

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



**Vliv perfekcionistařké výchovy rodičů na vznik a vývoj
poruch příjmu potravy v dospívání**

Bc. Kateřina Krhánková, Dis.

vedoucí práce: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2014

Prague college of psychosocial studies



Effect of perfectionist parents' upbringing on the origin and development of eating disorders in adolescence

Bc. Kateřina Krhánková, Dis.

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Kulhánek

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci k magisterské zkoušce vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Plzni dne, 27. července 2014

Bc. Kateřina Krhánková, Dis.

podpis studenta

Poděkování

Děkuji za podporu, spolupráci a podnětné rady zejména Mgr. Janu Kulhánkovi. Jeho laskavé vedení mi bylo velkou oporou.

Dále bych ráda poděkovala MUDr. Aleně Večeřové - Procházkové za pomoc, podporu a trpělivost.

Obsah

Úvod	7
1 Teoretická část	9
1.1 Úvod do problematiky poruch příjmu potravy	9
1.1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy	9
1.1.2 Mentální anorexie a mentální bulimie	11
1.1.3 Diachronní pohled na vnímání těla a tělesnosti v západní kultuře	14
1.1.4 Ideál krásy ženského těla v západní společnosti	19
1.1.5 Relativita vnímání těla	21
1.2 Úvod do problematiky rodiny	22
1.2.1 Vývojový cyklus rodiny	24
1.2.2 Hodnotová orientace v rodině	27
1.2.3 Vývoj stravovacích návyků v rodině	28
1.3 Základní teorie vztahu rodičů a dítěte	32
1.3.1 Psychosociální vývoj lidského jedince	33
1.3.2 Vývojové období adolescence	34
1.3.3 Výchova a způsoby výchovy v rodině	36
1.3.4 Perfekcionistická výchova	41
1.4 Teorie vzniku poruch příjmu potravy	46
1.4.1 Individuální model etiopatogeneze mentální anorexie	47
1.4.2 Sexuální zneužívání a poruchy příjmu potravy	52
1.4.3 Rodinný model etiopatogeneze mentální anorexie	53
1.4.4 Sociokulturní model etiopatogeneze mentální anorexie	54
1.4.5 Model psychosomatického onemocnění	56
1.4.6 Poruchy příjmu potravy jako chorobná závislost na jídle	57
1.5 Znaky rodinného prostředí s výskytem poruch příjmu potravy	58
1.5.1 Osobnostní rysy a typické projevy chování u osob trpících PPP	60

1.5.2	Otec.....	64
1.5.3	Matka.....	65
1.5.4	Nepřiměřená očekávání a role viníka a oběti v rodinách s PPP.....	67
1.5.5	Separace dívek jako vývojový úkol a poruchy příjmu potravy.....	69
1.6	Možnosti pozitivní změny vztahů v rodině, možnosti léčby PPP.....	71
1.6.1	Léčba poruch příjmu potravy.....	72
1.6.2	Psychoterapeutické přístupy k poruchám příjmu potravy.....	74
1.6.3	Pomoc a podpora rodiny v průběhu léčby poruch příjmu potravy.....	79
2	Praktická část.....	83
2.1	Případová studie.....	83
2.1.1	Sociální evidence.....	83
2.1.2	Sociální diagnostika.....	84
2.1.3	Navrhovaná řešení a plán sociální pomoci.....	91
3	Diskuse.....	97
	Závěr.....	101

„Dokonalost neexistuje.

Toto pochopení je triumfem lidské inteligence.

Toužit po dokonalosti je tím nejnebezpečnějším

druhem šílenství.“

(Alfred de Musset)

Úvod

Dobrá sociální pracovník by měl, podle mého názoru, znát práci s různými cílovými skupinami, umět spolupracovat a komunikovat jak s jedinci, tak s rodinou, skupinou, komunitou a svým působením měnit k lepšímu celou společnost. Výhodou je nejen dobrý pozorovací talent a orientace v různých problematických oblastech společnosti, ale také umění dobře popsat a objasnit nejrůznější společenské jevy. Takový sociální pracovník pak může efektivně přispět k řešení vzniklých náročných situací v životě svých klientů tím, že umí všem zúčastněným stranám pomoci pochopit co se děje, nabídnout možná řešení, zprostředkovat tu správnou odbornou pomoc a případně koordinovat tým odborníků soustředěných kolem zvládnutí jediného případu. S touto představou o možnosti, jak uchopit profesní poslání sociální práce, jsem se rozhodla psát svou diplomovou práci.

Během svého působení v oblasti práce s cílovou skupinou děti a mládež ohrožené rizikovými společenskými jevy jsem se několikrát setkala s klienty, kterých se nějakým způsobem dotklo setkání s jednou z poruch příjmu potravy. Tento jev mě natolik zaujal, že jsem se o problematiku začala zajímat více. Toto závažné psychosomatické onemocnění nakonec zasáhne nejen všechny oblasti života toho, kdo onemocněním trpí, ale také jeho rodinu a přátele. Pracovala jsem v oblasti primární prevence a tak mě ponejvíce zajímalo, jak toto onemocnění vzniká. Během spolupráce s rodiči rizikovým způsobem života ohrožených klientů jsem si mimo jiné všimla, jak významné je pro ně pochopení toho, co se s jejich dětmi děje a vypořádání se s pocitem viny za situace, do nichž se jejich děti dostaly. Pro svou diplomovou práci jsem si

vybrala právě děti s poruchami příjmu potravy a jejich rodiče, protože se domnívám, že tento jev je neméně stejně důležitý, jako například dobře propracovaná metodika práce s dětmi a mládeží ohroženými drogovou závislostí.

Ráda se dívám kolem sebe. Pozorují společnost a její proměny, snažím se zachytit nasměrování a vývoj různých společenských jevů. Současná česká společnost je zaměřená na výkon. Fenomenoložka Anna Hogenová k tomu říká, že žijeme v době výkonové. Osobně s ní naprosto souhlasím a pozoruji, jak zátěžové může takové nasměrování společnosti být pro některé senzitivní jedince. Je pochopitelné, že jedním z životních cílů může být pro mnohé uspět ve společnosti, svým výkonem si vybudovat dobrou kariéru a zaujmout ostatní. Stejně tak je přirozená snaha většiny rodičů dobře své děti připravit na budoucí samostatný život a co nejlépe je začlenit do společnosti. Pro každého rodiče to může znamenat něco jiného. Rodiče volí různé výchovné styly, rodiny mají své vlastní jedinečné hodnoty. Někteří rodiče se plně přizpůsobují výkonové době a možnostem, jak co nejlépe obstát ve společnosti preferující výkon jako jednu z nejvyšších hodnot. Tomu pak přizpůsobují své výchovné působení na dítě.

Ve své práci se chci pokusit podívat na tyto dva jevy a jejich možnou souvislost. Nebudu se ani tak zaměřovat na poruchy příjmu potravy jako na medicínské onemocnění, ale jako na společenský jev zasazený do určitého prostředí. Cílem mé práce není jednoznačně určit, zda je, či není, výchova k perfekcionismu jednou z možných příčin vzniku poruch příjmu potravy v dospívání. Etiologie tohoto onemocnění není doposud odborníky jednoznačně určena. Svou prací chci spíš přispět k objasnění a náhledu na možné souvislosti mezi vysokými požadavky na dítě ze strany rodičů a poruchami příjmu potravy u dospívajících. Jde mi spíš o náhled na tyto dva jevy z celku, tvořícího společný život dětí a rodičů v rodině, žijící v určitém konkrétním společenském prostředí. Cílem práce je účinná pomoc pro sociálního pracovníka, aby se dobře orientoval v dané problematice, získal vlastní názor na možné souvislosti, uměl je objasnit a komunikovat s klienty a věděl o možnostech pomoci v českém prostředí. Mým přáním je také inspirovat kolegy k doposud nerealizovaným výzvám, jak přispět k širší nabídce podpory rodinám s výskytem poruch příjmu potravy u svých dospívajících dětí.

1 Teoretická část

1.1 Úvod do problematiky poruch příjmu potravy

Kapitolu uvedu stručným historickým přehledem problematiky poruch příjmu potravy¹. Dále se budu věnovat velmi krátce tomu, co PPP představují. Aby bylo možné vidět PPP jako určitý společenský jev, zasazený do určitého kontextu jiných společenských jevů, je podle mého názoru důležité připomenou si, jak naše západoevropská kultura vnímala a vnímá lidské tělo. Lidé s PPP mají pozměněné vnímání a vztah k vlastnímu tělu. Chci proto nabídnout v závěru kapitoly zamyšlení nad relativitou pohledu na tělo, zejména tělo ženské.

První zmínka v historických lékařských záznamech o anorexii je z roku 895. Důvodem přísného půstu byla snaha o očistu v očích Boha. První lékařský popis anorexie uskutečnil v roce 1694 anglický fyzik Richard Morton na případu dívky a chlapce. Další případy extrémního vyhubnutí byly zaznamenány v 19. století. Do české odborné literatury popisy anorexie přinesl v roce 1941 český lékař Vratislav Jonáš a v roce 1946 psychiatr Otakar Janota. Léčba anorexie se empiricky vyvíjí v čase. V 19. století byl anglický lékař William Gull přesvědčen o rozhodujícím vlivu psychiky na vznik a průběh onemocnění. Doporučoval kontrolu nad stravovacími návyky a omezení nepřiměřeného pohybu nemocných. Francouzský psychiatr Pierre Janet se řídil při léčbě anorexie zásadou pevnosti, laskavosti a taktu.

Pro PPP je typická intenzivní snaha o dosažení štíhlosti spojená s omezováním energetického příjmu, zvyšováním energetického výdaje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze (KRCH, 1999).

1.1.1 Klasifikace poruch příjmu potravy

Podle Mezinárodní statistické klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů patří poruchy příjmu potravy k duševním poruchám a poruchám chování. V užším vymezení se řadí k syndromům poruch chování, spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. Mentální anorexie je zde charakterizována především úmyslným hubnutím, vyvolaným samotným nemocným a jeho vědomým udržováním, strachem ze ztloustnutí a usilovnou snahou nemocného o snižování tělesné

¹ Dále jen PPP.

váhy. U syndromu s charakteristickým záchvatovitým přejídáním, následným zvracením nebo používáním projímadel a nadměrnou kontrolou váhy jde o mentální bulimii. K dalším PPP patří přejídání spojené s psychologickými poruchami, zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami, jiné poruchy příjmu potravy a nespecifická porucha příjmu potravy (MKN-10, 2014).

Jiné zajímavé pojetí nabízí německý křesťanský filozof a léčitel Gerhard Leibold. Rozděluje formy narušeného vztahu k jídlu následujícím způsobem. Jako první uvádí latentní otylost, spojenou se strachem ze ztloustnutí. Pro tuto formu je typická sebekontrola, spojená s uspokojením a zadostiučiněním z vlastní askeze. Kontrola příjmu potravy se zde stává ústřední náplní života. Nedochozí zde obvykle k tělesným následkům vzhledem k přísnému dodržování zásad zdravé výživy, ale postižení trpí často stavy panického strachu provázenými depresemi. Rizikem je jejich postupná izolace. Tyto projevy mohou při nepříznivém vývoji situace vyústit až k projevům anorexie. Těžké stavy sebeobviňování a deprese mohou vést v krajním případě až k sebevraždě. Plně souhlasím s autorem, že je proto potřeba věnovat patřičnou pozornost i těmto projevům narušeného vztahu k jídlu.

Další formou je maniakální otylost. Od normální otylosti se odlišuje pocity bezmocnosti, neurčitými pocity ohrožení a abnormálním chováním při jídle s občasnými záchvaty žravosti. Postižení obvykle vidí příčinu svého chování v latentní podobě tělesného onemocnění a odmítají převzít zodpovědnost za své jednání. Jednou z příčin takových projevů chování by mohlo být nasazení potravin jako výchovného prostředku v dětství. Leibold dále uvádí význam úst jako erotogenní zóny. Ústa už v prvních měsících života zprostředkovávají libé pocity spojené s příjmem potravy. V důsledku pozdější citové deprivace může dojít k regresi k raným dětským vzorům uspokojování ústy. Dochází tak k substituci uspokojení. Takový jedinec reaguje na konflikty a běžné životní obtíže přejídáním. Následnou chronickou nadváhu provází psychické, sociální a v neposlední řadě zdravotní obtíže. Za zmínku stojí prokazatelně podobné motivy, vedoucí k závislosti na kouření cigaret.

Třetí Leiboldovou formou je bulimie, spojená s dvěma extrémními způsoby zacházení s jídlem – přehnaným přívodem kalorií a následným úmyslně navozeným zvracením. Takovéto záchvatovité jednání může být spuštěno strachem, depresí, zklamáním, osamělostí anebo pouhou nudou. Často je však velmi obtížné zjistit původní

spouštěč. Výčitky svědomí mohou vést ke zkratkovitému jednání. Komplikovanost situace umocňuje zneužívání diuretik a laxativ. Bulimické záchvatovité jednání může vést k rozvoji anorexie. Pokud se obézní jedinec nedokáže normálně stravovat a zároveň má potřebu skoncovat s vlastní nadváhou, může se u něj objevit bulimie. Onemocnění provází tělesné i psychické poškození, chronické stavy deprese, těžké pocity viny až suicidní myšlenky. Koncentrace myšlenek na postoje k jídlu vede k zanedbávání všech ostatních potřeb. Poslední formou narušeného vztahu k jídlu je anorexie projevující se omezováním potravy až jejím úplným odmítáním (LEIBOLD, 1995).

Leiboldovo pojetí mě zaujalo především proto, že nabízí možné souvislosti a provázanost nejen jednotlivých forem PPP, ale i různých psychických stavů. Propojenost jednotlivostí vytváří celkový obraz a o ten mi v mé práci jde především.

1.1.2 Mentální anorexie a mentální bulimie

Důležitou skutečností pro pochopení anorektiček² je fakt, že tyto dívky stále pociťují chuť k jídlu, jen se jí pouze nepoddávají. Pak by etymologie slova an- (řecky ne-, bez-) orexia (řecky chuť k jídlu, žádostivost) mohla vypovídat spíše než o ztrátě chuti k jídlu o ztrátě chuti k životu, k existenci v hlubším pojetí.

Přední český odborník na problematiku poruch příjmu potravy, výživy a závislosti František David Krch shrnuje základní diagnostická kritéria anorexie do tří znaků. Prvním je aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti. U starších dívek jde o váhu nižší než 17,5 BMI³. Druhým znakem je strach z tloušťky i přes velmi nízkou hmotnost. Tento strach může být popírán nebo zaměňován za snahu o zdravé stravování a je spojený se zkreslenou představou o vlastním těle. Třetím je porucha menstruačního cyklu. Ke snižování tělesné hmotnosti používají anorektičky prostředky jako vyhýbání se specifickým druhům potravin⁴, nadměrné cvičení, úmyslně navozené zvracení, zneužívání projímadel a jiných prostředků k hubnutí. Zvláštním typem je bulimický typ mentální anorexie. Nemocná splňuje kritéria anorexie, zejména pak vyhublost a zároveň se opakovaně přejídá, zvrací nebo užívá projímadla (KRCH, 1999).

² Vzhledem k tomu, že se poruchy příjmu potravy vyskytují v mnohem větší míře u žen, než u mužů, rozhodla jsem se používat ve vztahu k problematice u osob trpících tímto onemocněním ve své práci femininum.

³ Body Mass Index se používá jako indikátor podváhy nebo nadváhy. Za normální hmotnost jsou pokládány všechny hodnoty BMI mezi 20-25. Odchyly jsou mezi BMI žen a mužů. BMI se vypočítává hmotností v kilogramech/druhá mocnina výšky v metrech.

⁴ Jde o potraviny s vysokými kalorickými hodnotami. Rozhodující je obsah tuků a cukrů.

V důsledku onemocnění dochází u anorektiček ke zvýšení citlivosti na chlad. Jejich pleť je zažloutlá a vysušená se sklonem k praskání. Zatímco vlasy vypadávají, ochlupení na celém těle nabývá na intenzitě. Mohou se vyskytnout vyrážky a nadměrná tvorba modřin. Nemocné trpí zvýšenou kazivostí zubů a zpomalením peristaltiky střev. Klinický obraz anorexie doplňuje anemie, pomalý pulz, hypoglykemie, hypotenze, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, celková únavnost a slabost, křeče⁵, poruchy spánku a nepravidelná menstruace. U anorektických pacientů⁶ dochází v důsledku vyhublosti ke snížení činnosti pohlavního systému a tím i ke snížené nebo chybějící potřebě sexu. Až u 90 % anorektiček dochází k srdečním obtížím. Nejčastěji jde o bradykardii a arytmií. Nedostatek živin způsobuje poškození jater, spojené s otoky. U dvou třetin nemocných se mohou objevit poruchy funkce ledvin. Další komplikací je odvápnění kostí, které se stávají tenčími a křehčími. Časté nucení na močení je spojeno se slabým močovým měchýřem jako následkem zneužívání diuretik. Zmenšení žaludku provází pocity nevolnosti. Zvýšená produkce žaludečních šťáv zvyšuje riziko vzniku žaludečních vředů. Oslabená je i celková imunita organismu. U velmi mladých pacientů může dojít ke zpomalení růstu a oddálení nástupu puberty (KRCH, 1999).

K celkovému obrazu onemocnění patří také jeho psychické a společenské důsledky. Krch je shrnuje následujícím způsobem. Nálada anorektiček bývá značně závislá na dvou faktorech. Jedním je tělesná váha a druhým aktuálně dosažený stupeň sebekontroly. S poklesem sebevědomí dochází k nejistotám a úzkostným prožitkům. Potřeba sebekontroly je extrémní. Z motivu jídla se přenáší i na všechny ostatní životní motivy. Přítomný je pedantismus. Snaha o dokonalost úklidu odráží potřebu mít všechno srovnané a zvýšenou aktivitu. Onemocnění provází silná vnitřní tenze. Myšlení je neustále zaměřeno na jídlo a prožitky spojené s jídlem mohou nabýt dramatické podoby. Nemocná se nevyzná ve svých vnitřních pocitech. Pocity hladu, sytosti a chuti ztrácí svou regulační funkci. Postupně se zhoršuje koncentrace, pozornost, pracovní tempo, pohotovost k náhledům na problémy v celku a intelektová výkonnost. Posiluje se závislost nemocné na okolí. Okolí je problémy spojenými s onemocněním obvykle zúzkostňováno. Obavy o nemocnou neumožňují přiměřenou sociální zpětnou vazbu nemocné od okolí. To pak zapříčiňuje narušený proces vyzrávání. Některé anorektičky se identifikují s rolí chronicky nemocného pacienta nebo duševně nemocného.

⁵ Výrazné křeče jsou důsledkem narušení vnitřní rovnováhy zvracením a zneužíváním diuretik a laxativ.

⁶ Jak u žen, tak i u mužů.

Se sníženým zájmem o okolí vzrůstá egocentrismus a vztahovačnost. Nemocná ztrácí zájem o cokoliv, co se netýká jídla. Dochází k úbytku kontaktu s okolím a přibývajícím konfliktům (KRCH, 1999).

K incidenci mentální anorexie Krch udává: „*Rozšíření mentální anorexie v České republice je srovnatelné se zeměmi západní Evropy, kde postihuje přibližně jednu dívku z dvou set (0,5 – 0,8 %). Určité příznaky mentální anorexie se však mohou vyskytnout až u 6 % dívek na konci puberty.*“ (KRCH, 1999, s. 52) Anorexie se vyskytuje častěji u žen, než u mužů. Lékař, psycholog, psychoanalytik a psychoterapeut Jan Poněšický mluví o tom, že se anorexie u žen objevuje dvacetkrát častěji než u mužů (PONĚŠICKÝ, 2008). Krch uvádí nejméně desetinásobné riziko vzniku onemocnění u žen (KRCH, 1999).

Mentální bulimii charakterizují opakované záchvaty přejídání, spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Krch opět shrnuje tři základní znaky pro diagnostiku mentální bulimie. Jsou to: opakující se přejídání, provázené subjektivním pocitem nezvladatelné ztráty kontroly nad jídlem; opakující se nadměrná kontrola nebo nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, úzce propojená se zvracením, zneužíváním laxativ a diuretik, opakujícími se hladovkami a nadměrným cvičením; strach z tloušťky a nadměrný zájem o vzhled a tělesnou hmotnost. Poslední znak určuje sebevědomí nemocné. Krch k diagnostice těchto poruch uvádí, že: „*hranice mezi mentální anorexií a dietou bývá zprvu dosti nejasná*“ (KRCH, 1999, s. 25).

K významným kulturním faktorům, posilujícím strach z tloušťky patří: tlak medií; ideál krásy; představa o možnosti získání všeho, co člověk chce, posilovaná medií a komerční reklamou; zavádějící korelace zdraví a vyhublosti; skandalizace obezity; přílišný důraz na konformitu, fyzický výkon a sebekontrolu; nadměrná orientace společnosti na vzhled, výkon a skladbu stravy; přílišná podpora soutěživosti v rodině; obezita a diety v rodině a nevhodné stravovací návyky rodičů a sourozenců. Individuálními faktory posilujícími tento strach jsou zejména: úzkost, pedanterie, důslednost a přílišná ctižádost; nejistota v období dospívání umocněná traumatem; tloušťka; zdravotní problémy spojené s dietou (KRCH, 1999).

Poměrně vzácný výskyt anorexie a bulimie u mužů vede některé odborníky ke spojování onemocnění s homosexualitou či bisexualitou u mužů. Výzkumy z této oblasti pochází zejména z Británie a USA. Krch takové závěry odmítá, psycholog

Michal Hanzlovský je naopak připouští. Hanzlovský upozorňuje na některé profese a zájmy se zaměřením na tělesné dispozice, u kterých je riziko vzniku onemocnění PPP u mužů vyšší. Patří k nim umělecké profese, tanečníci, muži v modelingu, sportovci apod. Rozdíl v průběhu onemocnění je v úbytku svalové hmoty. Hanzlovský k tomu uvádí, že: „...muž trpící mentální anorexií ztrácí především svalovou hmotu víc, než je tomu u žen, u kterých nejdříve dochází ke ztrátě zásob tuku. To je zároveň významné nebezpečí jak u žen, tak i mužů, protože zásoby tuků a svalová hmota představují jednu ze základních podmínek zdravého fungování organismu a jeho funkcí.“ (HANZLOVSKÝ, 2009)

Z uvedeného je patrné, jakým život ohrožujícím způsobem zasahují PPP do všech oblastí lidského života. V podstatě celé tělo může být zasaženo průvodními jevy a důsledky duševní poruchy a odchylky od život podporujícího chování. Dospívající tělo je přitom mnohem méně odolné, než tělo dospělého. Stejně tak doposud utvářející se a formující se psychika s velmi křehkou rovnováhou v období dospívání bude čelit náporům onemocnění mnohem nesnadněji. Otázkou zůstává, do jaké míry je chování osob s PPP průvodním projevem onemocnění a do jaké míry takové chování onemocnění předchází a stává se tak jedním z možných spouštějících faktorů.

1.1.3 Diachronní pohled na vnímání těla a tělesnosti v západní kultuře

Myslím si, že k pochopení příčin vzniku onemocnění je dobré porozumět pojetí těla a tělesnosti v západní kultuře. Každý jedinec v sobě nese způsob myšlení, kulturní tradice a postoje vlastní společnosti. Společnost se skládá z jednotlivých rodin. Ony tvoří ji a ona se otiskuje do jejich způsobů myšlení, nazírání na svět, rodinných hodnot a jedinečných způsobů bytí členů každé rodiny i rodiny jako celku.

Evropská kultura vzešla z tradic křesťanského soucitu a antické filozofie. Počátky vnímání těla v naší společnosti je potřeba hledat v myšlence samotného Sókrata. Platon ji ve svém díle *Phaedo* interpretuje jako nemožnost nás samotných dosáhnout spojení s pravdou, dokud máme tělo. Tělo je pak považováno za něco nižšího, co nás plní chůčem, touhami, strachem, všemi druhy iluzí a nesmysly. Máme-li mít podle Sókrata čisté vědomosti, musíme utéct z těla a spatřit ty samé věci prostřednictvím duše (GIORDANO, 2007). Tuto myšlenku pak rozvedl Platón ve své *etice*, jež je výsledkem spojení ideje nejvyššího dobra a podílu člověka na světě idejí

svou nesmrtelnou duší. Tělo a smysly jsou nazírány jako pouta, která člověku brání v povznesení se do nadmyslového těla. Tělo je hrobem duše (STÖRIG, 2007). Platón v této souvislosti vyzývá k minimalizaci spojení s tělem. Platonův žák Aristoteles viděl duši jako účel těla a tělo pak jako nástroj duše. Mluví o lidském bytí jako o spojení látky, to je těla a formy, kterou je mysl. Materiální tělo zastupuje naší animální součást. Mysl pak představuje tu část duše, jež nám umožňuje myslet a rozumět, je něčím zcela přirozeným a tvoří základ lidské bytosti. Myšlenka o rozvinuté lidské bytosti a jejím rozdělení na dvě entity – duše a těla – s jejich ontologickou odlišností spolu s vírou v moralitu jako přirozenost duše penetrovala západní filosofii a jejím morálním a náboženským myšlením.

