Golden Cage*. London: Harvard University.

- Faltus, F. (1979). *Anorexie mentalis. Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. Praha: Avicenum.
- Gehring, T. M. (2005). *Test rodinného systému – FAST*. Praha: Testcentrum.
- Höschl, C., Libiger, J., & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: Tigis.
- Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2005). Suicidální chování u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 101, 26.
- Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada.
- Minuchin, S. G., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge: Harvard University.
- Papežová, H. (1997). Poruchy příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 93, 69-75.
- Papežová, H., & Uher, R. (2002). Motivační terapie u poruch příjmu potravy II. Klinické ukázky a nástroje. *Česká a slovenská psychiatrie*, 98, 28-32.
- Plaňava, I. (2000). *Manželství a rodiny. Struktura, dynamika, komunikace*. Brno: Doplněk.
- Poněšický, J. (1997). *Psychodynamika psychosomatických onemocnění – anorexia nervosa*. Praha: Triton.
- Riskin, J. (1982). Research on „Nonlabeled” Families: A Longitudinal Study. In Walsh, F. (Ed.), *Normal Family Processes* (67-93). New York: The Guilford Press.
- Simon, F. B., & Stierlin, H. (1995). *Slovník rodinné terapie*. Hradec Králové: Konfrontace.
- Skygger, R. (1995). *Family matters*. London: Methuen.
- Smolík, P. (1996). *Duševní a behaviorální poruchy. Průvodce klasifikací, nástin nozologie. Diagnostika*. Praha: Maxdorf.
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
- Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese, variabilita a patologie lidské psychiky*. Praha: Portál.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Family adaptability and cohesion: Relation to eating attitudes and disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 225-228.
- Weakland, J. H. et al. (1980). *Interaktion* (369-401). Bern: Huber.

#### **O autorce:**

Mgr. Tereza Štecková vystudovala Filosofickou fakultu Univerzity Palackého – obor psychologie. V současné době pracuje ve FN Olomouc a věnuje se doktorandskému studiu na LF UP, obor neurologie.

#### **Kontaktní údaje:**

e-mail: Tess.S@seznam.cz  
adresa: Pivín 120, 798 24

---

Štecková, T. (2007). Hodnocení rodinných vztahů z pohledu dívek a mladých žen s mentální anorexií. *E-psychologie* [online]. 1(1), [cit. vložit datum]. Dostupný z WWW: <<http://e-psycholog.eu/pdf/steckova.pdf>>.