Středověká scholastická filozofie interpretuje Aristotelovu nauku ve světle křesťanských hodnot. Scholastici se stali významnou inspirací pro zakladatele novověké racionalistické filozofie Reného Descarta. Tento myslitel vytvořil ontologický model, v němž rozlišil Boha, jakožto nestvořenou a nejvyšší substanci⁷ a dvě stvořené substance res extensa⁸ a res cogitans⁹, mezi nimiž je absolutní protiklad, rozdíl. Pokud jsou tyto substance protikladné, znemožňují vztah mezi tělem a duší. Descartův dualismus hmoty a ducha – těla a mysli – vede k dualismu psycho-fyzickému a ten pak zásadním způsobem ovlivňuje vztah člověka k sobě samému. Cílem myšlení Descarta bylo nalezení jistoty poznaného. Protože duch je nám dán bezprostředně, ale tělo jen prostřednictvím smyslů, vidí zdroj jistoty Descartes v duchu – mysli, který je nám blíže. Dochází tak ke stále větší prevalenci rozumu nad tělem. Tělo je odděleno od duše, je považováno za něco nižšího.

Immanuel Kant rozlišil mezi smyslovým poznáním jevů – fenoménů¹⁰ a rozumovým poznáním – noumenů¹¹. Toto rozlišení se pak stalo klíčovým pro jeho etiku. Podle Kanta jsou zde dvě dimenze. Tou první je dimenze přírody čili nutnosti patřící zvířatům analogická se smyslovým poznáváním jevů. Druhou je dimenze svobody, kde platí mravní zákon se svým rozumovým poznáním. Lze předpokládat, že lidská bytost patří k oběma dimenzím současně. Rozumové poznání je však ontologicky nadřazeno smyslovému poznání jevů. Kantova morální doktrína vychází

⁷ Pojem substance z latinského sub-stantia (podloží, základ) označuje ve filozofii podstatu.

⁸ Res extensa označuje substanci rozprostraněnou.

⁹ Res cogitans substanci myslící.

¹⁰ Fenomén (z řec. fainomenon od fainein, jevit se) znamená ve filosofii čistý jev bez dalších předpokladů.

¹¹ Noumenon (řec. „myšlené, poznané“, od nús a noein) je ve filosofii protiklad fenoménu.

právě z této ontologické nadřazenosti a teorie lidských schopností. Lidská bytost, pokud má dostát požadavkům morálnosti, musí obětovat svou fyzickou přirozenost a jednat na základě požadavků čistoty a nezkaženosti svých smyslů a rozumu. Rozum má být praktický ve světě jevů a zároveň čistý, ryzí a nezkažený ve světě transcendentní dimenze. Tento myšlenkový systém řadí laskavost, morálku a integritu na stranu rozumu, zatímco příroda, spojovaná s tělem, je reprezentována morální neutralitou, nebo dokonce rozkladem a zkažeností. Kantův důraz na morální soud či rozhodnutí je vždy kladen na stranu rozumu. Smyslem našeho rozumu je kontrolovat a usměrňovat naši přirozenost. Přirozenost má být podle Kanta přesažena. Mravní jednání je jednáním na základě požadavku, jednáním z povinnosti. Smyslem lidské existence není podle Kanta dosahování hédonismu, což sám dokazuje vybaveností člověka rozumem. Člověk musí svému morálnímu jednání obětovat své impulzy a touhy těla. Zdůrazňována je navíc nepostačující legalita přizpůsobení se pouze na základě zákona, ale legitimita na základě nepodmíněného kategorického imperativu. Takovéto morální jednání nesmí člověku přinášet potěšení. Zásadou je uplatňování síly nad přáními, chťíci a impulzy těla. Morality lze dosáhnou pouze podřízením přírody v nás naší racionalitě.

Kantova etika představuje jednu z nejvíce koherentních morálních doktrín odvozených od rozdělení těla a mysli. Tyto myšlenky jsou pro západní kulturu velmi významné. Italsko-anglická filozofka, působící na poli bioetiky, Simona Giordano se domnívá, že takové myšlenky zároveň mohou napomoci k pochopení kořenů usilovné a namáhavé sebekontroly u nemocných s PPP. Kantova etika nabízí vysvětlení počátků oceňování štíhlosti v naší kultuře. Morální systémy víry, založené na Kantově koncepci dichotomie, navozují myšlenku, že být štíhlý je nerozlučně spojováno s vlastní hodnotou a důležitostí. Štíhlost se zde stává prostředkem k dosažení spirituality. Morální konotace spojovaná se štíhlostí by mohla vést rovněž touto cestou. Zajímavý je i pohled na vnímání fyzických impulzů včetně hladu ve světle Kantovy ideologie. Půst byl a stále je spojován s kontrolou nad chaotickými vášněmi těla. Jedinec schopný zvládat tak silné fyzické impulzy, jako je hlad, získával často ohodnocení pro svou vlastní morální integritu. Hladovění bývá spojováno s ideou čistoty, cudnosti a nevinnosti. Očista hladověním poukazuje na nečistotu jídla. V souvislosti s myšlením nemocných s PPP by mohla být skutečnost prázdného těla bez znečišťujícího jídla spojována s představou vlastní duchovní čistoty. Nemocný si tak prostřednictvím

omezování a ponižování vlastního těla může potvrzovat vlastní morální charakter (GIORDANO, 2007).

Dichotomie koncepce těla a mysli a zaměření se na morálku na konci 19. století vysvětluje, proč je takové tělo vyžadováno pouze u žen. Tělo jako zkažená část lidské osoby musí být podrobováno disciplině a kontrole. Ženy byly považovány za více emocionální a instinktivní bytosti, než muži. Přisuzovala se jim menší racionalita. Proto bylo rozšířené mínění, že potřebují více kontroly a disciplíny než muži. Nezanedbatelná je i jejich zkrášlující role ve společnosti. Povinností ženy bylo být krásná pro svého muže. V této souvislosti je zajímavý Poněšického soudobý postřeh: *„Ženy jsou nejen v oidipálním věku dvou až čtyř let, kdy se přivrací k otci, závislé na jeho potvrzení jejich osobnosti, tedy i ženskosti, nýbrž z části i později. Toho se samozřejmě muži s chutí chopili a definují to, co je a není žensky atraktivní. Vnášejí do žen jak to temné a nevypočitatelné, emotivní a přirozeně nízké, tak i to krásné, éterické...“* (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 93).

Zajímavé a převratné pojetí těla s sebou ve 20. století přinesla fenomenologie. Tělo se stává propojením duše a těla. Je zároveň objektem, ale i subjektem. Tělo slouží k realizaci života. Hochler ve své koncepci těla mluví o dvou rovinách. Jedna z nich mluví o těle jako o organismu s důrazem na sociální a kulturní determinaci lidského těla a druhá vnímá tělo jako věc nebo také objekt s možností o něj pečovat a měnit ho (in FIALOVÁ a KRCH, 2012). Podle francouzského fenomenologického filozofa Maurice Merle Pontyho je tělo výchozím bodem našeho vnímání a výkladu světa. Filozof Jakub Čapek k fenomenologii vlastního těla říká: *„Vlastní tělo nelze chápat jako věc (předmět), ovšem jeho rozbor se nemůže omezit ani na výklad o vědomí, jež o vlastním těle máme. Celá Merleau-Pontyho analýza těla ve Fenomenologii vnímání se pohybuje v prostoru vymezeném těmito dvěma krajnostmi.“* (ČAPEK, 2012, s. 91).

Filozof Jan Patočka umisťuje do těla centrum orientace a základ referenční soustavy. Součástí těla je tělové schéma, fungující jako souřadnicová síť základních tělesných os. Schéma zajišťuje prostorové vnímání včetně pocitu správného držení těla. Tělové schéma se nedá rozdělit, zkoumat a uchopit jako předmět. Vnímání a prožívání vlastního těla ovlivňují zásadním způsobem vnitřní smysly jako somasteze a kinestezie (in FIALOVÁ a KRCH, 2012).

Hogenová pojímá tělo ve smyslu soma, sarx, peras a pexis. Soma je tělo, které je určeno tvarem, jasně dáno na prostorovém pozadí a je jasně ohraničeno. Tělo ve smyslu sarx je tělem funkčním, je jasně dáno na časovém pozadí a symbolizuje orgány s jejich funkcemi. Peras je pak jevem, rozhraním mezi tělem a netělem. Jde o subjektivně prožívané tělo. Pexis je vlastním pociťovaným tělem. Má vlastní paměť a anticipaci. Soma má zvláštní význam pro dnešní dobu ve smyslu mládí a krásy. Sarx léčíme, jestliže je nemocné nebo obézní. Peras se vnějším rozhraním jeví ostatním a zrcadlu, vnitřním samo sobě. Pexis je tělo, které nám umožňuje tělesnit a žít. Od těla se nelze odpoutat. Je neustále pozadím celku. Vše, co děláme, vnímáme a prožíváme, se do něj promítá (in FIALOVÁ a KRCH, 2012). Tělesné schéma je naší nejpůvodnější vrstvou. Funguje jako pozadí pro vyvstávání jednotlivých fenoménů jako jednot v našem vnímání. Ponty se přiklání k tvarové definici tělesného schématu. Citují: „Podle tvarové definice je tělesné schéma formou, která sama nevznikla procesem učení, je jednotou, která předchází rozmanitost obsahu (pohyby, podněty, polohy končetin, orientace věci vzhledem k tělu).“ (ČAPEK, 2012, s. 98) Německý fenomenologický filozof Martin Heidegger říká: „není pravda, že tělo má ruku, naopak, ruka má tělo a prodloužení této ruky, je naše řeč a právě v řeči bydlí bytí“ (in HOGENOVÁ, 2005)¹². Řeč je tedy, podle Hogenové, modus tělesnění. Řeč je prodloužením těla do transcendentna. „Spojení těla a duše s okolním světem se realizuje řečí, lidským jednáním i to je modus tělesnění.“ (HOGENOVÁ, 2005)

Velmi zajímavé je i fenomenologické pojetí nemoci. „Každá nemoc je ztrátou svobody a možností,“ říká Heidegger (in HOGENOVÁ, 2005)¹³. Hogenová Heideggera doplňuje: „Celé časování našeho nejvnitřnějšího života je dáno právě v uskutečňování možností. Člověk je vyvoláván zpředu ke svému životu, ke své životní výplni. Nemoc je vlastně nemožností uskutečňovat to, pro co jsme vyvoláváni. Nemoc maří náš dialog se světem. Maří nám náš logos¹⁴ s celkem světa, tj. usebrání se světem kolem nás. Nemoci nám uzavírají cestu k dialogu se situací s možnostmi, které nám posílá neznámý demiurg¹⁵.“ (HOGENOVÁ, 2005).

¹² Autorka neuvádí přesný zdroj citace.

¹³ Heidegger, M., Zollikoner Seminare. Frankfurt am Main: Vittorio Klostermann 1987, s. 202.

¹⁴ Logos je zde myšlen od slova legein (λεγειν), což znamená „sebrat,“ „usebrat,“ „ujednotit.“

¹⁵ V Platónově mýtu je demiurgem tvůrce, který ovšem netvoří sám, ale na základě daného vzoru.

1.1.4 Ideál krásy ženského těla v západní společnosti

V průběhu dějin se měnil nejen vztah k tělu, ale také pojetí ideálu krásy. Ideál žádoucího, společensky oceňovaného, velmi štíhlého těla patří k uznávaným faktorům, ovlivňujícím vznik poruch příjmu potravy. Pojetí ideálu krásy ženského těla západní společností proto věnuji ve své práci také pozornost.

V období dávnověku byla žena spojována spíše se svou primární funkcí matky. Na jejím zobrazování byly zdůrazňovány symboly rozmnožovací funkce ženského těla jako prsa, boky a břicho více, než jeho samotná krása. Kypré tvary věstonické Venuše v antice vystřídalou souměrné silné a všestranně rozvíjené tělo v souladu s Kalokagathii¹⁶. Vliv církve se svým pojetím těla v období gotiky pravděpodobně ovlivnil proměnu ideálu krásy ženského těla na velmi štíhlé tělo s úzkými boky a malými ňadry. Renesance přinesla mimo jiné oslabení vlivu církve a tak se ideál krásy žen přiklonil spíše k oblejším tvarům s výraznějšími boky a ňadry. S výjimkou romantismu tento trend v podstatě pokračoval až do 19. století a i v období romantismu se štíhlost žen cenila jen mezi šlechtou. Dobře živé ženské tělo na první pohled vypovídalo o své životaschopnosti a plodnosti.

Viktoriánská doba s sebou přinesla posedlost ženským tělem bez známek tuku. Tuky byl považován za něco nepěkného a neženského, kazícího krásu ženy. Naprosto nepřijatelným se tuk stal v oblasti pasu. K nepřirozenému rozměru obvodu pasu si ženy dopomáhaly šněrovacími korzetami. I přes svou prokazatelnou škodlivost na zdraví byly korzety hojně společensky tolerovány a v určitých kruzích dokonce vyžadovány. Drastickou metodou k dosažení štíhlosti bylo zmenšování žaludku. Ženy používaly ocet a citronovou šťávu tak, jako se dnes zneužívají diuretika a laxativa. Cvičily a držely obsesivní půsty. Pro ženu androgenní tělo bez tuku nebylo přirozené. Štíhlé tělo podrobené disciplině vyjadřovalo také symbol sexuální čistoty. Literární hrdinky z tohoto období představovaly ideál krásy v podobě hubené a pružné postavy. S koncem 19. století se k tomuto pojetí krásy těla připojil ještě aspekt vzdušnosti, lehkosti a elegance. Anglické slovo „light“ jako adjektivum má hned několik významů jako světlý, lehký, slabý, mírný, jemný, snadný. Všechna tato česká adjektiva by mohla vyjádřit tehdejší spojení se štíhlostí. Tuk tak nejen že nebyl estetický, ale v podstatě ani etický. Obsesivní strach z tuku přetrvává mnohdy u žen až do současnosti.

¹⁶ Kalokagathia (z řec. καλός - krásný, καί - s a, αγαθός - dobrý) je pojem vyjadřující myšlenku, že krásné a dobré, krása a ctnost patří k sobě.

Ve 20. století se stal ideál krásy značně proměnlivým. Po první světové válce byla v trendu spíše štíhlejší postava s chlapeckými rysy. Následujícímu období se až do konce padesátých let připisuje ideál krásy symbolizovaný plnými ňadry, oblými boky a štíhlým pasem. Naprostý zvrat přišel v šedesátých letech s extrémně štíhlou modelkou Twiggi. Módní trendy zaměřené na extrémně štíhlé až hubené ženy zcela pozměnily ideál krásy ženského těla v celé západní společnosti. Na čas sice převládl ideál pevného těla pěstěného sportem, ale s příchodem další modelky s chlapeckou postavou Kate Moss se módní tvůrci, diktující do značné míry podobu ideálu krásy, přiklonili zpět k extrémní štíhlosti ženského těla. Objevují se také názory, že ideál krásy ženského těla v pojetí módních tvůrců by mohl být do určité míry ovlivněn relativně častým výskytem homosexuální orientace u některých z nich. To by mohlo vysvětlovat, proč je pro tuto profesi tak přitažlivý právě ideál chlapecky vyhlížejícího ženského těla. Mnohem prozaičtější vysvětlení preference velmi štíhlých modelek nabízí vysvětlení samotných tvůrců. Na štíhlých modelkách podle nich jejich modely vypadají atraktivněji a je také snazší takový model praktiky vytvořit.

Soudobé pojetí ideálu krásy ženského těla dotváří zaměření se na zdravý životní styl. Ke zdravému životnímu stylu bezesporu patří jak vhodná skladba stravy, tak i dostatek pohybu. Západní společnost ovládá také kult mládí. Mladí je mnohdy vnímáno ve spojitosti se zdravím. Zdravé tělo pak musí být také tělem štíhlým. Poněšický v této souvislosti říká: „*Touha po obdivu, po věčné mladosti a kráse se stupňuje a dostává charakter závislosti, drogy, jak to vidíme u některých modelek, baletek či stárnoucích filmových hvězd.*“ (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 45 – 46)

Touha po dokonalém těle prostupuje napříč různými věkovými kategoriemi. V období dospívání je člověk často silně zaměřen na hodnocení vlastní osoby z vnějšku. V praxi jsou ale zaznamenány i případy dívenek předškolního věku, toužící vypadat extrémně štíhle a na svůj věk se nepřiměřeně zaměřující na skladbu a výživovou hodnotu potravin. Vzorem jim mohou být jak starší sourozenci, tak matky preferující nejrůznější druhy diet, ale i medii podsunuté vzory. Zajímavý je posun výskytu onemocnění z hlediska sociálních vrstev. Podle názoru odborníků z praxe v českém prostředí v devadesátých letech byly PPP ohroženy více vyšší společenské vrstvy. Typický obraz rodiny s výskytem PPP byl otec pracovně velmi vytížen, matka v domácnosti, pečující mnohdy přehnaně o vlastní vzhled a dívka s touhou po subjektivně viděné dokonalé kráse matky a kariéře úspěšného otce. Mnohdy

předčasně stavěná do role samostatné bytosti s vysokými nároky na sebe ať už ze strany okolí, nebo z vlastních vnitřních pohnutek. Oproti tomu dnes ohrožují PPP všechny společenské vrstvy. Dívky ovlivněné sledováním různých televizních soutěží touží prosadit se prostřednictvím štíhlého těla v modelingu, herecké, pěvecké či taneční oblasti. Není výjimkou, že se dívky navzájem velmi kriticky hodnotí i v malých školních skupinkách.

1.1.5 Relativita vnímání těla

Na závěr kapitoly bych ráda zmínila dva zajímavé pohledy na relativitu vnímání těla. Západní kultura je zaměřená na vnímání žádoucího krásného těla jako těla symetrického, štíhlého a mladého. Americká psychoanalytička a básnířka Clarissa Pinkola Estés ve své knize příběhů o archetypch žen popisuje setkání dvou žen, z nichž jedna byla vysoká štíhlá Afroameričanka a druhá spíše korpulentnější Mexičanka menšího vzrůstu. Obě ženy nebyly příliš spokojeny se svým vzhledem a ani jejich kultura nepovažovala jejich těla za ideál krásy. Během vzájemného setkání protagonistek příběhu došlo k nečekanému obratu ve vnímání svých těl. Afroameričanka na základě ideálu krásy své kultury považovala Mexičanku za atraktivní ženu a naopak Mexičanka zaujala stejný postoj k Afroameričance. Obě pak pozměnily vnímání vlastního těla na základě předání si informací o vnímání krásy těla jinými kulturami. Posílily tak vlastní sebevědomí a nebyly už tak kritické při hodnocení svého vzhledu.

Tento krátký příběh dokresluje nezměrnou roli kultury na utváření postojů k vlastnímu tělu. O vlivu reklamy a medií na utváření vnímání těla se ve své práci zmíním později. Tragické důsledky snižování tělesné hmotnosti nejrůznějšími prostředky by měli být alarmující. Každé tělo má svou vlastní přirozenost vzhledu. Tělesníme tak nějak individuálně. Estés k tomu dodává, že násilné vnucování nepřirozeného tvaru vlastnímu tělu znamená v neposlední řadě popření linie předků, k nimž právě my nerozlučně patříme (ESTÉS, 1999). Dosahování jednotného ideálního tvaru těl se jeví jako nereálný požadavek společnosti na své vlastní členy. Estés říká: *„Napadat a odsuzovat fyzickou stránku ženy znamená vytvářet generace úzkostlivých a neurotických žen. Dělat destruktivní a konečné závěry o zděděném tvaru těla ženy ji okrádá o několik důležitých a vzácných duševních pokladů. Okrádá ji to o hrdost na tělesný typ, jež jí byl dán jejími vlastními předky. Když je učena toto tělesné dědictví*

napadat, okamžitě je odříznuta od své ženské tělesné identity se zbytkem rodiny.“
(ESTÉS, 1999, s. 176)

K dalšímu příkladu jsem si vybrala problematiku panenek na hraní. V minulosti výrobci panenek nabízely hračky s proporcemi batolat či malých dívenek. Pak přišla na trh panenka s nerealistickým vzezřením dospělé velmi štíhlé mladé ženy. Psycholožka Slávka Fraňková upozorňuje na skutečnost, že se tak změnil nejen trend na trhu hraček, ale i průběh vývoje a dospívání děvčat. Zatímco panenka ve tvaru batolete vybízela k hrám s tematikou péče o dítě, kterou si později mohly dívky vyzkoušet v praxi spolupodílením se na péči o mladší členy rodiny, malé majitelky panenek Barbie o ně nepečovaly. Snažily se stát co nejdříve sami dlouhonožnými dospělými ženami podle vzoru svých panenek. Taková předčasná změna zájmů významně ochuzuje dětství (Fraňková aj. 2000). Uvedená skutečnost vybízí nejen k zamyšlení nad nebezpečným diktátem módních trendů na vývoj dítěte, ale i nad úlohou her při výchově k mateřství. Domnívám se, že dívka s dobře vyvinutými mateřskými instinkty, podpořenými správnou výchovou, by mohla později v roli matky lépe zvládat výchovu svých vlastních potomků. Bude-li ona sama umět správně vnímat hodnotu vlastního těla, může tuto dovednost předat také svým dětem. Podléhání rodičů reklamním trikům a nátlakům určitých sociálních skupin při výběru hraček by tak mohlo mít z dlouhodobého hlediska vliv na zdravý vývoj, reálné hodnocení vlastního těla a celkovou psychosociální spokojenost celých generací dětí.

1.2 Úvod do problematiky rodiny

Rodina je přirozeným prostředím, ve kterém dochází ke vzájemným interakcím mezi dětmi a rodiči. Jednou z funkcí rodiny je právě výchova dětí. Následující kapitola by měla nastínit pozadí, na němž k výchovnému působení rodičů na dítě dochází. Uvedu zde teorii vývojového cyklu rodiny, z něhož je patrné, že vztahy v rodině se utváří po celou dobu její existence. V období dospívání jsou leckdy vztahy dětí a rodičů napjaté. Dokonce mohou být i přechodně disharmonické a vytvářet v rodině krize. Při řešení takových krizí může být důležitý právě základ všech vztahů v rodině, tvořený v každé z vývojových etap cyklu. Dále se chci v této kapitole věnovat hodnotové orientaci v rodině. Rodiče při výchově dětí obvykle tendují k upřednostňování jednoho výchovného stylu. Rodičovské preference v této oblasti podle mého názoru do značné míry souvisí s individuální hodnotovou orientací dané rodiny. Závěrečnou podkapitolu

věnuji stravovacím návykům v rodině. Osoby s PPP mívají k jídlu specifický vztah. Dá se říct, že jsou v některých případech zájmem o jídlo zcela pohlceni. Proto považují za dobré dát ve své práci prostor úvahám nad vznikem a vývojem stravovacích návyků v rodině, které bezesporu mohou individuální vztah jedince k jídlu ovlivnit a to nejen v dětském, ale i pozdějším věku.

Rodina je základní jednotkou všech lidských společenství. Kulturní odlišnosti jsou dány především počtem generací v jedné domácnosti, rolami dospělých členů, vztahy a vazbami mezi jednotlivými členy a počtem legitimních partnerů v soužití. Rodina v západní společnosti prošla výraznou změnou podoby teprve koncem 19. století. Do té doby nebylo zakládání prokreačních rodin záležitostí individuální volby, ale spíše zájmem orientačních rodin, státu. Teprve industriální doba s sebou přinesla možnost svobodné volby v otázce výběru partnera. K dalším změnám došlo během 20. století. Ženy nabyly větší samostatnosti po té, co došlo k jejich masivnímu vstupu na trh práce a díky rozšíření antikoncepčních prostředků. Tradiční model patriarchální rodiny ustoupil do pozadí.

Postmoderní rodiny mají svá specifika. Nejsou už primárně zakládány za účelem prokreace, nemají svým účelem prospívat širší společnosti. Motivací pro založení rodiny bývá zejména uspokojování citových potřeb partnerů. Nestabilitu takových svazků dokresluje četnost párů, žijících ve společné domácnosti bez sňatku. Pro soudobou společnost je typický i fenomén single – ekonomicky nezávislý jedinec žijící z různého důvodu sám bez partnera. Počet dětí narozených mimo manželství v západních společnostech stoupá. Rodiny s více dětmi jsou spíše výjimkou. Rodina stojící na základě citových potřeb je velmi křehkou institucí. Mluví se o fenoménu sériové monogamie, kdy jedinec během života založí několik rodin, z nichž obvykle vzejdou také děti. Děti tak vychovávají často osoby, které nejsou jejich biologickými rodiči a v průběhu dětství jednoho dítěte se může při jeho výchově vystřídat více osob. Dalším jevem jsou přibývající sociální sirotci. Jde o děti, které sice své biologické rodiče neztratily, ale ti se o ně nejsou schopni nebo ochotni starat. Podobu rodiny ovlivňují preferované hodnoty dané společností.

Definice rodiny se různí, podle svého účelu a vědeckého oboru, kterému mají sloužit. Vzhledem k povaze mé práce, uvedu za všechny definice rodiny psychologa Rudolfa Kohoutka: „*Rodina je prvním a základním životním prostředím člověka,*

keré zároveň odráží problémy doby. Organizace rodinného života je jakýmsi psychologickým a sociologickým modelem dané kultury a vztahy mezi manžely, mezi rodiči a dětmi i mezi sourozenci navzájem do značné míry vyjadřují zvláštnosti dané třídy, kultury, doby, tradice a rasy.“ (Kohoutek, 2009) Rodina plní biologicko-reprodukční, sociálně ekonomickou, ochrannou, relaxační, emocionální a sociálně výchovnou funkci.

Rodina mění svou podobu a potřeby v lineárním čase. Pro každou rodinu je typická její jedinečnost. Zároveň existují určité podobnosti ve vývoji každé rodiny. Vývojovým cyklem rodiny se rozumí životní cesta zpravidla nukleární rodiny, provázená změnami během celého cyklu. Rodinná historie je rozdělena do několika vývojových etap. Specifické změny v každém období vytváří tlak na změnu v organizaci rodinného života. Změnám podléhá také chování členů rodiny.

1.2.1 Vývojový cyklus rodiny

Psycholog Oldřich Matoušek rozdělil vývojový cyklus rodiny do pěti vývojových etap. Další odborníci jako psycholog Ivo Pláňava uvádí modely do značné míry podobné. Americká socioložka Joan Aldousová uvádí kritických sedm období. Jsou jimi svatba, narození prvního dítěte, vliv spolužáků a sousedů, odpoutávání dětí od vlivu rodičů, děti opouštějí dům – zaměstnají se a uzavírají sňatek, kamarádské manželství a prarodičovství, odchod do důchodu. V dalším textu se budu držet Matouškova modelu. Vývojovými obdobími jsou zde volba partnera, sňatek, rodina s předškolním dítětem, rodina se školními a dospívajícími dětmi, rodina ve fázi opuštěného hnízda.

První etapa je spojená s volbou partnera, závislá na biologických, sociálních a kulturních činitelích. Významným faktorem při výběru partnera je soubor očekávání, která ovlivňují představu o ideálním partnerovi. Zatímco muži kladou důraz na vzhled a mládí partnerky, ženy preferují, straší partnery se schopností ekonomicky zabezpečit rodinu. Z antropologického hlediska se od ženy očekává schopnost rodit děti a od muže zajistit rodině přežití. Obě pohlaví mají zájem založit stabilní a prosperující rodinu. Je obvyklé, že sňatek uzavírají partneři s podobnými psychologickými charakteristikami a sociálním postavením. Matoušek udává, že manželství s rasovou, sociální a náboženskou homogenitou mají vyšší úspěšnost (MATOUŠEK, 1993). Při výběru partnera hrají roli nejen vědomá, ale i nevědomá očekávání. V nevědomých

očekáváních se odráží zejména rodičovský vzor a to jak v pozitivním, tak negativním smyslu. Hlavní podmínkou partnerství se dnes stává citová spřízněnost a sexuální přitažlivost. Úskalím je nestabilita manželství, stojícího na biologicky determinovaném základu zamilovanosti.

Svatební rituály z dřívějších dob ukazují na jedinečný význam tohoto přechodového rituálu a jeho propojení s náboženstvím. Manželství se uzavíralo na celý život a rituály do značné míry předurčovaly tradiční pojetí role ženy a muže v manželství. Dnešní doba je spojená s redukcí svatebních zvyklostí, uzavíráním manželství v netradičním prostředí, sjednatelnosti svatebního obřadu prostřednictvím agentur. Postmoderní člověk je zvyklý, že se dá vše objednat, případně nahradit. To pak poněkud devaluje soudobé pojetí manželství oproti dřívějším dlouhodobě připravovaným, plánovaným a nerozlučným spojením párů manželským slibem. Kontroverzní je také otázka nedávno uzákoněného registrovaného partnerství homosexuálních párů. Na tomto aktu se manifestuje posun od základní funkce manželství v pojetí křesťanských hodnot, kterou je plození a výchova dětí, k současnému zaměření se jen na citové uspokojení partnerů. Svatební obřad může také konfrontovat hodnotovou orientaci orientačních rodin snoubenců. Matoušek mluví o sloučení dvou rodinných tradic sňatkem. Na chování snoubenců se podílí do určité míry jejich rodičovské vzory stejného pohlaví. Do nově vznikající rodiny se promítají modely rozdělení moci v orientačních rodinách obou manželů.

Rodina s předškolním dítětem je název pro třetí vývojové období cyklu rodiny. Vztah mezi dítětem a rodiči vzniká ještě před jeho narozením. Významné je zejména vzájemné vyladění se dítěte a matky. Dítě reaguje na matčiny pohyby a emoce. Akt porodu je považován za pro dítě stresující událost. V posledních letech dochází v problematice porodu k nepřehlédnutelným změnám k lepšímu. Zatímco dříve byl porod spíše chápán jako lékařský výkon a s rodičkou se zacházelo jako s pacientkou, podléhající autoritě zdravotnického personálu, je dnes porod především záležitostí rodičů. Možnost přítomnosti otce u porodu má vliv na psychickou pohodu matky. Žena se necítí sama, pozitivně vnímá podporu partnera. Vztah k matce i dítěti je u otce přítomností u porodu posilován. Rodiče a dítě tvoří hned od narození dítěte spolupracující vzájemně se podporující tým. Změny nastaly i v samotném způsobu porodu. Dříve ženy rodily ve fyziologicky nepřizpůsobivé poloze v chladném odcizeném prostředí porodních sálů. Dnes jsou porodními specialisty nabízeny i jiné

způsoby porodu v prostředí, nenavozujícím tolik pocit hospitalizace v nemocnici. Některá zdravotnická zařízení nabízí také možnosti alternativního porodu. Za všechny uvedu porod dítěte do vody. Bezprostředně po porodu se při dobrém zdravotním stavu matky přikládá dítě na její hrud'. V dalším textu uvedu spojitost mezi srdečním tepem matky a psychosociální pohodou kojence. Dítě dokáže matku od ostatních pečujících osob spolehlivě rozlišit již během prvních dnů života. Obtížnou situací se pro rodinu stává narození dítěte s vrozenou vadou, metabolickou poruchou či jiným závažným onemocněním. Za náročný se také považuje extrémní temperament dítěte a obrácený režim spánku a bdění. Matoušek říká, že: „*Matka se po porodu orientuje převážně na dítě, je zvýšeně citlivá na jeho potřeby a sniženě citlivá na všechno ostatní.*“ (MATOUŠEK, 1993, s. 61) Otec se může po narození dítěte cítit ohrožen, pokud péče ženy pro něj představuje vysoce ceněnou hodnotu. Mohou nastat první manželské krize. Pro nukleární rodinu je důležité stanovit a udržovat optimální míru přispění péče o dítě širokou rodinou. Narození dalšího dítěte už pro rodinu nebývá tak náročné. Povinností rodičů je postarat se o zdárný vývoj dítěte zajištěním biologických, emocionálních, sociálních a materiálních potřeb dítěte.

Rodina se školními a dospívajícími dětmi prochází další z vývojových etap. Rodiče musí dítěti kromě biologických a psychologických potřeb zabezpečit také vzdělání. Zahájení školní docházky je významným předělem pro dítě i rodiče. Posouzení školní zralosti před zahájením tohoto kroku je záležitostí odborníků. Postoj rodičů ke školním výsledkům dítěte ovlivňuje celkové nastavení atmosféry v rodině. Jednostranné intelektuální přetěžování dítěte může být umocněno nepřiměřenou mírou mimoškolních aktivit. Protipólem jsou rodiny spoléhající se výhradně na školské zařízení, o školní výsledky a docházku dítěte nejevící zájem, jejichž péče o dítě se výrazně redukuje. Matoušek ke změnám v rodině dodává: „*Funkční rodina si musí udržet alespoň nějaké společné činnosti ve volném čase, jichž se účastní všichni nebo alespoň někteří členové rodiny.*“ (MATOUŠEK, 1993, s. 62) V adolescenci nabývá na významu pro dospívajícího referenční skupina. Dítě přestává být pouze objektem péče rodičů. Stává se zároveň rodičům partnerem se svými názory, vědomostmi, potřebami a právem na jejich akceptaci. Rodiče často nejsou schopni pochopit vývojové změny tohoto období a nadále vyžadují bezvýhradnou poslušnost dítěte. Vznikají tak vážná nedorozumění. Pokud rodiče nedokážou být pro dítě rádci a oporami a nenastavují mu přiměřené a spravedlivé hranice, hledá dítě útočiště jinde. Rizikovými jsou asociální

vrstevnické skupiny a sekty. V období dospívání dochází k propuknutí nejvíce psychických onemocnění. Vývojovým úkolem pro celou rodinu je umožnit dítěti vlastní individuaci a separaci od rodičů.

Během poslední etapy vývojového cyklu rodiny dochází k opuštění rodičů dítětem. Mladé dospělé dítě je připraveno na samostatné fungování ve společnosti. Rodiče musí svému potomkovi umožnit osamostatnění a založení nové vlastní rodiny. Dítě očekává podporu rodičů pro vykročení do života. Pro dítě se nukleární rodina stává rodinou orientační. Rodičovské břemeno se odlehčuje. Rodiče se mohou více věnovat svým mimorodinným záležitostem a také sami sobě navzájem. S přibývajícím věkem dochází postupně k úbytku sil. Pro ženy je toto období ve spojitosti s klimakteriem jedním z nejkritičtějších. Muži se musí vyrovnávat se zdravotními obtížemi. Při dobrém vývoji událostí se rodiče mohou těšit z přítomnosti vnoučat. Komplikací bývá přibývajících četnost rozvodů, předčasné úmrtí nebo špatné vztahy v rodině, kdy vztahy rodičů s dítětem nejsou po jeho odchodu z rodiny udržovány. Hrozbou je izolace starého člověka.

K nedostatkům klasických modelů vývojového cyklu rodiny patří, že nezahrnují jiný, než tradiční model rodiny. Tyto modely se nedají aplikovat u soužití bez manželství, rozvedení rodičů a uzavírání nových manželství po rozvodu. Počítá se v nich s malým věkovým rozestupem mezi dětmi. V současnosti se stále více objevují rodiny s již dospívajícím dítětem nebo dětmi, které se rozhodnou pro další těhotenství. Existuje také spousta bezdětných rodin. Modely nezahrnují rodičovské role v případě výchovy nevlastního dítěte, ani role rodičů v rodinách, kde spolu žije více dětí trvale nebo dočasně pocházejících z různých partnerství. Zajímavý by byl i model rodiny se střídavou péčí o dítě.

1.2.2 Hodnotová orientace v rodině

Hodnoty rodiny jsou ovlivňovány do značné míry hodnotami společnosti, ve které rodina žije. Postoje k manželství jako hodnotě, nebo výchově dětí se mění spolu s celkovou proměnou společnosti a změnou jejich postojů a hodnot. Přesto se rodiny v rámci stejné kultury svou specifickou hodnotovou orientací navzájem odlišují. Soubor morálních norem platných v konkrétní rodině rodinný terapeut Reiss shrnuje a označuje jako rodinný kodex (in MATOUŠEK, 2003). Matoušek o tomto kodexu mluví: „*Kodex je jakýmsi skladem rodinných zkušeností a současně vodítkem, podle kterého*

rodina reguluje své chování. Kodex určuje, co je žádoucí dělat, jak se to má dělat a kdy se to má dělat.“ (MATOUŠEK, 2003, s. 187) Tento kodex si pak rodina připomíná sdílením rodinné historie a rodinnými legendami. Legendy obvykle zachycují situace s konfliktem hodnot, jejich řešení a následky zvoleného řešení (MATOUŠEK, 2003). Kodex se pak prakticky projevuje v poučkách rodičů, určených dítěti. Proklamované normy nemusí být vždy v souladu se skutečnými normami a dítě se učí spíše nápodobou, než sdělenými instrukcemi. Hodnotová orientace rodiny je patrná i na materiálním vybavení rodiny, předmětech, kterými se obklopuje. Výpovědní hodnotu má také strukturalizace času v rodině a způsob trávení volného času jednotlivých členů i rodiny jako celku.

Nápadnou odlišnost mohou vykazovat hodnoty v závislosti na kulturní orientaci rodin. Zatímco rodiny patřící k většinové společnosti snáze přijímají a zvnitřňují ústřední hodnoty společnosti, u etnických menšin tomu tak být nemusí. Často pak dochází k ambivalenci požadavků na dítě rodinou a společností, zastupovanou některou výchovnou institucí. Další situací, kdy může dojít ke konfliktu hodnot je jiná hodnotová orientace dospívajícího a rodičů. Rodiče mohou na takovou situaci reagovat různým způsobem v závislosti na preferovaném výchovném stylu a vlastní osobní vyzrálosti. Mohou hodnoty dospívajícího akceptovat a postupně začlenit do kodexu rodiny. Jako příklad slouží modelová situace, kdy se dospívající zabývá ekologií a hodnotou se pro něj stává ochrana životního prostředí. Rodina hodnotu nově vnesenou do rodinného prostředí akceptuje a začne třídit odpad. Opačnou reakcí je nepřijetí hodnot dospívajícího. Razantní odmítání má pak za následek generační konflikty v rodině.

Dobré rodinné prostředí by mělo u dětí navozovat pocit jistoty a bezpečí. Akceptující stabilní rodina dává dostatek prostoru všem svým členům. Pro dospívajícího je velmi významná možnost o svých nově se rodičích vlastních hodnotách diskutovat v přátelské atmosféře s rodiči. Důležité je také ponechání prostoru dospívajícímu pro jeho vlastní odlišnost od rodičů.

1.2.3 Vývoj stravovacích návyků v rodině

Základem vztahu mezi výživou a rodinným životem jsou interakce mezi členy rodiny a způsob života rodiny. Rodinou se zde myslí nukleární rodina a prarodiče, pokud mají na výchovu dítěte vliv.

U novorozence začíná na základě sacího reflexu příjem potravy sáním. Pohyby sání existují již během nitroděložního života. Kojením začíná dítě komunikovat s okolím. Patří mezi jeho první prožitky. Během kojení získává dítě zkušenosti s vnějším světem. Smysly mu zprostředkovávají informace o chuti mléka; dítě slyší tlukot matčina srdce, vnímá i ostatní zvuky z okolí; přijímá dotykové stimuly od matky; pečlivě sleduje matku a její pohyby. Všechny tyto vjemy se odráží na pocitu bezpečí, který se stává základem kladného vztahu dítěte k vnějšmu světu. Libé pocity pramení z celkové situace spojené s výživou. Stávají se základem a zdrojem emocí vyvíjejících se od počátku života. Fraňková doporučuje navodit příznivé psychologické podmínky, i pokud je dítě krmeno z lahve. Matka má dítě držet stejně jako při kojení z prsu, aby mělo možnost slyšet tep jejího srdce a vnímat její vůni (FRAŇKOVÁ aj. 2000). Nervozita, spěch a stres matky se při krmení přenáší na kojence. Během kojení je dítě v kontaktu s matkou aktivní. Skladba stravy matky může ovlivnit složení mléka, což může později vyústit v odmítání některých jídel, k nimž si dítě vytvořilo předčasný odpor. Fraňková upozorňuje také na riziko příliš pozdního ukončení kojení jako faktoru přispívajícího k narušení vývoje vhodných potravních zvyklostí dítěte. Rizikem pro vývoj normálního potravního chování v raném věku je užívání krmení jako prostředku k utišení neklidného dítěte, aniž by byla odstraněna skutečná příčina nepohody dítěte. Riziko spočívá v nevytvoření pevné vazby mezi hladem jako potřebou doplnění živin a energie a potravou. Podle Fraňkové se tato skutečnost může stát základem pozdějšího vzniku PPP (FRAŇKOVÁ aj. 2000).

Přechod od sání k příjmu tuhé potravy je spojen s přísunem nových podnětů. Mozek dítěte všechny podněty utřídí, zpracovává a vytváří určitý celek, obraz o jídle ukládaný do paměti. Chuť k jídlu se vytváří syntézou smyslových vjemů zraku, čichu i hmatu vznikajících v dutině ústní při mechanickém zpracování jídla a jeho polykání. Kromě vrozených dispozic mají na vývoj chuti k jídlu podíl i vnější faktory jako jsou příklady rodičů, sourozenců a vrstevníků. Důležitý je i časový faktor při zařazování nových jídel do jídelníčku dítěte. Fraňková uvádí, že: *„Jak předčasné zařazení jídel, která nejsou vhodná pro daný věk, tak příliš dlouhé váhání s novými jídlly může nepříznivě ovlivnit vývoj potravního chování a postojů k jídlu.“* (FRAŇKOVÁ aj. 2000, s. 66) Už velmi malé děti dokážou řídit příjem potravy podle svých energetických

potřeb a dítě ve věku pěti let je si vědomé toho, co by mělo a hlavně nemělo jíst¹⁷ (FRAŇKOVÁ aj. 2000). Při vývoji stravovacích návyků je potřeba dát pozor na včasné rozpoznání potravinových intolerancí. Nejen že mohou ovlivnit vztah dítěte k jídlu, ale mohou být i mylně interpretovány jako nechutenství nebo PPP. K vrozeným odchylkám, jež organizmu brání ve využití některých potravin, patří například laktázová deficiencie¹⁸, alergie na ovoce nebo celiakální sprue¹⁹. S věkem se mění subjektivní vnímání kvalit jídla. Fraňková k tématu ještě dodává, že: „*Vznik odporu vůči jídlu může být výrazem tzv. traumatického učení, při kterém stačí jediné vystavení podnětu k tomu, aby se vytvořila trvalá zkušenost.*“ (FRAŇKOVÁ aj. 2000, s. 80)

Způsob života rodiny zahrnuje existenční podmínky, vztahy v rodině i mimo domov, organizaci života, denní rytmus, dlouhodobé rytmy²⁰, péči o zdraví a fyzickou i duševní výkonnost. Výživa proniká do všech těchto oblastí. Udržování tradic a vstupování do sakrálního času se děje mimo jiné prostřednictvím jídla. Pěstování tradic a akceptování svátků rodinou posiluje zase rodinnou soudržnost. Společná příprava a konzumace jídla může být významnou součástí rodinného života. Zajímavá je úvaha rodinných terapeutů Vladislava Chvály a Ludmily Trapkové o významu příběhu a zdraví. Z pohledu příběhů celé společnosti příběh zajišťuje kontinuitu s minulými generacemi a smysl života do budoucnosti. V kontextu rodiny pak dominantní verze příběhu akceptovaná celou rodinnou soustavou potvrzuje sounáležitost členů rodiny. V okamžiku, kdy jedinec začíná chápat rodinný příběh na základě vlastních interpretací a dovolí si své interpretace vyslovit nahlas, vyděluje se z rodiny (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004). Součástí úvahy jsou příběhy s tematikou jídla v hlavní roli ve spojitosti s tím, co je a není správné. Autoři si všímají změny mezi minulostí, kdy dcery s naprostou poslušností přebíraly kuchyni svých matek. Spolu s rodinnými recepty přebíraly dcery i všechny ostatní součásti rodinného mýtu o ženské roli. Matky dbaly i po odchodu dcer z orientační rodiny a založení vlastní nukleární rodiny na tradiční dodržování technologie přípravy jídel i na udržení po generace zavedených stravovacích návyků. Spolu se zpochybněním role ženy v manželství přichází i změny

¹⁷ Fraňková uvádí v této souvislosti výsledky výzkumu pětiletých amerických dětí, které měly možnost sami zvolit skladbu jídelníčku. Vědomí rodičovské kontroly matkou u nich způsobilo změnu skladby jídelníčku se zaměřením na zdravější potraviny a omezením sladkostí.

¹⁸ Příčinou je nedostatek enzymu laktázy v buňkách tenkého střeva. Tento enzym se podílí na rozkladu mléčného cukru (laktózy).

¹⁹ Příčinou celiakální sprue je přecitlivělost na gluten (lepek). Jde o chronické onemocnění sliznic tenkého střeva. Nesnášenlivost přetrvává po celý život, příznaky však odezní po dodržování bezlepkové diety.

²⁰ Dlouhodobé rytmy jsou spojovány s trávením volného času, svátků apod.

v příbězích o zdravé tradiční kuchyni. Chvála a Trapková k tomu říkají, že: „*To je často mnohem bezpečnější změna ve vztahu k matkám, než otevřené odmítnutí celé jejich role.*“ (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004, s. 81) Výživové tradice rodiny mohou mít ale i svou negativní stránku. Obtíže mohou nastat ve chvíli, kdy rodina není schopná uskutečnit to, na co je zvyklá.

Rodiče spolu s ostatními členy rodiny mohou ovlivňovat postoje k jídlu, výběr jídel a potravní chování dítěte. Fraňková uvádí tyto zdroje: genetické vlivy; vlastnosti osobnosti rodičů, jejich zájmy a výchovné metody; vliv sourozenců ve společné domácnosti; ekonomické postavení rodiny a její kulturní a sociální determinace. Vlastnosti osobnosti otce a matky jako temperament, charakterové vlastnosti, zájmy a intelekt mohou ovlivnit volbu dítěte, zda přijme a oblíbí si stejný pokrm jako oni a do jaké míry akceptuje a zvnitřní jejich stravovací návyky. Největší shoda v upřednostňování stejných jídel byla zjištěna mezi matkou a dcerou. Nervozita a úzkost matky může mít vliv na přijímání nových jídel malými dětmi. U adolescentů má otec větší vliv na přijetí změny, kterou sám navodil. Autorita otce má v tomto vývojovém období značný vliv i v oblasti výživy (FRAŇKOVÁ aj. 2000). Zajímavý je také pohled na roli vzdělání rodičů a potravní chování. Výsledky kanadské studie ukazují na korelaci mezi vzděláním rodičů a procentem tělesného tuku a hodnotou BMI jejich dětí. Vyšší školní vzdělání rodičů se odráželo na štíhlosti dětí, ale s rozdílem pohlaví dítěte – korelace platila jen u dcer (FRAŇKOVÁ aj. 2000). Děti matek s nižším vzděláním inklinují k preferenci uzenin a tuků ve srovnání s dětmi matek s vyšším vzděláním. Zájem o jídlo v rodině určuje její ekonomická situace²¹ a to, kolik času si pro jídlo rodina vyhradí. Významná je časová vytíženost toho z rodičů, který obvykle připravuje dětem jídlo. Současný životní styl, kdy rodiče často mají velké pracovní vytížení²² a potřebu věnovat se vlastním zájmům mimo rodinu, není příliš nakloněn společnému setkávání členů rodiny během jídla. Jen 10 % českých rodin večeří pravidelně společně, nejčastěji jen část rodiny, obvykle bez otce (FRAŇKOVÁ aj. 2000).

Způsob výchovy v rodině ovlivňuje postoje dětí k jídlu a jejich výživové návyky. Později se v textu práce podrobně zmíním o vzájemném ovlivňování rodiče a dítěte ve výchovném procesu. Fraňková uvádí: „*Vzhledem k tomu, že na utváření*

²¹ Jde o to, kolik prostředků z rozpočtu rodiny mohou rodiče věnovat na jídlo.

²² Obzvláště v případě dvoukarierního manželství.

výchovného stylu rodičů mají vliv i vlastnosti osobnosti dítěte, může dítě působit na rodiče tím, že je „trestá“ odmítáním jídla, odměňuje (tím, že sní neoblíbené jídlo), i tím, jak dovede prosazovat své požadavky v rodině.“ (FRANĀKOVÁ aj. 2000, s. 109)

Postoje k jídlu u dítěte ovlivňuje verbální vyjádření rodičů nebo jiných dospělých o jídle. Neverbální působení, jako gesta, kterými rodič doprovází podávání jídla nebo nejistota, nervozita a úzkost působí do určité míry na přijetí nového jídla dítětem. Podstatnou skutečností při tvorbě potravního chování je to, zda má dospělý sám k jídlu úctu, zda s ním plýtvá, přejídá se, pořádá okázalé hostiny jako součást sebe prezentace pro okolí a klade přílišný důraz na jídlo, nebo naopak nemá k jídlu vztah a omezuje se. Dítě tyto skutečnosti absorbuje, a v jeho paměti tvoří základ utváření vlastního vztahu k jídlu a také k rodičům. Nevhodné je jak podceňování, tak přeceňování jídla. Jídlo by mělo probíhat v přátelské uvolněné atmosféře. Nepřijatelné jsou hádky mezi rodiči, kárání dítěte za chování nevztahující se k aktuálnímu chování dítěte u stolu, probírání stresujících situací na pracovišti, složitých politických otázek a ekologických katastrof. Diety rodičů, přísné vegetariánství a veganství a makrobiotická strava nemusí být vždy vhodné pro dítě.

1.3 Základní teorie vztahu rodičů a dítěte

Pro jakoukoliv lidskou interakci má zcela zásadní význam vztah mezi účastníky interakce. Tento vztah určuje charakter a druh interakce. V privátní sféře rodinných vztahů je velmi důležitá kvalita vztahu mezi jednotlivými členy rodiny. Výchova dítěte rodiči je určitým druhem vzájemně se ovlivňujících interakcí, ovlivněných vztahem rodičů a dítěte a kvalitou tohoto vztahu. Pro dobré pochopení celého pozadí, na němž se vztahy v rodině odehrávají, bude podle mého názoru prospěšné si v úvodní části této kapitoly připomenout, že nejen rodina, ale i dítě prochází během svého pobytu v rodině vývojem. Vývojové období dítěte a jeho aktuální vývojové potřeby determinují vztahy rodičů a dítěte. Zatímco v některých obdobích se při dobrém rodinném prostředí vyskytují konflikty minimálně, jiná období mohou provázet konflikty, nutnost změny komunikace, změny v oblasti autonomie a kontroly dítěte rodiči. Období adolescence klade velké nároky na dítě i rodiče. Vzhledem k povaze své práce věnuji tomuto vývojovému období samostatný prostor v textu.

Vztah rodičů a dítěte je propojen s výchovným působením rodičů na dítě. Výchovou a způsoby výchovy v rodině se budu zabývat v druhé polovině kapitoly.

Na závěr se zaměřím na snahu o dokonalost jako takovou a perfekcionistaický výchovný styl. Pokusím se nastínit možné důsledky perfekcionismu na vývoj a celkové sebepojetí jedince.

1.3.1 Psychosociální vývoj lidského jedince

Psychosociální vývoj člověka je podle německo-amerického psychologa a psychoanalytika Erika Eriksona rozdělen do osmi vývojových etap, z nichž každá má své specifické vývojové úkoly. Úspěšný postup do další etapy je podmíněn vyřešením psychosociálních krizí a konfliktů. Rodiče mají na vývoj a řešení vývojových úkolů dítěte velký vliv. Vztah rodiče a dítěte se odráží na volbě strategie a výsledné podobě řešení úkolů v etapách od narození dítěte až po jeho dospělost.

První etapa v horizontu ontogeneze se datuje od narození do roku a půl věku dítěte. Toto období je ve shodě s orálním stádiem lékaře, neurologa a psychologa českého původu, zakladatele psychoanalýzy Sigmunda Feuda. Úkolem tohoto období je zvládnutí polarity důvěry a nejistoty. Základní pocit důvěry v pečující okolí pak určuje další vztahování se dítěte ke světu.

Druhé období ve shodě s Fredovým análním obdobím trvá do tří let. Určující polaritou je autonomie versus pocit studu a pochybnosti. Dítě se učí věřit vlastním schopnostem, dochází k první separaci od matky.

Další etapa trvá až do započetí školní docházky dítětem. Fred toto období nazýval falickým. Polarita vlastní iniciativy a pocitů viny ukazuje na potřebu naučit se dobrému využívání vlastních popudů.

Čtvrtou etapu Erikson umístil až do momentu nástupu puberty. Freud ji spojoval s obdobím latence. Etapa probíhá ve znamení polarity příčinnosti a pocitu méněcennosti. Významným prvkem je zvládnutí nástupu školní docházky. Zvládnuté vývojové úkoly tohoto období s sebou nesou pocit vlastní kompetentnosti a rozvoj osobních dovedností.

Pátá etapa je ve shodě jak s lineárním časovým pojetím adolescence, tak s genitálním obdobím Freuda. Datuje se až k mladší dospělosti. Erikson k němu přiřazuje polaritu identity a zmatení rolí. Úkolem adolescence je podle Eriksona vytvoření koherentní představy o sobě. Dosažení vlastní identity jedinec potvrzuje

vytvořením stabilního intimního vztahu, charakteristického pro zralou osobnost s dostatečně pevnou identitou. Dalšími znaky úspěšného přechodu do následující etapy jsou stabilita vlastních názorů, postojů, zvyků a cílů oproti chaotickému, nepředvídatelnému a nestabilnímu chování a prožívání, typického pro jedince, který ještě úspěšně adolescentní krizí neprošel.

Poslední tři Eriksonovy etapy se pojí s věkem dospělosti. Autor teorie dospělost rozdělil na mladší, střední a pozdní. Erikson nerozlišuje období pubescence a adolescence.

Během celého života lidského jedince se vytváří a formuje jeho identita. Podle dětského psychologa Zdeňka Matějčka je identita věcí vztahu. Odpovídá na bytostnou otázku „Kdo jsem?“ – co znamenám sám pro sebe a pro druhého, jaké místo zaujímám v propletení vztahů mého sociálního okolí. Vnější znaky identity reprezentuje jméno, národnost, průkaz totožnosti apod. Tělesný zjev a tělesnost jsou součástí identity. Svým vzhledem se jedinec prezentuje ostatním. Tělesnost je podle autora subjektivní prožitek zdraví ve smyslu aktivního zdraví, vnitřní dynamiky a životního elánu. S tímto prožitkem se pojí tělesná a duševní výkonnost, síla, schopnosti a dovednosti umožňující obstát v soutěži s ostatními. Vývoj identity začíná mezi druhým a třetím rokem věku dítěte. Jedinec si uvědomuje vlastní svébytnost, začíná experimentovat na poli prosazení vlastní vůle, sám sebe nazývá jménem, uvědomuje si a akceptuje své postavení v uspořádání rodiny. Učí se rozumět jednotlivým rolím v rodině. Zjišťuje, jak ho okolí hodnotí a vlastní význam pro ostatní členy rodiny. Po třetím roce mají na utváření identity se stoupající tendencí vliv jiné děti. Dítě si potřebuje potvrdit svou schopnost uplatnit se ve skupině dětí. Před pubertou přijímá jedinec životní roli na základě pohlaví – dívky přijímají ženskou a chlapci mužskou identitu. Během puberty se bytostná otázka mění na: „Kdo jsem já?“ Vytváří se osobní individuální já. V adolescenci se dostává do popředí motiv erotické a sexuální přitažlivosti. Vystává potřeba citu nové kvality (MATEJČEK, 1992).

1.3.2 Vývojové období adolescence

Počátek adolescence se vymezuje počátkem biologické pubescence. Ukončení tohoto vývojového období je spojováno s osobnostní zralostí, včetně ekonomické samostatnosti. Je to období výrazných tělesných změn s přímým vlivem na psychické prožívání dospívajícího. Mění se i pojetí času. Dospívající si uvědomuje spojitost

přítomnosti s minulostí, plánuje budoucnost. Jedním z klíčových vývojových úkolů adolescence je individuace a separace dospívajících od rodičů.

Pubescence jako první fáze adolescence je obdobím, kdy dítě přechází z dětství do dospělosti. Dítě se naposledy potřebuje identifikovat jak s matkou, tak s otcem. Dospívající musí zdárně projít separací od obou rodičů. Poněšický k tomuto období uvádí: „*Obecně řečeno jde zároveň o aktivaci tendencí mezi regresí a proregresí a konflikt obou přání.*“ (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 78)

Někteří odborníci vnímají adolescenci jako rizikové období, ke kterému se pojí precitlivělost. Na náročnost vývojových úkolů chlapci reagují spíše poruchami chování, dívky jsou náchylnější k anorexii a bulimií. Období je často spojováno s experimentováním s alkoholem a drogami nebo sebepoškozováním. Adolescenti se učí více či méně úspěšně zacházet s vlastní sexualitou. Fenoménem konzumní společnosti je materiální vybavení jako identifikace s určitou sociální vrstvou. Pro adolescenty bývá důležité značkové oblečení a obuv, mobilní telefony, osobní počítač a jiné atributy stavu označovaného jako „být in“.

Naprosto významným se stává pro adolescenty životní styl spojovaný s všeobecným obdivem a vlastní identifikace s idoly. Vzhled je často středem adolescentního zájmu o sebe. Současnou společnost charakterizuje stále časnější věk, kdy se i poměrně malé děti snaží napodobovat životní styl adolescentů a naopak i lidé pozdějšího věku se ho nechtějí vzdát. U dospělých bude pravděpodobně tato skutečnost ovlivněna soudobým nekritickým kultem mládí. Problémem je u nich i neochota k převzetí zodpovědnosti za svůj život a založení rodiny.

Psycholožka a rodinná terapeutka Šárka Gjuričová uvádí, že je adolescence spojována také s obdobím práva na hledání sebe sama (GJURIČOVÁ a KUBIČKA, 2003). Úskalí takového tvrzení spočívá ve správné míře usměrňování a výchovy adolescenty rodiči. Příliš liberální výchova pak může oscilovat mezi rodičovskými pobídkami k naprosté svobodě a problémy s chováním svých potomků. Adolescence je na jedné straně spojována s obdobím nezodpovědného konzumu. Na druhé straně jsou adolescenti často kritiky konzumní společnosti a devastace životního prostředí. Nezodpovědně konzumující jsou považováni za egocentriky, kteří neumí odkládat svá přání a své nároky tvrdě uplatňují na úkor zbytku rodiny. Naopak adolescenti, kteří konzumní společnost odmítají, bývají charakterizováni osobní skromností.

Nezřídka nabádají své okolí včetně rodičů k ekologickému životnímu stylu. K jejich hodnotám patří ochrana kulturních památek a boj proti globalizaci.

K separaci adolescentů od rodičů patří i identifikace s jinými společenskými skupinami. Hodnotou pro ně bývá osobní přátelství, dnes poněkud devalvované masivním užíváním sociálních sítí. Dívky a chlapci spolu tvoří páry, často ještě nestabilní a krátkodobé. Problematické jsou vzájemné vztahy rodičů a dospívajících dětí i vztahy adolescentů k jiným autoritám.

K dalším významným úkolům patří mimo jiné získání adekvátní sebeúcty a s ní spojeného respektu od okolí. Zatímco chlapci se prosazují spíše nátlakem na okolí, dívky se díky své lepší přizpůsobivosti vnějším vlivům spíše snaží přiblížit obdivovaným vzorům. Současná tendence k vlastnímu zviditelňování ovlivňuje prostředky vlastní identity u obou pohlaví. Z toho pak plyne značný důraz dospívajících na fyzický vzhled či krásu. Zejména dívky musí dobře zvládat rychlý psychosexuální vývoj. V relativně krátkém čase musí zvládnout nejen své rychle se měnící tělo, ale i reakce okolí na tento jev, včetně rodičů. Poněšický v této souvislosti upozorňuje na skutečnost, že pro dívku může být značně ambivalentní strach a úzkost z vlastní sexuality – rodiči spíše potlačované – a přestoupení zákazů a vystavení se nebezpečí. Tendence mít vše pod kontrolou může mít právě v tomto okamžiku vliv na potenciaální vznik PPP. Chlapci naopak pubertu vnímají jako iniciaci ke svobodnějšímu životu (PONĚŠICKÝ, 2008).

1.3.3 Výchova a způsoby výchovy v rodině

Výchova je tradičně pojímána jako záměrné soustavné a cílené působení dospělých na dítě za použití určitých výchovných prostředků a metod. Během výchovy rodiče dítěti zprostředkovávají seznámení se s normami chování, myšlení a cítění na pozadí tradic, zvyklostí, mravů, zákonů a tabu dané společnosti. Rodiče od dítěte vyžadují respekt k normám chování. Nedodržování je obvykle negativně sankcionováno. V rodině se dítě učí různým rolím. Rodič stejného pohlaví se pro dítě stává vzorem, s nímž se později identifikuje. Dítě v rodině získává základní pocit jistoty a bezpečí, osvojuje si žádoucí dovednosti, postoje a hodnotovou orientaci. Psycholog a pedagog Pavel Hartl výchovu definuje jako: *„záměrné, více či méně systematické rozvíjení citových a rozumových schopností člověka, utváření jeho postojů, způsobů chování, v souladu s cíli dané skupiny a kultury“* (HARTL, 2004, s. 294). Výchova patří

mezi vnější podmínky determinující vývoj osobnosti. Výchova není jednostranným působením – ovlivňuje vychovávaného a vychovávajícího. Probíhá zde vzájemná interakce, komunikace. Osobnost obou se za příznivých podmínek rozvíjí, za nepříznivých deformuje. Odborník na psychologii výchovy Jan Čáp v této souvislosti uvádí: „*Pokud si dospělý uvědomí neadekvátnost svého chování k dětem a mladistvým a snaží se změnit své výchovné působení – ve směru ke kladným emočním projevům, k úctě a porozumění pro děti a mladistvé, k lepší empatii, kongruenci, k řízení bez extrémních forem –, působí to příznivě na děti a mladistvé, ale i na dospělého, na příznivý vývoj jeho osobnosti, po nějaké době soustavné realizace změněného způsobu chování.*“ (ČÁP, 1996, s. 217) Podstatný vliv na výchovu má skutečnost, zda dítě akceptuje požadavky rodiče a snaží se rozvíjet v sobě určité vlastnosti. Pokud ano, výchova přechází v sebevýchovu.

Od poloviny dvacátého století se mění celkové pojetí výchovy v západní společnosti. Z původně autoritativní výchovy, vyžadující bezpodmínečnou poslušnost dítěte v patriarchální rodině, došlo k přechodu k výchově s větším důrazem na konformitu a přizpůsobí se aktuálním podmínkám. Ve výchově se preferuje více volnosti. Větší volnost ve výchově však vždy nemusí znamenat jen více lásky k dítěti, ale naopak lhostejnost k němu.

Rodina působí významnou mírou na formování osobnosti dítěte. Zároveň na základě sociokulturních charakteristik rodiny působí na jeho motivaci, průběh dosažených výsledků, učení i způsob trávení volného času a s tím spojený vývoj psychických vlastností. Způsob výchovy označuje celkovou interakci a komunikaci rodičů a dítěte. Rodič volí výchovné prostředky a metody, dítě reaguje odpovídajícím chováním a prožíváním, které zpětně ovlivňuje rodiče. Osobnost rodičů determinuje způsob výchovy. Matějček uvádí korelaci mezi osobností rodiče a sociálním a emocionálním prostředím v rodině, pro dítě nejvlastnějším (MATĚJČEK, 1992). Ovlivňujícími faktory jsou také emoční vztah rodičů k dítěti a způsob výchovného řízení. Emoční vztah k dítěti může být kladný nebo záporný v různých stupních intenzity. Výchovné řízení se pohybuje na ose polaritě slabé a silné řízení. Čáp říká, že: „*Kladný emoční vztah rodičů a dalších vychovávajících k dítěti, zvláště v kombinaci se středním řízením, podporuje formování zdravého sebehodnocení, vytyčování přiměřených cílů a jejich realizaci, vytrvalost a sebeovládání, stabilitu a odolnost, a tím i jedincovu aktivnost, autoregulaci, sebedeterminaci.*“ (ČÁP, 1996, s. 222) Matějček

poukazuje na typický rys interakce rodičů a dítěte. Jde o vzájemnou citovou výchovu a citovou účast všech zúčastněných. Rodič se při interakci nemůže stát pouhým pozorovatelem – je do ní vtažen. Projevy chování dítěte se ho osobně dotýkají. Musí proto dávat najevo svou libost či nelibost ve škále různé intenzity (Matějček, 1992).

Charakteristiky rodičovské interakce s dítětem utřídil na základě problematiky mateřské deprivace americký křesťanský psycholog Earl S. Shaefer. Podle něj mají rodiče vliv na časný vývoj vztahů, řeči, zájmů, cílevědomé jednání apod. Interakce s dítětem jsou kontinuální a trvají od narození do dospělosti dítěte. Rodiče s dítětem komunikují více, než ostatní dospělí. Dítě s rodiči zažívá nejvíce situací a zkušeností. Emoční obsah ve významu nepřátelství nebo lásky je intenzivnější, než v rámci jiných vztahů. Rodiče dítě ovlivňují ve způsobu užívání sdělovacích prostředků a formování sociálních vztahů. Chování rodičů k dítěti bývá konzistentní. Panuje konsenzus rodičů a společnosti o primární zodpovědnosti rodičů za dítě. V péči o dítě se objevují výrazné rozdíly od extrémní akceptace dítěte až po jeho zanedbávání nebo týrání (in ČÁP, 1996).

Způsob výchovy v rodině tvaruje osobnostní rysy, temperament, aktivitu a komunikativnost dítěte. Pojem způsob výchovy zobecňuje jednotlivé výchovné akty. Zvláště silně ovlivňuje svědomitost, vytrvalost, sebeovládání, stabilitu versus labilitu a odolnost dítěte (ČÁP, 1996). Na osobnostní změny spojené s rozvíjením nebo uzavíráním schopností dítěte působí způsob výchovy také. Chování rodičů má být přiměřené aktuálnímu vývojovému stádiu dítěte. Nepřiměřené chování v tomto směru s sebou nese konflikty, nedobrou komunikaci a špatné vztahy s účinkem na celkovou podobu výchovy. Komunikace je klíčovým faktorem při utváření vztahu. Ne jinak je tomu ve vztahu dítěte a rodičů. Změna v komunikaci může navodit změnu ve způsobu výchovy a její přijetí dítětem.

Americký psycholog Kurt Lewin na základě svého pokusu z roku 1939²³ rozlišil výchovné styly na autoritářský, liberální a demokratický. Lewinovo dělení je založeno na intenzitě řízení dítěte. Výsledky pokusu s pěti skupinami desetiletých chlapců poukázaly na následující schéma: autoritářsky laděný vychovatel vychovávanému spíše poroučí a reakce vychovávaného vykazují prvky agresivity nebo naopak apatie;

²³ Lewin spolu s Lippitem a Whitem zkoumal vliv stylu vedení na klima ve skupině a na výkon účastníků. Účastníky pokusu byli chlapci ve věku deseti let (Plháková, 2006).

liberální vychovatel ponechává dítě do značné míry samo sobě a reaguje jen na jeho žádosti a dotazy – výchovné působení s sebou přináší přes četnost dotazů nejmenší výkon u dětí takto řízených; demokratický zaměřený vychovatel dítěti aktivně pomáhá. Liberální a demokratické řízení navozuje mimo jiné dobré vztahy mezi vychovávanými (PLHÁKOVÁ, 2006). V současnosti je demokratický výchovný styl preferován a rodičům doporučován mnoha odborníky. Míra řízení dítěte se nachází ve střední části škály od silného po slabé řízení. Děti jsou vedeny k samostatnosti a k projevům vlastní iniciativy. Výchovný prostor je otevřen diskusi, rodič akceptuje přání, potřeby a individualitu dítěte. Atmosféra v rodině je přátelská a vykazuje prvky dobré kooperace.

Kohoutek upozorňuje na význam diferenciací rodičů zaměřených na dítě a zaměřených na sebe. Rodiče s orientací na sebe preferují vlastní zájmy a aktivity. Kohoutek uvádí, že: „*V současnosti bývá nejvýše hodnocena výchova autoritativních rodičů, kteří jsou zaměřeni na děti a spojují kontrolu s akceptací.*“ (KOHOUTEK, 2009) Autoritativní²⁴ rodič od dítěte vyžaduje chování na dobré intelektuální a sociální úrovni, adekvátní jeho věku a možnostem a kontroluje ho. Pokud rodič zvolí jako výchovnou metodu trest nebo omezující opatření, vysvětluje a zdůvodňuje své jednání tak, aby bylo dítětem dobře pochopeno. U rodinního rozhodnutí dává dítěti prostor pro vyjádření pocitů a názorů vztahujících se k rozhodnutí. Děti tak spějí k nezávislosti, sebeprosazování, přátelství a spolupráci s druhými (KOHOUTEK, 2009).

Jiné rozšířené dělení způsobů výchovy nabízí Matějček. Autor upozorňuje na fakt, že konstrukt dělení výchovného působení je pouze zjednodušeným výkladovým schématem. V praxi je výchovný způsob jedinečný. Zahrnuje v sobě kombinaci mnoha faktorů, jako jsou podmínky v rodině, osobnost dítěte a rodičů, osobní zralost rodičů apod. Matějček shrnuje: „*Osobnost primárního vychovatele má ve vztahu k dítěti určitou projevoanou, jednající složku; jde o výchovné postoje a z nich plynoucí výchovné jednání.*“ (MATĚJČEK, 1992, s. 60) Výchovné postoje dotváří mimo osobnost rodiče také jeho vlastní zkušenosti z dětství, vztah k vlastním rodičům, jeho citový a psychosociální vývoj, inteligence a vzdělání, osobní systém hodnot a ideálů a všechny konflikty, napětí, úzkosti rodiče ve vztahu k dítěti (MATĚJČEK, 1992).

²⁴ Nejedná se o rodiče autoritářského. Autoritářská osobnost vykazuje rysy konzervatismu, stereotypnosti, agresivity a destruktivnosti. Charakterizuje ji obdiv k moci, zálibu ve vedení druhých a vytváření pravidel. Vyžaduje dodržování pravidel a kázeň a je netolerantní ke společenským odchylkám (HARTL, 2004).

Matějček dělí způsoby výchovy na výchovu zavrhuující, zanedbávající, rozmazluující, příliš úzkostnou a příliš projektivní, výchovu s přepjatou snahou o dokonalost dítěte a výchovu protekční.

Pro zavrhuující výchovu jsou typické nevraživé postoje k dítěti ze strany rodičů. Častý je výskyt latentní podoby tohoto způsobu výchovy. Důvodem k nevraživosti rodičů bývá fakt, že dítě symbolizuje osobní nezdár, neúspěch, zklamání a ořes rodičů. Jinou příčinou může být skutečnost, že dítě nenaplnuje svým vzhledem či duševními schopnostmi rigidně pojatý ideál rodičů o dítěti. Rodiče dítě často vědomě i nevědomě trestají, omezují a utlačují. K reakcím dítěte patří vzdor a protest nebo pasivita a rezignace.

Zanedbávající výchova se rovněž často vyskytuje v latentní formě. Míra zanedbávání se pohybuje v rozmezí mírného a selektivního až po hrubé a celkové. Socioekonomická úroveň rodiny může přispět k výsledné podobě výchovy. Rizikem přílišné volnosti ve výchově je nevytvoření vědomí povinnosti u dítěte. U asociálních rodin přispívá k celkovému obrazu výchovy konflikt rodiny se společenskými normami. Výchovu umocňuje špatný příklad rodičů. Dítě vykazuje slabší výkony mnohdy mylně interpretované sníženými intelektovými schopnostmi dítěte. Zanedbávající výchovné působení na dítě se pojí s deprivací a subdeprivací dítěte.

Pro rozmazluující výchovu je charakteristické přehnané citové lpění rodičů na dítěti. Každý projev dítěte je rodiči nekriticky přijímán s nadšením. Rodiče vědomě anebo nevědomě usilují o zakonzervování stavu, kdy je dítě dětsky roztomilé – to je „stále malé“, nedospělé a citově závislé na svých rodičích. Znemožňují tak osamostatnění dítěte. Nekladou na dítě nároky, odstraňují všechny překážky před dítětem, podřizují se jeho náladám a rozmarům a ztrácí tak u dítěte autoritu.

Úzkostná a příliš projektivní výchova je charakterizována také příliš velkým lpěním rodičů na dítěti, ale motivem bývá strach o dítě. Rodiče dítě příliš ochraňují, brání mu v činnostech, které sami vyhodnotí jako nebezpečné, zbavují dítě vlastní iniciativnosti, neurotizují ho neustálým omezováním aktivit. Dítě se nachází ze stavu permanentní frustrace potřeb aktivity, volnosti a poznávání. Dítě se snaží z takové situace uniknout, nebo ji překonat aktivně agresí, protestem či kompenzací mimo dohled a dosah rodičů. Reakce útlumem, pasivitou a podřizováním se je méně častá.

Takové dítě se může snadno stát obětí šikany agresora deprivovaného zanedbávající výchovou.

Výchovu s přepjatou snahou o dokonalost dítěte²⁵ popíšu více v následující podkapitole. Posledním typem výchovy Matějčkova dělení je protekční výchova. Rodiče mají vlastní hodnoty, které považují za vhodné a významné. Snaží se o to, aby dítě dosáhlo stejných hodnot bez ohledu na způsob jejich dosažení. Nejde o snahu o dokonalost dítěte, ale o rodiči vytýčený post pro dítě. Tato snaha se projevuje totální pomocí rodičů. Rodiče za dítě pracují, vše za něj zařizují, odstraňují překážky na cestě. Vyžadují podřízení všech a všeho tomuto hlavnímu zájmu. Protekční výchova je v rozporu s demokratickým výchovným stylem (MATĚJČEK, 1992).

1.3.4 Perfekcionistická výchova

Kohoutek v internetovém slovníku cizích slov definuje, že perfekcionistická výchova je: „*výchovná péče přehnaně až nutkavě usilující o dokonalost chování a maximální výkonnost vychovávaného jedince*“ (KOHOUTEK, 2005-2014). Samotné slovo perfekcionismus označuje touhu po úplnosti, dokonalosti. Matějček charakterizuje výchovu s přepjatou snahou o dokonalost dítěte – perfekcionismus takto: „*Rodiče se přepjatě snaží, aby dítě bylo co nejdokonalejší ve všem, nebo alespoň v oboru, který má z jejich hlediska zvláštní hodnotu.*“ (MATĚJČEK, 1992, s. 63) Rodiče nedokážou realisticky hodnotit možnosti dítěte. Často se stává, že na dítě přenáší touhu po hodnotách, kterých oni sami nedosáhli a to zpravidla vlastní vinou. Dítě tak má dosáhnout těchto hodnot za ně a stát se kompenzačním nástrojem nespokojenosti rodičů. Dítě je přetěžováno a příliš jednosměrně nebo celkově stimulováno. Matějček upozorňuje v rámci anamnézy těchto rodin na často odhalenou „patologii ve třetí generaci“. Jde o situaci, kdy některý z rodičů dítěte byl v dětství vystaven podobné situaci svými rodiči (MATĚJČEK, 1992).

Je zcela přirozené, že rodiče od svých dětí vyžadují co nejlepší výkony. Tlak na výkon se v soudobé společnosti stále zvyšuje a tak je pochopitelné, že se to týká i tlaku na dětskou výkonnost. Rodiče preferující perfekcionistickou výchovu vyžadují od svých dětí velmi často dokonalost, což může ve svém důsledku spíše dětem uškodit. Pro samotné rodiče může být takové výchovné působení stresující. Zatímco společnost

²⁵Jinak také perfekcionistickou výchovu.

klade důraz na schopnost flexibility a přizpůsobení se, jedinci, od nichž byla v dětství rodiči vyžadována dokonalost, mohou být spíše tvrdí a neústupní. Adaptabilita je naopak vlastností umožňující přežití. Pro perfekcionista rodiče je typické, že vlastní úspěšnost posuzují na základě úspěšnosti vlastních dětí. Tyto děti mohou nadměrný tlak na úspěch vnímat jako kritiku. Nadměrné obavy z vlastních chyb nebo nedokonalosti způsobují s největší pravděpodobností u těchto dětí přesvědčení o korelaci mezi jejich úspěchy a láskou rodičů. Příčinou úzkosti dětí jsou rovněž obavy, že je jejich rodiče nebudou milovat, pokud jakkoliv selžou a nevyhoví jejich nárokům. Děti trpí představou, že by mohly rodiče zklamat. Takové dítě může pak být natolik paralyzováno strachem, že se začne záměrně vyhýbat situacím, kdy by riskovalo vlastní selhání. Ztrácí tak svou přirozenou kreativitu a hravost. Bezpečné jsou pro něj jen takové činnosti, při kterých necítí obavy z možného neúspěchu. Přílišné soustředění se na školní výsledek může také paradoxně negativně ovlivnit schopnost učení se a zapamatování si nových informací v důsledku nepřiměřeného stresu.

Pod tlakem perfekcionista výchovy může dítě samotné inklinovat k vlastním perfekcionista sklonům. Někteří odborníci se přiklání k názoru, že sklony k perfekcionismu nejsou ani tak vrozené, jako spíše získané prostřednictvím učení. Osob s perfekcionista laděním stále přibývá. Nabízí se příčinná souvislost mezi současným vzrůstajícím počtem rodičů, snažících se o co nejdokonalejší výkony vlastních dětí, aby tak získali lepší postavení ve společnosti pro sebe. Dalším soudobým trendem je také zvyšující se rodičovská kontrola dětí. Rodiče své děti na jedné straně přehnaně chrání a kontrolují, na druhé straně od nich vyžadují dokonalé školní výsledky ve snaze dosáhnout pozdějšího výborného postavení dítěte ve společnosti a jeho úspěchů v kariéře. Samotný perfekcionismus může natolik ovlivnit psychiku jedince, až dochází k znesnadnění či dokonce znemožnění hledání vlastní identity. Pro takového jedince je nesnadné orientovat se ve vlastních zájmech a zálibách, což může být mimo jiné způsobeno zejména neustálým dobrovolným zapojováním se do náročných úkolů a prožitků. Připomínám, že hledání vlastní identity patří k jednomu s významných vývojových úkolů během dospívání. Zdárný průběh identitního procesu má tedy vliv na rozvoj osobnosti jedince i v pozdějším věku.

Jiná situace nastává, cítí-li dítě, že není schopné dostát náročným požadavkům rodičů. V takovém případě se může začít projevat vzpurným chováním. Situace nastává častěji u mladších sourozenců, jimž je příliš dáván za vzor starší úspěšný

sourozenec. Tyto postřehy a náměty k úvahám o roli perfekcionismu přináší ve svém článku pro americký Global Post Sandy Kreps (KREPS, 2014).

Perfekcionismus může být ve svém důsledku sebezničující. Přestože cílem těchto lidí je úspěch, jsou zaměřeni více na selhání. Častým průvodním jevem perfekcionismu jsou deprese a sklony k pochybnostem o vlastních schopnostech, což paradoxně znesnadňuje docílení úspěchu. Přestože se perfekcionista snaží o co nejlepší výkon, prožívá často negativní emoce spojené s vlastními výkony. Tito lidé bývají často egocentričtí, neustále se zabývají vlastním hodnocením a potýkají se s frustracemi, úzkostí a trpí depresemi.

Americký psycholog zabývající se vztahem perfekcionismu a psychopatologie Paul L. Hewitt na základě dlouhodobých výzkumů s kolegy²⁶ zjistil, že perfekcionismus koreluje nejen s depresí a úzkostí, ale také s poruchami příjmu potravy a dalšími psychickými problémy. Hewitt nesouhlasí se současným trendem některých odborníků považovat perfekcionismus zaměřený na sebe za adaptivní. Naopak poukazuje na množství prací, které prokazují, že perfekcionismus je faktorem zranitelnosti při vzniku unipolárních depresí, anorexie a sebevraždy. Žádná z forem perfekcionismu není podle názoru tohoto odborníka zcela bezproblémová. V polemice s odborníky, zastávajícími názor na adaptibilitu určitých forem perfekcionismu, Hewitt zdůrazňuje rozdíl mezi touhou vyniknout a snahou o dokonalost (HEWITT in BENSON, 2003).

Jiný americký psycholog Randy O. Frost se pokusil definovat na základě svých dlouhodobých výzkumů rozměry perfekcionismu pomocí následujících přesvědčení perfekcionista: pokud někdo v týmu podává lepší výkony, nebo plní lépe zadané úkoly než já, znamená to mé osobní selhání v celém projektu; ostatní lidé akceptovali nižší nároky na vlastní osobu, než jaké mám na sebe já; moji rodiče ode mě vyžadují, abych byl ve všem nejlepší; jako dítě jsem byl rodiči trestán za vlastní nedokonalost; svůj výkon v určité činnosti jsem schopný stále zvyšovat prostřednictvím nekonečného opakování této činnosti; čistota je pro mne velmi významná.

Každé z výše uvedených prohlášení zachycuje podle Frosta jeden z aspektů perfekcionismu: znepokojení nad chybami se odráží v tendenci perfekcionista interpretovat chyby jako ekvivalent selhání – perfekcionista věří, že selhání vede ke ztrátě respektu u ostatních; vysoké osobní standarty nejsou problematické jen svým

²⁶ Zejména ve spolupráci s psychologem Gordonem Flettem.

samotným nastavením, ale také přikládáním přílišného významu těmto standardům při osobním sebehodnocení; perfekcionisté věří na základě přesvědčení o rodičovských očekáváních, že pro ně rodiče vybrali velmi vysoké cíle; perfekcionisté vnímají vlastní rodiče jako hyperkritické; trpí vlastními pochybnostmi o svých schopnostech plnit zadané úkoly; inklinují spíše k vyhovění z vnějšku zadávaným požadavkům. Frost dále zdůrazňuje, že vysoké osobní standardy nevedou ještě k perfekcionismu. Za podstatnou považuje skutečnost, do jaké míry se jedinec obává vlastních chyb a selhání a jak silné jsou jeho tendence k pochybnostem o vlastních schopnostech. Perfekcionista si podle Frosta není nikdy zcela jistý vlastním výkonem a jediné pochybení často generalizuje na vlastní celkový výkon a kvalitu vlastních schopností. Intolerance nejistoty charakterizuje také obsedantně kompulzivní poruchy a generalizované úzkostné poruchy.

Perfekcionisticky laděné děti navíc oslabuje rodičovská kritika a ta nejnáročnější očekávání rodičů. Frost upozorňuje také na rozdíl mezi vlastním úsilím o dokonalost a vnějším požadavkem na dokonalost ze strany rodičů. Pokud se rodiče příliš zaměřují na chyby, výchova může směřovat ke vzniku perfekcionismu u dětí. Takové dítě pak přenáší hyperkritičnost a hypernáročnost rodičů později samo na sebe. Dětské přesvědčení o vlastní nedokonalosti a neschopnosti může vést k dodržování přísných osobních norem za jakýchkoliv podmínek. Právě tento prvek perfekcionismu považuje Frost za nejvíce propojený s psychopatologií. Dítě totiž posuzuje vlastní hodnotu výhradně na základě schválení vlastního výkonu rodiči. Pro dítě tolik potřebná rodičovská láska je podmíněna vyhověním dítěte rodičovským očekáváním. Tlak na dokonalost je v přímém rozporu s potřebami dítěte. Sebevědomí dítěte utrpí újmu, pokud dítě nabude přesvědčení, že je jen tak dobré, jakých úspěchů dosáhne. Snaha o dokonalost vede k situacím, kdy ve většině případů najde perfekcionista chybu ve vlastním výkonu bez ohledu na to, jak dobrý výkon podal (FROST in MARANO, 2008).

Dalším z aspektů perfekcionismu je nepřiměřená snaha o zakrývání vlastních chyb. Tyto strategie však znemožňují, aby perfekcionista získal zdravou vazbu od okolí na vlastní podaný výkon. Pokud okolí potvrdí chybu, perfekcionista okamžitě ztrácí vlastní sebevědomí, takže jediný způsob jak nabýt přesvědčení o vlastní hodnotě vidí jen ve vlastní dokonalosti. Touha po zakrytí vlastních chyb vede tyto jedince nakonec k vyhýbání se situacím, kdy mohou být jejich nedokonalosti okolím odhaleny. Tlak

na perfekcionismus u dětí tak vede k regulaci rozvoje sociálních dovedností a emocí, které mohou později být prospěšné při vyrovnávání se s životem a jeho nároky na jedince.

Rodiče, preferující perfekcionistickou výchovu, mohou používat skryté nepřímé techniky, pomocí nichž se snaží ovládat chování dětí. Jsou jimi například povzdech, strategické ticho, zvednuté obočí. Uplatňují tak nad dětmi svou psychickou kontrolu, která způsobuje vlastní kritičnost dětí k sobě samotným. Dalším zdrojem ovládnutí dětí je separační úzkost rodičů. Dospělí jsou příliš propojeni s dětmi a obávají se jejich rostoucí autonomie. Vývoj dítěte je tak ohrožen citovou ztrátou a představou opuštěnosti rodičů. Takoví rodiče mohou své dítě citově vydírat schvalováním jejich chování jen za podmínku, že děti zůstanou nadále na nich závislé a v jejich blízkosti. Ať už jde v tomto případě o rodičovský strach ze ztráty, nebo o snahu o udržení dítěte ve vlastní blízkosti z důvodu lepšího postavení ve společnosti prostřednictvím úspěchů dítěte, vždy se jedná více o vlastní osobní potřebu rodičů, než o vývojové potřeby dětí (MARANO, 2008).

Osobně se přikláním k Hewittovu názoru, že je naprosto nezbytné rozlišit touhu po dokonalosti od snahy prosadit se. Za nejnebezpečnější na touze po dokonalosti spatřuji nemožnost dosáhnout takového stavu. Vzpomenu-li na Maslowovu pyramidu potřeb, je přirozené, že se lidský jedinec zaměřuje na vlastní seberealizaci. Na druhé straně je lidská bytost limitována možnostmi vlastního výkonu. Výkon jednoduše nejde donekonečna stupňovat a zvyšovat, jak dnes vidíme například ve sportu. Snahu o něco takového spatřuji jako sebezničující. Podobným způsobem se dívám i na dokonalost jako takovou. Podle mě úskalí dokonalosti tkví v individuálním nastavení toho, co vlastně ona dokonalost je. Představuji si dokonalost jako jev, který nemá žádnou konečnou hranici. Dokonalý touží být ještě dokonalejší a tak se snadno dostává do pastí pleonexie, chtivosti bez konce. Kdo může sám o sobě říct, že dosáhl vlastní dokonalosti? Co však není dokonalé, se dá pořád stupňovat. Zvláště nebezpečný se mi jeví stav, kdy takovému osobnímu nastavení podlehne dospívající člověk, který ještě nemá pevně ukotvené vlastní sebepojetí a nenaučil se doposud plně nahlížet na sebe a dění kolem sebe s mnohdy tolik potřebným odstupem. Odstup a náhled nám umožňuje vidět věci takové, jaké skutečně jsou. Myslím si, že by sami rodiče měli v sobě pěstovat schopnost odstupů a náhledu, aby mohli být svým dětem dobrými rádci a průvodci na cestě k dospělosti. Pokud sami nejsou schopni vidět své děti takové, jakými skutečně

jsou a takové je taky milovat, podporovat a rozvíjet v nich jejich vlastní dobra, je docela možné, že nebudou s výkony svých dětí nikdy spokojeni. Hranice mezi smysluplnými požadavky na dítě tak, aby výchova nebyla příliš liberální, ale ani nezdravě perfekcionistická, je velmi neostrá.

1.4 Teorie vzniku poruch příjmu potravy

Většina autorů, zabývajících se problematikou PPP se shoduje na multifaktoriální etiologii těchto onemocnění. Příčiny vzniku PPP se v podání různých autorů do určité míry liší. Zatímco jedni jsou přesvědčení o zásadním vlivu rodinné konstelace, jiní tento názor vyvrací a vidí etiologii onemocnění spíše v sociokulturních vlivech společnosti a individuálním založení senzitivních jedinců.

Leibold řadí k hlavním příčinám anorexie poruchu ve vnímání těla, zdráhání se převzít roli dospělé ženy a pocit výlučnosti na základě odmítání jídla (LEIBOLD, 1995). Psychiatra a psychoterapeutka, odbornice na poruchy příjmu potravy Hana Papežová připouští určité genetické riziko u mentální anorexie (PAPEŽOVÁ, 2000). Otázkou je, do jaké míry jde skutečně o biologickou determinaci, a do jaké míry o vliv stravovacích návyků rodiny, které se dítě nápodobou učí a přejímá je.

Na příčinách vzniku PPP se podle názoru některých odborníků může podílet jak prostředí raného dětství, tak i pozdější průběh života. Za významné se jeví spíše sociální prostředí v dětství nemocného (LEIBOLD, 1995). Oproti tomu Papežová udává ve výčtu toho, co anorexie není: „*anorexie není známkou toho, že rodiče udělali ve výchově něco špatně*“ (PAPEŽOVÁ, 2000, s. 12). Individuální faktory u všech typů onemocnění PPP vykazují značnou podobnost. Tento názor podporuje fakt, že se jednotlivé formy velmi často v průběhu života nemocných střídají. Anorektičky akceptující určitou minimální hmotnost mohou trpět následnou latentní otylostí nebo bulimií. Bulimičky se v důsledku výčitek svědomí ze své záchvatovité žravosti mohou stát dočasně anorektičkami. Dochází tak k uzavřenému bludnému kruhu oscilujícímu mezi anorektickými a bulimickými obdobími. Latentní obezita může při rozvolnění zásad vést k nezřízené touze po jídle a bulimickým epizodám, což se časem může vystupňovat až k nejnebezpečnější formě PPP anorexii (LEIBOLD, 1995).

Jinou příčinou vzniku PPP může být strach z genetických dispozic k otylosti, vyskytující se v rodině. Spolu s identifikací se s ideálem krásy může být tento strach rozhodujícím momentem pro vznik anorexie.

Ucelený přehled základních hypotetických modelů vzniku mentální anorexie přináší psycholožka Jana Kocourková. Kanadský psycholog, psychiatr a rodinný terapeut Vincenzo Di Nicola rozděluje hlavní etiologické hypotézy na individuální, rodinnou a sociokulturní hypotézu. Individuální hypotéza se opírá o pojetí anorexie jako osobní dysfunkce. Rodinná hypotéza pojímá anorexii jako výsledek interakčních procesů v rodině. Sociokulturní hypotéza se pokouší nahlédnout na vznik anorexie v širším sociokulturním kontextu, všímá si také vyšší incidence anorexie v industriovalizovaných zemích a poměru výskytu 1:10 u mužů a žen (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Kocourková vypracovala čtyři základní modely etiopatogeneze mentální anorexie. Jde o individuální, rodinný, sociokulturní model a model psychosomatického onemocnění. Jednotlivými modely se budu podrobněji zabývat v dalším textu této kapitoly. Na závěr ještě krátce zmíním zajímavé pojetí PPP jako chorobné závislosti na jídle.

1.4.1 Individuální model etiopatogeneze mentální anorexie

Individuální model etiopatogeneze anorexie na toto onemocnění pohlíží jako na psychobiologickou krizi dospívání, zahrnuje psychodynamické hypotézy a biologickou hypotézu vzniku onemocnění. Zkoumá anorexii ve vztahu k depresi a obsedantně kompulzivní poruše a anorexii jako následek traumatu sexuálního zneužití.

Řada dospívajících dívek vnímá jako svou ideální váhu hmotnost před nástupem adolescence. Souvisí to patrně s nezvládnutým vývojovým úkolem dospívání, který v sobě obsahuje přijetí vlastní sexuality spolu se změnami těla a biologickou zralostí dospívajících dívek. Anglický psychiatr, věnující se mentální anorexii, Arthur Hamilton Crips v této souvislosti mluví o psychobiologické regresi (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Psychodynamické hypotézy se odvíjí od Freudovy teorie strukturálního modelu lidské psychiky, který zahrnuje id jako pudovou součást lidské psychiky, ego reprezentující regulační psychickou složku zaměřenou na adaptaci a superego jako

oblast svědomí. Freudovy vývojové fáze uvádím v podkapitole Psychosociální vývoj lidského jedince v předchozím textu. Pud, nebo také libido je podle Freuda nejsilnější motivační silou lidského prožívání a jednání. Pokud se přísné superego staví proti nedovoleným přáním, ego vytvoří obranné mechanismy, vedoucí k formaci symptomů. Starší hypotézy²⁷ pak vidí úmyslné odmítání jídla jako obrany proti fantaziím o nechtěném orálním těhotenství nebo proti orálním sadistickým a kanibalistickým fantaziím.

Sperling později navázala na klasickou analýzu a pozorovala raný vztah disponovaných dívek s matkou. Na základě pozorování Sperling se ukázalo, že anorektičky nejsou schopny pravé sexuální identifikace a heterosexuálního vztahu. Tyto symptomy se u dívek začínaly objevovat právě v období adolescence. V pozadí onemocnění pak stojí nevyřešený ambivalentní vztah s matkou a boj proti příjmu potravy obsahuje akceptaci ženské role a sexuální identifikaci. Dalším faktorem přispívajícím ke vzniku onemocnění v pojetí psychodynamické hypotézy je přetrvávající nebo znovuoživený oidipovský komplex v adolescentním období, projevující se sklonem k rivalitě s otcem o pozornost matky. Na matku si dívka činí vlastnické nároky, otcem je zklamávána kvůli jeho krutosti nebo emočnímu odmítnutí. Kocourková uvádí: *„Z tohoto hlediska může být mentální anorexie nahlížena jako specifický patologický následek nevyřešených oidipovských konfliktů u dívek a žen, jejichž raný vztah s matkou podmiňuje těžkosti v dalším vývoji.“* (KOCOURKOVÁ aj. 1997, s. 47)

Americká psychoanalytička, zaměřující se na poruchy příjmu potravy a obezitu, Hilde Bruch se rovněž zaměřila na ranou dětskou zkušenost anorektiček s matkou. Zjistila, že matky těchto dívek nebyly dostatečně senzitivní k potřebám svých dětí. Matky dětí sice vzorně krmily, ale jen tehdy, pokud ony samy měly hlad. Dítě rezignovalo na vlastní potřeby a plně se přizpůsobilo potřebám matky. Zdá se, že odtud pramení vyhýbání se konfliktům a střetům s matkou, nejasné budování vlastních hranic, problematický průběh separačně-individualizačních procesů od narození do tří let věku dítěte, nadměrná snaha o vyhovění požadavkům okolí a nepřiměřená přizpůsobivost anorektiček.

²⁷ Waller (1940), Berlin aj. (1951).

S příchodem výraznější orientace na prožívání sama sebe²⁸ je anorexie nahlížena jako jedna z forem self-patologie. Podle Geista jde o chronickou poruchu v empatickém spojení mezi rodiči a dítětem (in KOCOURKOVÁ aj. 1997). Takové dívky jsou závislé na ocenění zvnějšku, nedokážou ocenit sami sebe, objevuje se u nich výrazná snaha o vytvoření zdání soběstačnosti, ačkoliv je skutečná zdravá separace od rodičů děsí. Prožívají vlastní bezmocnost a neumí zacházet s negativními emocemi. O separaci dívek jako vývojovém úkolu se podrobněji zmíním v textu později.

Jednou z příčin, přispívajících ke vzniku onemocnění anorexií, je podle Poněšického také nedostatek individuace v období dospívání. Pokud matka neponechá dceři dostatek prostoru k získání vlastní odlišné identity, může se anorexie stát tím, co paří jen dívce, čemu jen ona sama rozumí a co jí nikdo nevezme. Prostřednictvím nemoci může dívka dokonce provokovat a bouřit se proti konzumní společnosti světa dospělých. Pro dospívající dívku je velmi složité nějak sloučit rozpor v mnohdy až nadbytečném materiálním zázemí a nedostatkem empatie rodičů pro její skutečné potřeby. Rodiče materiální zázemí dívce poskytují často s upomínkou na to, co všechno má ona sama k dispozici oproti jejich možnostem v jejím věku. Celou situaci navíc provází obvykle nedostatek času rodičů, určeného jen pro ni samotnou. Autor uvádí analogii mezi bulimickým hltavým jídlem a psychoanalytickým obrazem dívky, přijímající vše, netrpělivě hltající nové věci v naději, že právě ony jí přinesou to, po čem tolik touží. Jen tělo však pozná, že se její naděje nevyplnila a zareaguje na situaci zvracením (PONĚŠICKÝ, 2010).

Tento názor potvrzuje také Leibold. Dívka může podle něj maladaptivním způsobem reagovat na citovou deprivaci odmítáním potravy nebo přejídáním se. Tato deprivace nebývá jasně zvědomena. Klíčovou roli zde sehrává i role konfliktu s okolím, potřebného k prosazení svých očekávání, nadějí a cílů. Konflikt je vzhledem k výchově této dívky pro ni nepřijatelný. Dochází tak k nenaplnění vlastních potřeb a frustraci. Jednou z možných reakcí může být buď zvýšený příjem potravy, spojený s příjemnými tělesnými pocity, anebo naopak odmítání potravy s paralelou odmítavého postoje k nárokům společnosti (LEIBOLD, 1995).

Anorexie může na tomto pozadí být pokusem dívky o záchranu alespoň něčeho ze svého sebevědomí. Poněšický zde vidí počátky důrazu na vyšší spiritualitu a také

²⁸ Prožívání subjektu sebe sama je označováno pojmem self.

zdroj nezlomné vůle nemocných. Odtud také může pocházet jejich pohrdání lidmi – včetně sebe v bulimických fázích onemocnění – závislých na jídle. Protipólem takového jednání je pak snaha o ztrátu svobodného sebeřízení, jež je opakem silné vůle. Nemocné dívky tendují k úplnému vzdání se nároků a možností života a odevzdání se plně do péče ostatních. Jejich iluze zdánlivé nezávislost se ve stavu celkového vyčerpání zcela zhroutí. Během hospitalizace se nechávají hýčkat (PONĚŠICKÝ, 2008).

Biologické hypotézy vzniku onemocnění se zabývají především narušenými hypotalamickými funkcemi. Není však doposud zcela jasné, nakolik jsou tyto změny primární nebo sekundární ve vztahu k hladovění a ztrátě hmotnosti. Dalším posuzovaným faktorem je patologie menstruačního cyklu. Z výzkumů vyplynulo, že se u jedné třetiny až poloviny anorektiček objevila amenorea ještě před pro onemocnění signifikantní ztrátou hmotnosti. Toto zjištění by mohlo posilovat důraz na primární biologické etiopatogenetické faktory při vzniku onemocnění, pokud by šlo o primární amenoreu. Odlišná interpretace propojuje ztrátu menstruace s vlivem nevědomých neurotických mechanismů a odmítáním menstruace jako známky dospělosti.

Leptin, je důležitým faktorem lipostatického mechanismu. Papežová uvádí: „*Lipostatický model poukazuje na mechanismus udržení stálé tělesné hmotnosti pomocí signálů z tukových zásob. Ty pak ovlivňují regulaci hladu a chuti v mozku, v hypotalamu.*“ (PAPEŽOVÁ, 2002) Na základě pokusů na laboratorních myších došli vědci k následujícímu závěru: je-li gen leptin dysfunkční, vede k obezitě, infertilitě a malé aktivitě. Podání leptinu u myší snižuje jejich chuť k jídlu, zvýší metabolický obrát a aktivitu. Snižuje se jejich hmotnost a upraví fertilita. Tento mechanismus však nefunguje u lidí. Papežová výsledky výzkumů uzavírá hypotézou, že: „*Primární rolí leptinu může být signalizace hypotalamu, že tukové zásoby jsou dostatečné pro reprodukci.*“ (PAPEŽOVÁ, 2002) Český lékař, působící v oblasti obezitologie, Martin Haluzík na základě výzkumů s lidmi udává: „*leptimie ve většině případů odráží procento tuku v organismu, tj. hladiny leptinu jsou u obézních jedinců vyšší než u štíhlých*“ (HALUZÍK, 2002, s. 89). Autor ve své publikaci uvádí výsledky prací, zabývajících se hladinou leptinu u pacientek s anorexií. Anorexie je spojena řadou endokrinních abnormalit. Většina z nich je však pokládána za sekundární reakci na snížený příjem potravy a malnutrici. Studie Grinspoona aj. poukazuje na tento závěr: „*Body mass index, procento tuku v organismu i sérové koncentrace leptinu byly u pacientek*

s mentální anorexií oproti skupině zdravých žen výrazně sníženy.“ (HALUZÍK, 2002, s. 93) K podobným závěrům došel i Ferron. Z jeho výzkumu navíc vyplývá, že se hladiny leptinu bulimiček nelišily od kontrolní skupiny zdravých žen. Jiné studie se snažili zjistit vliv realimentace leptinu na zvyšování hmotnosti u anorektiček. Ačkoliv jejich leptimie dosahovala hodnot zdravých žen, BMI se u anorektiček nezvyšovalo. Svobodová aj. zkoumala vztah mezi hladinami leptinu a bazálním energetickým výdajem. Tento vztah nebyl prokázán ani u zdravých žen, ani u pacientek s mentální anorexií. V souvislosti s amenoreou u anorektiček říká Haluzík: *„Hladiny leptinu představují přímý signál tukové tkáně informující hypotalamické centrum sytosti o stavu energetických zásob. Dlouhodobý pokles hladiny leptinu tak vyvolává kromě jiných adaptačních změn i amenoreu.*“ (HALUZÍK, 2002, s. 89)

Anorexii provází často depresivní symptomatika. Cantwellova hypotéza tvrdí, že některé z případů anorexie mohou být variantou afektivní poruchy (in KOCOURKOVÁ aj. 1997). Z pohledu biologické psychiatrie lze tedy anorexii zkoumat jako formu primární depresivní poruchy se silnou hereditární komponentou, řadou biochemických abnormalit a pozitivní odpovědí na farmakoterapii. V této souvislosti stojí za zmínku otázka suicidálních tendencí u anorektiček. Přestože na vědomé úrovni se přání zemřít u těchto dívek nevyskytuje, mohlo by u hladovění jít podle Aptera aj. o suicidální ekvivalent (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Autoři prací o PPP poukazují na silnou vazbu mezi anorexií a obsedantně kompulzivními rysy osobnosti nemocných. Interpretace této skutečnosti se vydávají dvěma směry. Mohlo by jít o manifestaci primární obsedantně-kompulzivní poruchy jídelní patologií, anebo také o obsedantní symptomatiku jako následek procesů hladovění. Je proto nezbytné rozlišit premorbidní osobnostní rysy anorektiček. Kocourková vykresluje osobnost anorektiček jako svědomité, snaživé, pečlivé, ukázněné, ctižádnostivé, výkonné, zdvořilé a perfekcionista. Dívky se sklonek k rigiditě a magickému myšlení. Vyskytuje se u nich izolace afektů, úsilí o dokonalost, tendence k racionalizacím a zvýšená sebekontrola i kontrola druhých. Tento model osobnosti je častý u restriktorského typu anorexie. U adolescentních anorektiček se nachází podobně jako u lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou tendence ke kontrole, omezování a ovlivňování blízkých osob v oblasti chování, spojeného s jídlem. Na základě některých prací se dá vysuzovat také těsné spojení mezi perfekcionismem a anorexií (KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Vzhledem k tomu, že údaje o sexuálním zneužití anorektiček v dětství jsou značně vysoké²⁹, věnuji této problematice následující podkapitolu. Připomínám, že pohled na souvislosti mezi sexuálním zneužíváním a PPP v sobě zahrnuje model individuální etiopatogeneze anorexie.

1.4.2 Sexuální zneužívání a poruchy příjmu potravy

Papežová na základě závěrů studie Schmidtové a kolektivu uvádí, že anorexii i bulimii předchází stresová životní událost. Cituji: „*Nejčastěji se jedná o ztrátu významného pouta v rodině, změny ve vztahu k vrstevníkům nebo ve společenském postavení.*“ (PAPEŽOVÁ, 2002) U jedné pětiny nemocných je součástí stresu sexuální problematika. Bulimii provází vývojový stres, spojený se ztrátou jedno z rodičů, sexuálním zneužíváním, neadekvátní kritičností, vysokými nároky, zanedbáváním rodičovské péče i přehnaným zájem o dítě a alkoholismem rodičů. Za významný faktor považují autoři výše zmiňované studie narušenou adaptační schopnost, která se projevuje například reakcí bezmocnosti, vyhýbavým chováním u anorexie a u bulimie pak tendencí k vracení se k problému. V důsledku nedostatečné adaptační schopnosti může dojít k chronickému stresu se svými patofyziologickými a psychologickými následky. Papežová se domnívá, že teorie stresu je důležitá nejen pro pochopení etiologie a patogeneze onemocnění, ale i pro jejich léčbu. Cituji z článku: (teorie stresu) „*Vede k akceptaci významu stresové události, pomáhá najít společné faktory pro dorozumění a spolupráci mezi jednotlivými koncepčními přístupy. Poukazuje na důležitost řešení stresové situace i posílení účinnějších adaptačních mechanismů pacienta, které mohou modifikovat reakci na zátěž.*“ (PAPEŽOVÁ, 2002)

O poměrně častém propojení sexuálního zneužívání a PPP hovoří i Poněšický. Nejstarší teorie vzniku onemocnění je založena na odmítání přijetí zralého ženství symbolizovaného proměnou sekundárních pohlavních znaků a sexualitou (PONĚŠICKÝ, 2008). Při sexuálním zneužívání v rodině, incestu, dochází k destrukci hranic oběti. Ničivý vliv incestu se odráží na porozumění oběti sobě, okolí, světu. Narušená je vlastní identita a spoléhání se na vlastní cítění, rozpoznávání dobrého a špatného. Sebevědomí, pocit vlastní ceny a sebeucta oběti jsou rovněž narušeny. Opakovanou traumatizaci zažívají oběti incestu i v souvislosti s reakcemi okolí.

²⁹ Finkelhor udává, že v anamnéze 27% žen a 16% mužů se nachází sexuální zneužití (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Poněšický udává, že anorektické a bulimické onemocnění u dívek je z celé jedné třetiny následkem letitého sexuálního zneužívání. Začátek zneužívání se obvykle datuje mezi druhým a čtvrtým rokem věku dívek, kdy se začínají objevovat prvky jejich dívčí krásy, nebo mezi desátým a čtrnáctým rokem, během dospívání dívky v ženu. Citují: „*V obou případech je „něco“ hluboce centrálního a ve svém vzniku křehkého, „něco“ týkajícího se ženské identity vážně narušeno, někteří autoři hovoří dokonce o duševní vraždě.*“ (PONĚŠICKÝ, 2010, s. 42) U oběti dochází ke stavu depersonalizace, derealizace a disociace³⁰. Poněšický říká, že: „*dítě odloží své tělo jako nějakou část oděvu*“ (PONĚŠICKÝ, 2010, s. 42). Oběť často přebírá vinu za incest sama na sebe a sama sebe trestá ve snaze o zachování rodiny. Citový zmatek umocňuje často role matky, která buď dívku obviní ze lži, nebo je sama obětí agresora. Dívka se pak nemůže obracet k matce pro pomoc. V okamžiku největšího zoufalství je tak oběť zcela osamocena. Odmítání přijetí ženských tvarů těla a vlastní atraktivita anorektičkami je, podle Poněšického, výrazem odporu ke zneužívání vlastního těla a sexualitě vůbec. Svět dospělých je pro ně natolik matoucí, že chtějí raději zůstat dětmi. O extrémní anorexii někteří autoři uvažují jako o pomalé sebevraždě. Obranou proti nesnesitelné situaci v rodině je sebevražda duševní. Anorekticky zesláblé tělo je zbaveno potřebné energie k citovému prožívání. Mizí jak vývoj agrese, tak i sexuální impulzy a menstruace. Citují: „*Svou nemocí dostávají dívky rodiče do bezvýchodné situace, jakoby jim tím zprostředkovaly vlastní prožívání bezmoci, či se jim tím dokonce mstily.*“ (PONĚŠICKÝ, 2010, s. 44) Mechanismus bulimického hltavého jídla a následného zvracení u incestně zneužívaných dívek pak autor propojuje s vlastní psychoanalytickou interpretací: „*jakoby něco, co si vlastně přály, bylo otrávené či zakázané*“ (PONĚŠICKÝ, 2010, s. 44).

1.4.3 Rodinný model etiopatogeneze mentální anorexie

Jak jsem uvedla v kapitole Základní teorie vztahu rodičů a dítěte, má způsob rodinného života, povahové charakteristiky rodičů a jejich vzájemné vztahy spolu s výchovným stylem nepopíratelný význam na vývoj dítěte od raného dětství až po jeho dospělost. Studie, zabývající se příčinami vzniku anorexie, zkoumají všechny tyto vlivy v raném dětství budoucích anorektiček. Bruch uvádí, že vývoj anorexie je těsně spojen s abnormálními vzorci rodinných interakcí. Tato psychoanalytička se rovněž domnívá,

³⁰ Oběť omezí své citové prožívání, kognitivní funkce a dochází ke ztrátě paměti.

že úspěšné řešení patologie anorektiček musí obsahovat také řešení rodinných problémů dívek (in KOCOURKOVÁ aj. 1997). Rodiny anorektiček dosahují určité shody s rodinami psychosomatických pacientů. Jde o hyperprotektivní rigidní rodiny bez dostatečné schopnosti vyjadřovat přímo emoce a konflikty. Hranice těchto rodin směrem k vnějšímu světu bývají rigidní, vnější svět je vnímán jako ohrožující. Pro vztahy rodičů je typický primární důraz na roli dobrých rodičů na úkor partnerského a sexuálního vztahu. Anorektička bývá v dětství navázána na jednoho z rodičů – dcera oddaná matce, nebo favoritka otce, sama sebe se matce nadřazující. V adolescenci se objevuje zaujetí anorektičky otcem. Patologické jídelní chování má za následek větší kontrolu anorektičky matkou. Otec dívku často svými projevy zklamává. Ta se pak opětovně přiklání k matce (KOCOURKOVÁ aj. 1997).

S přihlédnutím k povaze mé práce věnuji znakům rodinného prostředí s výskytem PPP celou další kapitolu, řazenou v textu za touto kapitolou.

1.4.4 Sociokulturní model etiopatogeneze mentální anorexie

PPP se nejčastěji vyskytují v západních zemích s hodnotovou orientací zaměřenou na osobní individualitu, výkon, úspěch, společenskou prestiž a sebekázeň. Štíhlost reprezentuje, jak jsem se již zmínila v předchozím textu, zdraví, mládí a aktivitu. Kocourková uvádí výsledky výzkumu Caspera a Offera, ze kterých vyplývá, že se tělesnou hmotností zabývají v adolescentním věku více dívky světlé pleti, než dívky pleti tmavé; dívky jsou ke svému tělu kritičtější než chlapci a více realizují diety jako prostředky změny; tělesnou hmotností se zabývají více dívky než chlapci (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Za zmínku jistě stojí alespoň některé ze sociokulturních vlivů na vznik a rozvoj PPP. Moderní industriální společnost bezesporu přinesla mimo jiné výraznou změnu v hodnotové orientaci společnosti a ovlivnila zásadním způsobem současnou podobu rodiny. Leibold vidí sociální příčiny mentální anorexie jako individuálně vnímané nepříznivé sociální vlivy, které nakonec dívka vyhodnotí tak negativně, že se pro ni stává nevhodné usilovat o dospělost a podílet se tak na neuspokojivém subjektivně viděném celkovém obrazu světa. Tato myšlenka plně odpovídá obrazu adolescenta kritizujícího konzumní společnost, neschopného se adaptivním způsobem konfrontovat s realitou. Objektivně nutno dodat, že krize západní společnosti, spojená s ekologickými, hospodářskými, etickými, morálními, náboženskými, národnostními a

jinými palčivými otázkami, posilovaná vlivem medií, neuspokojivou podobou vztahů a celkovou krizí identity na různých úrovních, dává citlivým dospívajícím bezesporu velmi mnoho impulzů k negativnímu náhledu na svět, řízený dospělými. Leibold v této souvislosti vyzdvihuje především změnu pojetí role ženy, provázenou kultem štíhlého ženského těla. Mentální anorexie se neobjevuje v zemích s problematickým nedostatkem potravin. Teprve západní společnost zdánlivého nadbytku a plýtvání přinesla s sebou tak hojnou nabídku potravin, že umožnila sekundárně jejich odmítání. Senzitivní jedinci s vysoce vyvinutým svědomím mohou na přemíru nabídky potravin ve vlastní zemi, v kontrastu s fatálním nedostatkem základních potravin v jiných zemích, reagovat odmítáním jídla. Zároveň tak sami podvědomě brání vlastnímu dospění, aby se vyhnuli nutnosti přijmout podíl na takto nespravedlivém uspořádání světa.

V souvislosti s hnutím za emancipaci žen dochází ke ztrátě tradičních představ o roli ženy a muže, provázené ztrátou jistot. Současná sociální krize je rovněž provázena dlouhodobou nezaměstnaností především u žen. Tento stav vede ke zvýšené incidenci psychických poruch. PPP mohou představovat jednu z reakcí ženy na vracející se materiální závislost na mužích. Žena se tak prostřednictvím záměrného zbavení se vlastní sexuální přitažlivosti vyrovnává s mužskou nadvládou (LEIBOLD, 1995). Postoj současné společnosti k tělu je poměrně rozporuplný. Je zde přítomný kult mládí, spojený s ideálem štíhlého těla. Zároveň dochází k nerespektování vlastní přirozenosti a odmítání vlastního těla. To pak vede k obraně, spojené často s obezitou.

K bezesporu nepřehlédnutelným faktorům, ovlivňujícím vznik onemocnění PPP, patří vliv módních trendů západní kultury. Tyto trendy jsou pak hojně propagovány dnes masivně sledovanými sdělovacími prostředky. Západní kultura s sebou přináší kult štíhlého těla. Média prostřednictvím reklamy a zpravodajství ze života mediálně známých osobností často prezentují štíhlost v podobě oblíbenosti extrémně vyhublých modelek a hereček. Reklama na diváky útočí neustálým nabádáním k zakoupení zaručeně úspěšných prostředků k získání módně štíhlého těla. Zavádějící může být i medii rozšiřovaná příliš vágní informace o korelaci zdraví a nízké hmotnosti. Výrobci při prezentaci svých výrobků často přehnaně zdůrazňují obsah cukrů, tuků a kalorií ve svých takzvaně lehkých potravinách. To pak může vzbudit u mladých lidí přílišné zaujetí touto problematikou a jejich stravovací návyky silně ovlivní neustálé sledování obalů od potravin a následné propočítávání nutriční hodnoty všeho, co sní.

Takové počínání může vyústit až v chronický strach z jídla a PPP. Je zdokumentován případ osmileté dívky s anorexií, kterou v začátcích onemocnění starší sestra ovlivnila častým sledováním nutričních hodnot potravin. Osmileté dítě pak posílilo svůj zájem o zdravou výživu ještě sledováním televizních pořadů s tematikou péče o zdravé štíhlé tělo. Před hospitalizací do specializovaného pracoviště děvče téměř nejedlo, nadměrně cvičilo a místo nočního spánku donekonečna vybíhalo schody v rodičovském domě (CLIFFORD, 2008). Propagace nejrůznějších diet jakoby nebrala v úvahu skutečnost, že diety mají sloužit především nemocným. Diety s extrémně sníženým obsahem tuků a cukrů jsou dokonce pro zdravého jedince škodlivé.

1.4.5 Model psychosomatického onemocnění

U tohoto modelu onemocnění jde především o spolupůsobení predisponujících, spouštějících a udržujících faktorů. Kocourková k predisponujícím faktorům řadí ženské pohlaví, typ osobnosti s nejistou identitou a křehkou narcistickou rovnováhou, vysokým perfekcionismem a silnou orientací na výkon. Dalším predisponujícím faktorem je riziková rodinná konstelace a v sociokulturní rovině příslušnost k vyšší střední společenské třídě, zaměření společnosti na štíhlost a výkon.

Spouštěcí faktory se pojí s určitou formou stresu, na který není osobnost dívky schopná přiměřeně se adaptovat. Tento stres může být vyvolán měnicí se rodinnou rovnováhou a vývojovými změnami v adolescentním období. Významnou roli hraje individuální subjektivní prožívání stresu u disponovaných jedinců. Jiným spouštěcím faktorem může být nápodoba. Dívky rády imitují chování svých idolů. Důležitým spouštěcím momentem může být i nápodoba kamarádky, začínající s hubnutím. V některých případech je nízká váha a hubnutí po dívkách přímo požadováno. Jde o prostředí uměleckých a sportovních škol.

Za udržující faktory Kocourková pokládá ty, které souvisí s rozvojem symptomatiky PPP. Jde o faktory spojené s hladověním a následným oslabením fungování orgánů. Snižování prožívané úzkosti patologickou kontrolou příjmu potravy může být primárním ziskem z PPP. Významný je i sekundární zisk, jako například získání větší pozornosti v rodině. Paradoxně může být udržujícím faktorem i trestající postoj personálu během hospitalizace dívky ve specializovaném zařízení jako reakce na její provokující chování. Takový postoj posiluje lpění pacientky na vlastních patologických postojích (KOCOURKOVÁ aj. 1997).

1.4.6 Poruchy příjmu potravy jako chorobná závislost na jídle

Někteří autoři pojmají problematiku PPP jako chorobnou závislost na jídle. Od tohoto pojetí se pak odvíjí úvahy o podobnosti mechanismu onemocnění. Za zmínku stojí jev propojení několika závislostí, přičemž jednou z nich je chorobná závislost na jídle.

Určitá část osob s PPP má v předchozí anamnéze závislost na drogách. V takovém případě je jeden z maladaptivních způsobů jednání pouze zaměněn za jiný, aniž by došlo ke skutečnému posunu v léčbě závislosti. V textu výše zmíněné náhradní uspokojení prostřednictvím úst doprovází etiologii závislosti na nikotinu. Vzhledem k tomu, že alkohol je bohatý na kalorie, nebývá jeho zneužívání u lidí s PPP tak časté. K hojně zneužívaným lékům patří zejména laxativa a diuretika, ale i léky tlumící chuť k jídlu. Dávky musí být neustále zvyšovány, nakonec se dostaví závislost na nich propojená s nezměněným narušeným vztahem k jídlu. K nejzávažnějším následkům zneužívání léků v oblasti tělesného zdraví se řadí ztráta stopových prvků, živin a tekutin a poškození střev a ledvin. Zneužívány bývají i psychofarmaka. Pokud připustíme vnímání osob s PPP jako chorobně závislých, bývají tyto lidé považováni za osoby s oslabenou vůlí a příčiny vzniku onemocnění jsou často spojovány s nepříznivými podmínkami vývoje raného dětství (LEIBOLD, 1995).

Z uvedeného textu je patrné, jak složitým, komplexním a z hlediska etiologie nesnadno postižitelným onemocněním PPP jsou. Pokud by se snad dala nějakým způsobem příčina onemocnění určit, bude to podle mého názoru do značné míry individuální záležitostí jednotlivých případů. Predisponovaný jedinec reaguje na stejné situace jinak, než osoba s odlišnou strukturou osobnosti. Vlastní perfekcionistické tendence nemocných i výchova rodičů k perfekcionismu se opakovaně objevují hned u několika teorií vzniku PPP. Kategoricky se však nedá určit, zda je perfekcionismus příčinou, anebo průvodním jevem onemocnění. Některé teorie naopak vůbec perfekcionismus, jako faktor ovlivňující onemocnění, nepřipouštějí. Já sama bych se přikláněla k názoru, že pro určité osoby může být skutečně výchova k perfekcionismu jedním ze spouštěcích nebo podporujících momentů při vzniku a vývoji onemocnění. Ne každý jedinec, vychovávaný rodiči v duchu snahy o dokonalost, však nutně musí podlehnout některé z forem PPP. Nedá se ani jednoznačně určit, zda tento výchovný styl působí na vychovávaného ve všech případech negativně, i když určitá rizika zde

bezesporu jsou. Záleží například na osobnosti dítěte, míře odolnosti vůči stresu, naučeným copingovým strategiím a spoustě dalších okolností, jak dospívající akceptuje a zareaguje na perfekcionistickou výchovu ze strany rodičů.

1.5 Znaky rodinného prostředí s výskytem poruch příjmu potravy

Pro osoby trpící PPP se zdají být charakteristické podobné způsoby chování. Tyto osoby a jejich rodiny mohou mít i podobné zkušenosti. K charakteristickým znakům patří západní model chování, kde je jídlo dostupné a pojetí role ženy. Problematika PPP se v mnoha případech objevuje v rodinách, které sdílejí určité charakteristické rysy a hodnoty.

Na základě některých feministických a sociologických studií Giordano pokazuje na velmi jasný výsledek analýzy rodiny s výskytem PPP u dítěte. Přestože se analýza vztahuje k britské společnosti a některá specifika jsou v českém prostředí odlišná, jde o podnětnou studii, vztahující se k západoevropské kultuře jako celku. Autorka uvádí, že se anorexie a bulimie vyskytuje převážně v privilegovaných částech komunity. Jde o vyšší nebo střední společenskou třídu. Tyto rodiny se snaží o získání vyššího společenského statutu, anebo o znovuzískání statutu ztraceného (GIORDANO, 2007). Obdobný názor má také Leibold. Také podle něj dívky trpící PPP obvykle pochází ze středních a vyšších sociálních vrstev. Jejich rodiče se teprve nedávno vypracovali vlastními silami k dosažení vyššího postavení ve společnosti a obvykle kladou velký důraz na výkon a společensky uznávaný konformní rodinný život. Účelem takového chování s velkým důrazem na vnější podobu rodiny je splynutí s ostatními rodinami vyšší společenské vrstvy, než k jaké rodina donedávna příslušela (LEIBOLD, 1995). Giordano uvádí, že 89,4 % rodičů dívek s PPP žijí spolu. Matka má v 81% navíc domácí práci³¹. U těchto rodin se vyskytuje hodnotová orientace na kariéru a vystupování na veřejnosti. Giordano vidí podobnost mezi protestantskými hodnotami, zaměřenými na morálku, péči o své zdraví, diety, šťihlost a puritánskou ideu sebekontroly. Obezita je zde považována za znak neschopnosti, selhání sebekontroly, netečnosti a přílišné shovívavosti vůči vlastní osobě. Tuk v těchto rodinách může symbolizovat znaky sexuality a s ní spojené hříchy. Potěšení ze sexu mohou rodiny

³¹ Výsledky studii se týkají rodin žijících ve Velké Británii.

vnímat jako luxus, který má být vykoupěn prací a aktivitou. Jedinec v takové rodině by měl být maximálně zaměstnán a pocity unavenosti a vyčerpanosti jsou brány jako normální stav. Výše popsané rodiny nejčastěji vyhledávají v případě ohrožení dítěte PPP odbornou pomoc. Sama autorka k tomuto modelu dodává, že se nicméně PPP mohou vyskytovat i u jiných modelů rodiny, které ovšem odbornou pomoc nevyhledávají tak často (GIORDANO, 2007).

Na první pohled vypadá rodina výskytem PPP u dítěte normálně. Dodržuje sociální a konvenční normy, vykazuje značný smysl pro povinnost, je však v permanentní tenzi. Citové potřeby bývají přehlíženy na úkor dodržování režimu. Tenze se projevuje v nekonečných dohadách o nicotných věcech jako symptomů skryté agrese a následném výbuchu otevřené agrese. Dominantní osobou v rodině bývá podle Giordano matka. Otec je otevřeně nebo latentně spíše submisivní, přestože se na první pohled projevuje jako dominantní. Dcera se v některých případech stává obětí netolerantní, invazivní a hyperkritické matky. Matka se zaměřuje jen na sebe a svojí roli v rodině, není senzitivní k emocionálním potřebám dcery. Emocionálně se distancuje, vykazuje prvky perfekcionismu a snaží se za každou cenu neztratit sebevědomí. Psychoterapeuti se zmiňují o obtížné roli dětí vysoce náročných rodičů. Giordano v této souvislosti zmiňuje dvojí roli oběti v rodině. Zatímco matka se sama staví do role oběti, skutečnými oběťmi jsou v takové rodině děti (GIORDANO, 2007).

Bruch shrnuje podobné charakteristiky rodin s výskytem PPP tak, že všechny vykazují vysoké nároky a nepřiměřená očekávání na dítě. Dítě si musí udržet svojí vysokou kvalitu z povinnosti k rodičům. Jedině tak bude rodiči posuzováno jako dostatečně dobré. Na dítě je vyvíjen nepřiměřený sociální a rodinný tlak. Onemocnění PPP je považováno za důsledek vysokých ambivalentních očekávání rodiny nebo sociálního okolí a často obou faktorů najednou. Syndrom onemocnění se pak odvíjí v kontrastu s těmito očekáváními. Záchvaty žravosti mohou být obranou proti nevhodným požadavkům, směřovaným k osobám s PPP. Nemocná rozvíjí tento specifický symbol v konfrontaci s nepřiměřenými očekáváními. Daří se jí tak získat moc a kontrolu nad okolím a svým životem (in GIORDANO, 2007).

Vysoce problematické jsou manipulativní rodiny s rezistencí ke změně. Dívky se mohou jevit jako oběti svých rodin, nebo jako manipulátorky, které v podstatě terorizují celou rodinu, aby na sebe upoutaly pozornost. Takové závěry někteří autoři

považují za jednoduché interpretace a vyvrácené předsudky³². Podle Giordano rodiny dívek s PPP bývají často chudé na citová pouta, jsou rigidní ve víře i v projevech chování (GIORDANO, 2007). Italská rodinná terapeutka Mara Selvini Palazzoli pracovala s těmito rodinami a zjistila, že každý člen takové rodiny manifestuje, že vše dělá pro druhé a obětuje se pro rodinu a zároveň odmítá zodpovědnost za své chyby. Každý člen rodiny je přesvědčen, že právě on dělá vše správně (in GIORDANO, 2007).

Zajímavý je v této souvislosti také názor Leibolda. Podle něj neobvyklé chování anorektiček koresponduje s požadavkem rodiny na zachování vnějšího zdání na úkor neakceptovatelného vnitřního obsahu. Leibold vidí paralelu v odmítání potravy jako vnější fasády a jen anorektičkou akceptovatelný smysl hubnutí jako nepřijatelného obsahu (LEIBOLD, 1995).

V následujícím textu kapitoly se budu zvláště zabývat osobnostními rysy a chováním samotných dívek, rolí otce a rolí matky v rodině s PPP. Pro rodinu, čelící krizi způsobené jakýmkoliv druhem rizikového nebo maladaptivního chování, je nesmírně zatěžující otázka viny. Rodiny často svou energii vyčerpávají pátráním po viníkovi a oběti vzniklé situace. Zaujal mě v této souvislosti princip cirkulace rolí viník a oběť u anorektiček autorky Giordano. Objasnění tohoto principu proto věnuji další podkapitulu. V závěru se chci věnovat úvaze nad významem separace dítěte od rodičů.

1.5.1 Osobnostní rysy a typické projevy chování u osob trpících PPP

Senzitivní dívky na sebe často berou roli důvěrnic svých matek i otců, přebírají neadekvátně na svá bedra napětí v rodině a snaží se zajistit vlastními silami soudržnost rodiny. Anorexie je pak podle Poněšického nevědomým zástupným protestem, voláním o pomoc a následnou rezignací prostřednictvím těla. U Bulimie se zvracením alespoň projeví aktivní způsob protestu (PONĚŠICKÝ, 2008). Jak jsem již uvedla, k vývojovým úkolům adolescence patří vyrovnat se s reakcemi okolí na své měnící se tělo. Pokud u dívky dojde k zřetězení se malé schopnosti k agresi, nízkého sebevědomí a dívkou špatně neseným kritickým reakcím okolí – včetně rodičů – na své plnější tělo, dochází u ní ke snaze o připodobnění se ideálu krásy, spojeného se štíhlým tělem. Poněšický dále uvádí, že jde často o dívky velmi přizpůsobivé, vzorné studentky a disciplinované

³² Například Rodinná terapie – Milánská škola (GIORDANO, 2007).

sportovkyně, jež jsou ve skutečnosti zneužívány svými rodiči a společností k jejich vlastní slávě a hrdosti (PONĚŠICKÝ, 2008).

Obdobně charakterizuje anorektičky také Kocourková: „*Dívky s mentální anorexií bývají premorbidně hodnoceny jako výrazně přizpůsobivé, vyhovující, úspěšné v oblasti školní i zájmové, perfekcionistické, odpovědné.*“ (KOCOURKOVÁ aj. 1997, s. 19) Autorka dále uvádí, že se dívky teprve s rozvojem jídelní patologie dostávají do konfliktu s rodiči, v souvislosti s jídlem lžou, nechtějí připustit patologii vlastního chování, snahu okolí o změnu vnímají jako průnik do svého soukromí, na který reagují vztekem, lítostí a pocitem viny. Dívka je často vázána spíše na matku, otce odmítá či kritizuje. K bulimii autorka uvádí: „*Dívky s mentální bulimií již nebývají premorbidně hodnoceny jako tak vyhovující a přizpůsobivé, ale mají také perfekcionistické rysy a bývají závislé na hodnocení druhými.*“ (KOCOURKOVÁ aj. 1997, s. 19) Hluboké konflikty a vztahové problémy dcery s matkou se podle Kocourkové odráží v symbolice hltání a zvracení jídla, vařeného matkou (KOCOURKOVÁ aj. 1997). Rozhodujícím pro vznik bulimie může být u mnohých nemocných sklon k nadměrnému přizpůsobování se sociálním tlakům v důsledku výchovy. Bulimičky nekriticky podporují módní trendy štíhlého těla a zachovávají vlastní zdání konformity navenek tak, jak se to naučily ve svých rodinách. V dospělosti dosahují často akademického postavení.

Také Papežová uvádí několik podobných povahových rysů jako rizikových pro vznik PPP. Jde o perfekcionismus, zranitelnost, nestálost, puritánství, asketismus a trestání sebe sama (PAPEŽOVÁ, 2000). Myslím si, že perfekcionismus a k němu se přidružující enormní sebekritičnost, spolu s nízkým sebevědomím, by mohly za určitých okolností skutečně souviset s perfekcionistickým výchovným stylem rodičovské výchovy. Dítě do určité míry přebírá modely chování rodičů. V předchozím textu své práce jsem se zmínila o vlivu Kantovy etiky na vnímání těla a společenských poměrech konce 19. století. Odmítání vlastních potřeb za účelem morální očisty dávám do možné spojitosti s puritánstvím a asketizmem. Své kořeny by mohlo mít toto chování a vnitřní prožívání, podle mého názoru, v přetrvávajících postojích z tohoto historického období.

Anorektičky mívají často pocit vlastní výlučnosti. Vzhledem k jejich mládí jsou možnosti, jak projevit vlastní výlučnost, omezeny a tak často použijí odmítání jídla

jako prostředku. Cítí se tak výlučně, protože odmítají něco, co jiní potřebují k životu. Výkonnostní princip naší společnosti, měřící hodnotu člověka často na základě dosaženého materiálního blahobytu, snadno vytvoří neosobní a chladné sociální prostředí. Osobně s posuzováním hodnot a kvalit jedince na základě těchto měřítek zásadně nesouhlasím. V takovém světě mohou mít dospívající úzkostné stavy, spojené s představou přechodu do dospělosti. Uvážíme-li, že ve výkonové době je všechno poměřováno jen skutky, pak se nabízí náhled na problematiku PPP ze zajímavého úhlu. Pro dospívající dívku s PPP je naprosto nezbytné zachovat pro okolí navenek věrnost principům výchovy, potlačujícím konflikt s okolím, důrazem na zachování konformity a plněním role poslušného dítěte. Bude-li chtít taková dívka sama sebe uskutečnit prostřednictvím výlučného výkonu, vymykajícího se i obvykle vysokým nárokům svých rodičů, nabízí se, že si jako takový skutek zvolí právě odmítnutí vlastního těla, popření možnosti existovat – vyskytovat se ve skutečném fyzickém světě. Pro úplnost je potřeba dodat, že obdobné úvahy probíhají obvykle z části na úrovni podvědomí a vymykají se racionální kontrole.

Důležitým projevem chování anorektiček je snaha o kontrolu. Počátky onoho „mít vše pod kontrolou“ pramení podle Poněšického z ambivalentního postoje k vlastní rozvíjející se sexualitě a rodičovských obav a zákazů s ní spojených. Tato tendence se pak může přenést i na kontrolu jídla a váhy (PONĚŠICKÝ, 2008). Pro dívky s PPP je typický způsob, jakým připravují potravu. Často to dělají strnulým způsobem. Nezbytnými nástroji jsou přesná váha a kalorické tabulky.

V souladu s důrazem rodičů na výkonnost mají mnozí nemocní vyšší školní vzdělání, jsou pracovití a úspěšní. To však vždy nekorresponduje s jejich založením, schopnostmi a zájmy. Nemohou-li se anorektičky vyrovnat s požadavky rodičů na výkon, dochází k navození pocitů viny a hanby. Tyto dívky se vyznačují mimo jiné kolísavými stavy euforie a hluboké deprese a nápadnou starostlivostí o druhé. Pocit hladu neztrácejí. Jde o to, že se mu nepoddávají, protože pohrdají potřebami svého těla a cítí se tak silně. To pak posiluje pocity výlučnosti. Pokud dojde k výjimečnému selhání a dívka podlehně svému hladu, přichází pocity hanby a viny. Jako nápravný prostředek svého selhání pak volí ještě důslednější hladovění a ocitá se tak snadno v život ohrožujícím stavu, který je také možno chápat jako určitý druh pomalé sebevraždy. Nápadný je kontrast úbytku hmotnosti s neutuchající činností a výkonností u anorektiček. Ty se tak mimo jiné snaží rozptýlit obavy okolí

o svůj mnohdy alarmující zdravotní stav. Takovou výkonnost při markantním úbytku sil vysvětluje Leibold silou vůle (LEIBOLD, 1995). Nakonec dojde k úplnému zhroucení se a nemocná není schopna obstarat vlastními silami základní úkony, spojené se sebeobsluhou. Hrubé zanedbávání vlastních základních potřeb opět kontrastuje s přehnanou starostlivostí o druhé. Tato starostlivost může mít efekt odvedení pozornosti od vlastních potřeb. To vede k navození euforického pocitu vlastní výlučnosti. Jeden projev je tak propleten se všemi ostatními anorektickými motivy. V důsledku propojení potřeby přehnané starostlivosti o druhé a pocitu vlastní výlučnosti může anorektička na své okolí působit dojmem arogance a ocitnout se tak v ohrožení sociální izolací, upozorňuje Leibold. Hrozbu umocňuje postupná ztráta zájmu nemocné o mezilidské vztahy. Sociální izolace je těžký stresový činitel a může celkově svízelnou situaci ještě více prohloubit. Vztahy s okolím podléhají momentálním náladám nemocné. Pocity výlučnosti mohou rychle střídát pocity vlastní méněcennosti (LEIBOLD, 1995).

U značné části anorektiček dochází k chronicitě jejich stavu. Posedlost jídlem se pak projevuje v úzkostlivém hlídání si akceptované minimální hmotnosti. Akceptovaná hmotnost bývá obvykle nižší, než je normální, ale nebývá již na hranici ohrožení života. Hlad a pocit pokušení opět snižovat vlastní hmotnost vede u chronicky nemocných k přísné kontrole svého chování u jídla, podobně jako u latentní obezity. Příznačný je strach ze změny tělesné hmotnosti ať už jakýmkoliv směrem. Chronicky nemocná dívka dovede však na rozdíl od akutní anorektičky rozpoznávat abnormalitu vlastního chování a vyvolává si tak pocity hanby, viny a deprese. Trvalý stres může kdykoliv způsobit opětovný příklon k akutní anorexii. Chronické anorektičky si udržují svou váhu také prostřednictvím úmyslně navozeného zvracení, které subjektivně prožívají jako nepřírozené a stydí se za svou neschopnost odolat nutkání k němu. Tento moment může být podle Leibolda spouštěčem bludného kruhu anorexie a bulimie (LEIBOLD, 1995).

Poněšický se na celou problematiku dívá ještě z jiného, neméně zajímavého, úhlu pohledu. U anorektiček podle něj dochází často k sebepoškozování v důsledku nedostatečného potvrzování a obdivu matky ve vztahu k vývoji svých dcer. Vzájemný vztah může být navíc komplikován žárlivostí matky na dceru. Tento fakt předznamenává budoucí partnerské vztahy dívek, a také poznamenává jejich tělesnost. Dívka se snaží nalézat všechno, čeho se jí v uvedené souvislosti nedostává od matky

nejdříve u otce, později u partnera. Neuspokojenou potřebu provází ve vztahu k tělesnosti závislost na dokonalosti. Tyto dívky velmi těžce nesou kritiku. Nemají dobře vybudované autentické sebevnímání (PONĚŠICKÝ, 2008).

Z uvedeného textu je patrné, že perfekcionismus a snaha o dokonalost patří ke společným osobnostním rysům a znakům chování dívek s PPP. Tyto dívky mohou v sobě nést prvky perfekcionismu buď sami o sobě, bez přispění výchovného vlivu rodičů, anebo mohou mít takový způsob myšlení a chování naučený nápodobou a vložený vnějším působením rodičů právě výchovou k perfekcionismu. Napadá mě v této souvislosti opět možná zvyšující se pravděpodobnost vzniku onemocnění při kombinaci predispozice dívky vlastními osobnostními rysy, hereditární zátěže a perfekcionistačké výchovy.

1.5.2 Otec

Jak jsem uvedla v předchozím textu, žijí rodiče dívek s PPP z velké části ve společné domácnosti a nejsou rozvedeni. Role otce má proto značný vliv na celkovou podobu a fungování rodiny.

Palazzoli na základě své praxe uvádí, že otcové dívek s PPP působí vyrovnaně, ale jejich postoj často odhaluje neochotu a nezájem o opravdové porozumění problémům nemocné. Často odmítají převzít zodpovědnost za dynamiku rodiny. Přestože v rodinné anamnéze nebývá odloučení nebo rozvod manželů, nestabilita rodiny a separace jejich členů bývá celkem běžná. Rodina si navzdory tomu udržuje rigidní vzorce vztahů. V případě rodinné krize nejsou rodiče ochotní rodinnou krizi vyjasnit. Krize zůstává potlačovaná a nevyjasněná. Otec bývá často nepřístupný dialogu se svou partnerkou, odmítá pojmenovat problémy rodiny a spolupracovat na jejich řešení.

Stejná autorka dále uvádí dva modely chování otce. První z nich je submisivně podřízený model otce. Je pro něj typická rezignace, kapitulace a poslušnost. Na stížnosti partnerky reaguje otec v tichosti a jeho děti ho mohou vidět jako slabého a zbabělého. Druhý model otce reaguje spíše křikem, ale výsledek rodinné interakce bývá obvykle stejný – v rodině se mlčí o problému, otec odmítá dialog. K typickým projevům otce dívky s PPP patří vysoká oddanost své práci, soutěživost a individualismus. Pracuje tvrdě, aby dosáhl profesionálního úspěchu. Svou náklonnost rodině projevuje spíše

prací, než citovými projevy a ochotou k dialogu. Výsledkem takového chování může být emocionální a fyzická odtažitost otce od dětí.

Zajímavý je poznatek Palazzoli, že se otec často nepodílí na výchově a péči o dítě v prvním roce života a vše deleguje na matku. O smysluplnou interakci mezi sebou a dítětem se pokouší až v období adolescence. Výchova dítěte spočívá tedy téměř výhradně na matce. Očekávání otce od dcery je značně ambivalentní. Na jedné straně je zde požadavek na naplnění konvenční role ženy ve společnosti a na straně druhé masivní podpora soutěživosti a důraz na úspěch. Autorka dále upozorňuje na častý výskyt narcistického vzorce osobnosti u těchto otců. Tito otcové chtějí být na své dcery hrdí a prezentovat se tak na veřejnosti. Za povšimnutí stojí historická a kulturní souvislost ve Velké Británii. Otcové těchto dívek se narodili po druhé světové válce a byli značně ovlivněni silnou šovinistickou kulturou doby. Mohlo by se zdát, že tato kultura u nich zniterněla. Jsou proto silní a tvrdí, žárlivě střeží skutečnost, že sami trpí, protože nesmí ukázat náznak své slabosti. Přes svou nedostatečnou emoční inteligenci však v rodině působí jako silné pilíře. Často se u nich objevuje emoční závislost na partnerce (in GIORDANO, 2007).

1.5.3 Matka

Matka je bezesporu pro dítě velmi významnou osobou. Ne jinak je tomu u dívek s PPP. Autoři prací o PPP nabízí množství různých pohledů na roli matky v případě onemocnění dítěte PPP. Pro sestavení určitého obrazu nabízím některé z nich.

Palazzoli charakterizuje projevy chování této matky v souvislosti s vinou. Pokud matka podle autorky dává najevo svou vinu, zároveň také argumentuje, že všechno dělala dobře a obětovala se pro rodinu. Stejně tak jako u otců spatřuje Palazzoli u matek některé společné znaky. Ve svých úvahách vychází autorka z kulturního kontextu ve Velké Británii. Její model matky zahrnuje submisivní podřízení se dětem i otcí. Tato matka sice vykazuje ekonomickou nezávislost, ale je daleko více emocionálně zatížena, než otec. Matka se domnívá, že jen ona sama musí naplňovat emocionální potřeby svých dětí. Typickým rysem je tendence k sebeobětování a přijímání úkolů jiných. Tyto matky chtějí dělat všechno sami a nejsou příliš ochotné říct si o pomoc. Snaží se sami zvládnout celou domácnost, chovají se jako ženy v domácnosti, ačkoliv mají své vlastní zaměstnání. Motivem je pro ně zodpovědnost a smysl pro povinnost. Odmítají však převzít zodpovědnost za chyby. To vše přispívá

k necitlivosti k vlastním emocionálním potřebám a také k potřebám ostatních členů rodiny. Ztížená možnost sebereflexe se podílí na zhoršené reflexi potřeb ostatních. Chybí zde introspekce. Tato skutečnost pak vede k nemožnosti smysluplné komunikace mezi matkou a dětmi. Potlačovanou emocií u tohoto modelu matky je hněv. Vnitřně je v rozporu s přijetím role toho, kdo se obětuje, ale zároveň si chce tuto roli ponechat. Svůj hněv proto nevyjadřuje otevřeně, ale pasivně agresivní formou. Rodinná scéna je ovládnuta povrchní konverzací. Podpovrchová agrese je konzistentně tichá a latentní. Projevuje se v pokračující tendenci argumentovat a lpět na v celku nedůležitých tématech (in GIORDANO, 2007).

Jiným znakem je neschopnost matek dívek s PPP adekvátně odpovědět na volání po jídle v raném dětství svých dcer. Bruch v této souvislosti vypracovala následující teorii. Matky anorektiček nebyly dostatečně naladěné na své dítě. Projevily nedostatek senzitivity k potřebám a žádostem svého dítěte po jídle, což následně narušilo kapacitu dítěte pro správné vnímání hladu a pocitu nasycenosti. Potřeby dítěte se pohybovaly v rozmezí potlačování hladu a nenasycenosti. Tyto matky byly buď příliš restriktivní, anebo naopak permissivní. Nekrmily své děti na základě jejich signálů, ale podle předem stanoveného času. Dívky tak neměly možnost naučit se správně vnímat signály vlastního těla. Taková dívka se stává někým, kdo žije na základě myšlenek a pocitů ostatních. Projevují se u ní nedostatky ve vnímání sebe sama a pravděpodobně předpokládá, že její potřeby jsou pro ostatní nevýznamné a nemají žádný vliv na okolí (in GIORDANO, 2007).

Matky dětí s PPP mívají často podle Leibolda sklon ke starostlivosti. K projevům patří například nadměrné překrmování dítěte od útlého věku. Matka svou přehnanou starostlivostí skrývá vlastní obavy a ty pak přenáší na dítě. Významnou roli hraje i původní potlačované nezpracované odmítání dítěte matkou. Špatné svědomí taková matka vykupuje zmiňovaným přehnaně starostlivým chováním. To však nenavozuje dobré podmínky pro vytvoření dobrého vztahu matky a dítěte jako podmínky zdravého vývoje dítěte. Anorektičky také mívají sklon k přehnané starostlivosti o druhé. V této souvislosti může jít o nápodobu vzoru přehnaně starostlivé matky. Nemocná oslabuje vlastní obavy ještě větší starostlivostí, než jakou vykazuje její matka a zároveň se tak brání její nadměrné pečlivosti (LEIBOLD, 1995).

Otylá matka může nevhodnou pobídkou spustit řetězec událostí, vedoucí až k PPP. Takovou pobídkou je například nabádání dcery, aby si hlídala svou váhu a nedopadla tak, jako ona sama.

Stejně tak jako požadavky otců na své dcery mohou být do značné míry ambivalentní i požadavky matek. Matky budoucích anorektiček vedou své dcery k dosahování vysokých standardů sebe prezentace ve škole i v jiných činnostech tak, aby byly co nejvíce samostatné a nezávislé. Skrytým motivem matek může být tendence vychovat dceru tak, aby neopakovala chyby své matky a nestala se ekonomicky a společensky závislou na partnerovi. Zároveň však tyto matky očekávají, že bude dcera senzitivní a pečující vůči rodině a prioritně naplní potřeby a přání ostatních členů rodiny. Turner uvádí jako typický znak anorektických matek právě protichůdné požadavky na dcery – rodinné hodnoty prezentované důrazem na úspěch versus podpora submisivní součásti osobnosti spíše než autonomie a nezávislosti, přičemž autonomie a nezávislost je potřebná právě k dosažení úspěchu. Autor shledává tuto situaci jako typické pozadí pro vznik PPP (in GIORDANO, 2007).

1.5.4 Nepřiměřená očekávání a role viníka a oběti v rodinách s PPP

Většina rodičů během výchovného působení na dítě vznáší určitá očekávání, která mají děti naplnit. Ve zdravém rodinném prostředí jsou tato očekávání a požadavky na dítě přiměřené jeho věku a schopnostem. Je velmi přínosné, pokud rodiče umí dětem přijatelnou a srozumitelnou formou vysvětlit, jaký smysl má konkrétní činnost rodiči po dítěti vyžadovaná. Významným momentem je také správná motivace dítěte k určitému výkonu. Ideální je stav, kdy dítě přijme požadavky rodičů, je v nich samo schopno spatřovat smysl, význam a osobní dobra pro něj samotné. O významu motivace rodičů při stanovování požadavků na dítě jsem se již zmínila v předchozím textu. Očekávání rodičů mohou být přiměřená, ale také buď příliš nízká, nebo vysoká. Nízká očekávání a malé nároky na dítě se projevují slabší výkonností a laxním přístupem k plnění povinností. Naopak nepřiměřeně velká očekávání spolu s neadekvátními požadavky mohou způsobovat přetěžování dítěte. Takové dlouhodobé přetěžování pak může zapříčinit mimo jiné i psychické obtíže dítěte. Pokud dojde v důsledku takového stavu dokonce k onemocnění dítěte, rodiče se mnohdy snaží hledat viníka vzniklé situace. V rodinách se často usilovným a vyčerpávajícím způsobem hledá, komu bude přidělena role viníka a oběti. Ne jinak je tomu i v rodinách dívek s PPP. Giordano

nabízí pro mě osobně pozoruhodný a celou problematiku do jisté míry osvětlující princip cirkulace rolí viníků a obětí.

Kliničtí pracovníci, pracující s osobami s PPP, se přiklání k názoru, že lidé, na něž okolí klade příliš vysoké nároky a vztahuje k nim nepřiměřená očekávání, mohou skutečně pod takovým tlakem trpět, uvádí Giordano. Tito odborníci pak vidí dívku trpící PPP jako skutečnou oběť³³. Problém však není zdaleka tak jednoduchý, jak by se na první pohled mohlo zdát. Dívka netrpí jednoduše jen proto, že na ni mají ostatní nepřiměřená očekávání. K jejímu utrpení vede mnohem hlubší důvod, ovlivněný morálními a mravními postoji samotné dívky. Toto utrpení může mít dva významy. Prvním z nich je nepříjemný pocit z vlastní neschopnosti naplnit očekávání okolí. Druhý význam má přesvědčení nemocné, že pokud na ni má okolí taková očekávání, je to projev jeho neporozumění její osobě. V obou případech jde o propletené pocity ze zklamání okolí i zklamávání okolím.

Zklamávat okolí s sebou nese pocity viny. Nemocná do sebe absorbuje způsob myšlení, že za svá selhání musí trpět a trestá samu sebe. Pokud má pocit nepochopení okolím a zklamání z něj, může chtít vyvolat pocit viny u osob ve svém okolí. Nedostatečná akceptace a porozumění nemocné – jí samotnou subjektivně spatřována právě v nepřiměřených očekáváních okolí – pak dává dívce domnělé právo chtít, aby okolí trpělo stejně tak, jako ona sama. Dynamika vztahů v modu očekávání a zklamání napovídá, že ani u jednoho z aktérů není přiměřené uvažovat, kdo z nich je viníkem a kdo obětí. Připustíme-li, že jsou na jednu stranu kladeny nepřiměřené požadavky, musí být na druhé straně někdo, kdo tyto požadavky vznáší. A není podstatné, zda jsou to v tuto chvíli neadekvátně vyjadřované požadavky nemocné na své okolí, aby ji lépe porozumělo, nebo přemrštěné požadavky okolí, vztahující se k výkonům dívky. Obě strany se stávají současně viníkem i obětí. Nemocná může sama sebe vnímat v jednu chvíli jako oběť a zároveň se dožadovat změny chování okolí v podobě většího porozumění vlastní osobě. Pokud se tak nestane, začíná okolí vinit. Tyto vztahy obvykle podle autorky cirkulují a zároveň probíhají ve stejném čase. Z uvedeného je možné usuzovat, že dívky netrpí jen nepřiměřenými požadavky okolí, ale také pocitem, že ony samy jsou špatné (GIORDANO, 2007).

³³ Na rozdíl od výše popsané zdánlivé oběti matky obětující se pro rodinu.

1.5.5 Separace dívek jako vývojový úkol a poruchy příjmu potravy

Separace dítěte od rodičů je významným vývojovým úkolem nejen pro dospívající, ale i pro samotné rodiče. Aby k takovému kroku mohlo dojít, musí rodiče umožnit dceři vymanit se ze symbiotického vztahu s matkou a navázat s otcem takový vztah, který by umožňoval společné trávení času dcery a otce bez přítomnosti matky.

Dítě je s matkou pevně spojeno od početí. Zatímco k synovi má matka více respektující vztah, dceru vidí spíše jako pokračování sama sebe. Úskalím pro matku bývá, podle Poněšického, nejasnost generačních hranic a zatěžování dcery vlastními problémy, místo aby tomu bylo naopak. Dítě ke správnému vývoji potřebuje, aby zde rodiče byli pro něj a ne ono pro ně. Dcera v pubertálním věku od matky potřebuje získat potvrzení vlastní jinakosti. Poněšický k tomu dále uvádí, že anorektičky si často stěžují na nedostatek své intimity před matkou. Pokud matka k sobě dceru nepřiměřeně poutá a dává signály o nemožnosti samostatné existence dcery bez matky, zúzkostňuje ji. Dcera pociťuje obavy ze ztráty vlastní nehotové osobnosti. Dcera i matka v této fázi separace cítí pro toto období nezbytnou frustraci. Dcera může rovněž do vztahu s matkou vnášet nesprávnou představu vzájemné neohraničenosti. Matka má značný vliv na utváření sebevědomí dcery. K jejím úkolům patří i předávání vlastních zkušeností dceři v patřičné míře a její uvedení do ženského světa. Pokud je agresivita a rodící se sexualita dospívající dívky matkou spíše než usměrňována potlačována na úkor takzvané ženské čistoty, je dceřin sebeobraz spojen s pocity úzkosti. Dívka se může cítit nejistá či odmítána. Potlačovaná agrese k matce pak vede v krajním případě až k agresi dcery vůči sobě. Dívka rovněž může pociťovat vinu, podkopávající její hrdost na vlastní osobnost a kompetentnost. To vše stěžuje cestu k osamostatnění (PONĚŠICKÝ, 2008).

Zajímavé je v této souvislosti Poněšického psychoanalytické přiřazování prvků separace dcery od matky k jménům spojovaných s ženskými archetypy. S Marií je spojována zmiňovaná mateřská čistota ženství. Eva symbolizuje ostych a obavy matky z psychosexuálního vývoje dcery. Žárlivou reakci matky na krásu dcery a současně probíhající tendence k využívání její atraktivity k vlastnímu výsluní autor přiřazuje k řecké Heleně. Zralost a moudrost symbolizována Sofíí označuje překonání matky

dcerou. Dcera očekává respekt rodičů ke své samostatnosti a individualitě svého života (PONĚŠICKÝ, 2008).

Pokud dojde ke stagnaci separace dítěte od rodičů, hrozí podle Chvály a Trapkové zvýšené riziko vzniku PPP. Tito odborníci označují období separace od matky v souvislosti s PPP jako anorektickou fází a zastavení jejího vývoje jako anorektickou stagnaci (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004). Poněšický mluví o dvou extrémech: „...na jedné straně zůstat v symbióze či závislosti na matce a na druhé straně se zcela od ní odvrátit a přetrhat s ní i vnitřní spřízněnost.“ (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 44)

Dcera je zároveň natolik citlivá k náladám a postojům matky, že začne vyhledávat podporu a přítomnost otce. Stěžejním úkolem otce v rámci separace dcery je potvrdit její samostatnost a rodící se ženskost. Dcera otce napodobuje a z části se s ním identifikuje. Otec umožňuje větší propouštění agrese než matka. Chvála a Trapková pojímají toto období jako bulimickou fází a zastavení vývoje v této fázi jako bulimickou stagnaci (CHVÁLA a TRAPKOVÁ, 2004).

Na závěr této kapitoly uvedu ještě jeden zajímavý pohled, prezentovaný Poněšickým. Pro ženu je typický důraz na vztahovost a je více vystavena emočním vlivům. Citují: „*To znamená, že do sebe mnohé přijme, co jí nesvědčí, snaží se splnit očekávání okolí, týkající se jejího vzhledu, příjemného chování a rodinné pohody.*“ (PONĚŠICKÝ, 2008, s. 132)

Rodinné prostředí každé rodiny je jedinečné neopakovatelné. Přesto je možné z uvedeného myslet přibližný model rodiny dívek s PPP. Pokusím-li se naladit na způsob bytí takové rodiny, dají se zde skutečně prvky perfekcionismu spatřit. Sami rodiče k němu pravděpodobně v mnoha případech tendují. Dá se tedy předpokládat, že tak, jako jsou nároční sami k sobě, budou nároční i ke svým dětem. Ne všechny znaky rodinného prostředí však s perfekcionismem korespondují. Každá rodina s výskytem PPP u dítěte bude pravděpodobně disponovat unikátní kombinací znaků takového rodinného prostředí. Logicky je tedy možné vyvodit, že v některých rodinách s PPP může skutečně perfekcionismus a případná výchova k perfekcionismu svou roli sehrát, ne však nutně ve všech.

1.6 Možnosti pozitivní změny vztahů v rodině, možnosti léčby PPP

V předchozích kapitolách své práce jsem se snažila poukázat na provázanost nejrůznějších jevů na vznik a průběh onemocnění PPP u dítěte. Dovolím si ještě jednou připomenout, že základem všech lidských interakcí je vztah. Pro dítě je samotná rodina jednou z nejvýznamnějších sociálních skupin. Vztahy v rodině se proto zcela zásadně odrážejí na celkové psychosomatické pohodě a prospívání dítěte. Ne jinak je tomu v rodinách dívek s PPP. Zlepšení celkového klimatu v rodině mohou zapříčinit právě pozitivní změny vztahů v rodině. Příznivým směrem se pozměňující rodinné klima pak zcela jistě přispívá k lepší psychosomatické pohodě a podporuje léčebný proces u dívek s PPP.

Pozitivní změny vztahů v rodině dívek s PPP jsou nanejvýš žádoucí již v průběhu samotné léčby onemocnění. Není pravidlem, že každá léčba začíná hospitalizací dívky na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. V každém případě je ale podle mého názoru velmi důležité u všech případů onemocnění PPP vyhledat odbornou pomoc³⁴. Svou roli jistě hraje také včasné zachycení onemocnění. Osobně se přikláním k názoru, že již při pouhém podezření na možné ohrožení dospívající dívky PPP je dobré pracovat na pozitivních změnách vztahů v rodině tak, aby se riziko propuknutí onemocnění v co největší míře eliminovalo. K takovému stavu mohou významnou měrou přispět nejrůznější programy primární prevence, osvěta rodičů, ale i samotných dívek v rámci činnosti nejrůznějších státních i nestátních institucí. Spatřuji zde velký potenciál pro občanský sektor společnosti.

Pro rodiče je po zjištění skutečnosti, že jejich dcera trpí některou z forem PPP, dobré, aby se co nejlépe zorientovali v celkové problematice onemocnění a zároveň získali určité penzum informací o možnostech a dostupnosti co nejširšího spektra pomoci. Proto se v textu budu zabývat možnostmi léčby PPP. Dekonstrukce vztahů v rodině jde velmi často ruku v ruce s průběhem terapie. Na závěr kapitoly krátce představím české občanské sdružení Anabell, zacílené na pomoc, podporu a sdružování osob, setkávajících se s problematikou PPP na různých úrovních.

³⁴ Zejména v dětském věku a adolescenci.

1.6.1 Léčba poruch příjmu potravy

V samém začátku léčby je potřeba vyrovnat se v rodině především s pocity viny. Rodina nemocné dívky často zakouší zmatek. Již jsem se zmínila, že pod náporom pocitů viny často hledají rodiče usilovně viníka onemocnění svého dítěte. Takové hledání viníka je, podle Papežové, neefektivní strategií ke zvládnutí problému. Naopak – spíše odčerpává síly, potřebné k pomáhání nemocné se zvládnutím onemocnění. Papežová k tomu uvádí: „*Nezbývá než přijmout minulost, úspěchy i neúspěchy a energii soustředit na současnost a uzdravení.*“ (PAPEŽOVÁ, 2000, s. 14) Míra spolupráce samotných dívek s PPP je určována jejich věkem a dosaženým vývojovým stupněm. Většina anorektiček a bulimiček svou nemoc popírá a pomoc vytrvale odmítá. Ve chvíli, kdy si závažnost svého stavu začnou tyto dívky uvědomovat, mívají obvykle mnohočetné problémy. S léčbou by se proto mělo začít co nejdříve. Pro rodinu bývá značně obtížné určit míru samostatnosti dospívající dívky. V oprávněných případech je nutné, aby rodina převzala rozhodování za nemocnou. Otázkou pro mnoho rodin zůstává, kdy je potřeba takové rozhodnutí učinit.

Léčba anorexie probíhá obvykle v pěti fázích. Jde o fázi popření, úvah, příprav, akce a udržení (PAPEŽOVÁ, 2000). Nemocná si svůj problém zpočátku vůbec nepřipouští. Podle ní je všechno v pořádku. Postupně začne a o svých podivných stravovacích návycích přemýšlet, jen je stále nerozhodná pro nějaké konkrétní jednání. Začíná si skutečně přát nějakou změnu a pomoc, i když může mít do značné míry obavy z toho, co se pak vlastně stane. Musíme si uvědomit, že jídlo a všechny aktivity kolem něj jsou pro anorektičku i bulimičku ústředním tématem života. Celé bytí anorektičky vyplňuje anorexie. Mysl je ovlivněna nemocí stejně, jako tělo. Následuje vlastní akce. Nemocná se skutečně začíná léčit. Rozhodující je její vnitřní rozhodnutí pro změnu. Postupně mění své chování a při dobrém průběhu terapie i způsob myšlení. Po zaléčení akutní anorexie nesmí postižená dívka polevit. Léčba se ve své závěrečné fázi zaměřuje na udržení žádoucího vztahu a prevenci relapsu.

Podpora rodiny a přátel během celého průběhu onemocnění má nezastupitelný význam. Zejména ve fázi akce je jejich podpora a povzbuzení pro dívky velkou pomocí. Výsledná míra aktivity a podoba podpory okolí opět závisí na věku a vývojovém stupni samotné dívky a jejím specifickým individuálním potřebám. Obecně by se dalo říct, že anorektičky mladšího věku potřebují spíše pevné vedení. Zdokumentovaný případ

osmileté dívky s anorexií ukazuje, jak byla matka dívky postupně terapeutky edukována, aby sama počítala nutriční hodnoty pokrmů, nedovolila dceři nadále odmítat jídlo a nadměrně cvičit. Odborníci doporučují postupovat tak, že si dítě smí vyměnit nebo vybrat pouze jednu součást celého jídla. Rodiče pak mají nekompromisně trvat na zkonzumování celého jídla (CLIFFORD, 2008).

Zásadou pro léčení PPP je ucelenost léčby, propojení psychických i somatických složek a snaha o léčení všech příčin a následků. Bruch poukázala na dva extrémní postoje v přístupu k anorexii. Jedním z nich je zabývání se pouze váhou nemocné. Za druhý extrémní postoj považuje Bruch pouhé zaměření se na psychoanalýzu. Psychoterapie však může být účinná teprve ve chvíli, kdy je vyřešen problém nejzávažnější podvýživy. Do té doby není pacientka schopna přijímat a využívat nové informace (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

U těžkých případů mentální anorexie je žádoucí dočasná hospitalizace nemocné na specializovaném oddělení v nemocnici. V oprávněných případech i proti její vůli. V České republice jsou dívky obvykle hospitalizovány na psychiatrickém nebo pediatrickém oddělení. Tato oddělení disponují speciálně vyškoleným personálem a možnostmi psychoterapeutické péče. Kocourková se zmiňuje o změně v přístupu participace rodičů na léčbě během hospitalizace. Zatímco dříve byl během hospitalizace nemocné kontakt s rodiči minimalizován, v současnosti model péče v sobě obsahuje participaci rodičů na terapeutickém programu, děti mohou být během léčby hospitalizovány spolu s rodiči. Anderson řadí mezi kritéria pro hospitalizaci rychlý pokles hmotnosti a patologické jídelní chování. Kocourková dodává, že podnětem k hospitalizaci mohou být také obtíže jako důsledek hladovění, těžké vztahové problémy v rodině propojené s anorektickým chováním a psychopatologické symptomy jako deprese a obsedantní zabývání se jídlem a váhou (KOCOURKOVÁ aj. 1997). Doba hospitalizace se v českém prostředí obvykle pohybuje kolem tří měsíců.

K léčbě tělesných následků během hospitalizace patří detoxikační a odvykácí kúra v případě závislosti na léčivech a správná výživa včetně regenerující výživy předepsané odborníky³⁵. Pomoc při ohrožení anorektičky v katechickém stavu

³⁵ Nutriční terapeuti disponují dobře propracovanými postupy, jak docílit znovunastolení plnohodnotné výživy. Základem je pozvolné zavádění stravy. Na začátku se podávají kašovitě odvary z rýže a vloček v 6 až 12 malých porcích. Po dvou až třech dnech se přidávají netučné kysané mléčné produkty, suchary a neslazený ovocný kompot. Dále se pokračuje s přidáváním müsli s netučným

je potřeba zajistit neodkladně. Takový stav je obvykle spojený s apatií a ztrátou zájmu o život jako takový. Leibold uvádí riziko deseti procentní úmrtnosti nemocné. Za alarmující se považuje záchvatovitá slabost spojená se závratěmi a poruchami vědomí, křeče postihující zejména lýtkové svaly a snížení hmotnosti pod čtyřicet kilogramů. Takový stav signalizuje ohrožení života a vyžaduje neodkladnou péči lékaře. Nemocné bývá obvykle podána intravenózní výživa a roztok s obsahem elektrolytů, léky posilující činnost srdce a stabilizující krevní oběh. Dlouhodobá léčba bývá spojená s paralelně probíhající psychoterapií. Pomine-li bezprostřední ohrožení života, vyžaduje další hospitalizace nemocné její informovaný souhlas nebo informovaný souhlas příbuzných. Těžké stavy onemocnění mohou být spojené se sekundárně vzniklými somatickými poškozeními. Jde zejména o možné poškození gastrointestinálního traktu, hypotenzi a chronickou srdeční slabost (LEIBOLD, 1995).

Hospitalizace je však podle mínění mnoha odborníků pouze částí terapeutického procesu, upozorňuje Kocourková. Pokud je indikovaná hospitalizace, léčba se zaměřuje na váhový přírůstek a psychologické a psychopatologické problémy nemocné a její rodiny. Důležitou součástí léčby během hospitalizace je i režim na oddělení. Prostředí je koncipováno jako akceptující a přijímající a splňuje kritérium důsledného přístupu k nemocným. Svůj význam má začlenění nemocné do komunity, jasné podmínky pro vstup, kontrola váhy a jídelního chování a účast na vyučování ve specializované škole při oddělení. Tým odborníků během léčby PPP je obvykle multidisciplinární. Během hospitalizace je v českých podmínkách složen nejčastěji z dětského psychiatra, psychologa, sociální pracovnice, sester a pediatrické konzultační služby. Týmová práce umožňuje komplexní přístup k nemocné (KOCOURKOVÁ aj. 1997).

1.6.2 Psychoterapeutické přístupy k poruchám příjmu potravy

Uvážím-li, že zaujetí jídlem a vlastní tělesnou hmotností mohou zastírat psychické obtíže dívky s PPP, pak se mi psychoterapie jeví jako nanejvýš žádoucí součást léčby PPP. Průběh terapie může být provázen v počátečních fázích předstíranou ochotou ke spolupráci, později kritikou, negativizmem až otevřenou hostilitou.

mlékem, ovoce, zeleniny, bílého chleba, netučných sýrů, dušené ryby, drůbeže nebo telecího masa. Teprve po 14 dnech se doporučuje přejít na normální stravu s nízkým obsahem živočišných tuků. Výživu doplňuje podávání vitamínů, minerálů a stopových prvků s proteinovými koncentráty (Nutridrink, Fresubin, Prosure, Renutril aj.).

Úloha terapeuta spočívá ve zprostředkování potřebných informací pro pochopení povahy onemocnění jak samotné dívky, tak její rodině. Terapeut podporuje celou rodinu, pomáhá se zvládnutím obtíží a přechodem k normálnímu výživovému režimu. Během léčby je pro každou dívku obvykle sestaven individuální plán, rodiče jsou jasně informováni o způsobu léčby a v některých případech je uzavřen i kontrakt s rodiči dítěte.

Kocourková uvádí jako užívané psychoterapeutické metody individuální a skupinovou psychoterapii, rodinnou terapii, léčbu prostředím a rekreačními prvky léčby, práci na individualizaci nemocné a podporující aktivity. V případech s depresivní symptomatikou bývá indikována farmakoterapie. Nejčastěji užívanými psychoterapeutickými přístupy uplatňujícími se během léčby PPP jsou kognitivně behaviorální terapie, psychoanalytická a psychodynamická terapie, rodinná terapie a skupinová terapie (KOCOURKOVÁ aj. 1997). Jednotlivé psychoterapeutické přístupy krátce nastíním v následujícím textu.

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně behaviorální terapie nachází uplatnění zejména v průběhu hospitalizace. Cílem je nejen zvýšení váhy nemocné, ale i eliminace sporů mezi dívkou a zdravotnickým personálem. Zvyšování váhy může být podmiňováno například stupňováním sociálních výhod, účastí na aktivitách oddělení, vycházkou, návštěvou doma a kontaktem s původní školou. Kritikou behaviorální terapie je podpora nekompetentnosti nemocné. Dívka závislá zcela na rozhodování rodičů si může přivodit nové symptomy jako přejídání, zvracení a deprese v souvislosti s vzniklým vnitřním konfliktem. Ambivalentní pocity vytváří patologická tendence udržet si nízkou váhu a přání dostat se z nemocnice do svého přirozeného prostředí. Váhový přírůstek získaný během hospitalizace by se tak mohl stát po propuštění do domácí péče značně nejistý. Kocourková k tomu dodává: „*Proto je v případě behaviorální terapie potřebné paralelní psychoterapeutické zaměření na další oblasti, jako je prožívání, myšlení a vztahy pacientky k druhým lidem.*“ (KOCOURKOVÁ aj. 1997, s. 103)

Podmínkou pro změnu jídelního chování nemocné a její akceptace potřeby vyšší tělesné hmotnosti je kladný terapeutický vztah. Kognitivní terapie se zaměřuje také na oblasti jako je morálka, úspěch a sebekontrola. Dichotomní myšlení dívek určuje

jejich sebeocení a sebehodnocení. Důsledkem pak může být negativní citění a prožívání.

Psychoanalytická a psychodynamická psychoterapie

Jak jsem uvedla v předchozích kapitolách, je anorexie pojímána prizmatem psychoanalytiků jako určitá forma self patologie. Dále se vyznačuje nedostatkem seberegulačních funkcí zabraňujících příznivému průběhu separace a individuace. Tradiční psychoanalytická technika spočívá v odhalování nevědomých příčin psychických komplexů z raného dětství, jejich zpracování a převedení na vědomou úroveň. Nemocný hovoří volně o svých myšlenkách, pocitech, snech. Terapeut se je pokouší analyzovat a ve správném načasování předkládat zpět nemocnému, který tak získává hluboké sebepoznání. Nevýhodou je dlouhé trvání takovéto léčby. Bruch shledala tradiční psychoanalýzu jako spíše neúspěšnou. Metoda Bruch klade důraz na terapeutický vztah a aktivní spolupráci nemocné s terapeutem (in LEIBOLD, 1995).

Jiný názor na využití psychoanalytických a psychodynamických metod prezentuje Kocourková. Psychoanalytické a psychodynamické psychoterapeutické směry pracují mimo jiné s nevědomým procesem přenosu pocitů a přání pacienta spojených s jeho minulostí na osobu terapeuta. Kocourková uvádí: „*V terapii je důležité propracování regresivních fantazií a přání (být malá), narcistických přání (být dokonalá) a hostilních a autodestruktivních přání (ublížit sobě znamená ublížit ostatním).*“ (KOCOURKOVÁ aj. 1997, s. 109) Anorektičky snadno ztotožňují terapeuta s ovládající a kontrolující matkou. Během zdárného průběhu terapie musí dívka tyto své představy od terapeuta oddělit.

Rodinná terapie

V průběhu onemocnění PPP je význam rodiny a rodinných interakcí zcela nepopíratelný. Zatímco dříve se odborníci zaměřovali spíše na odhalování charakteristik osobností rodičů, v současnosti je pozornost směřována k rodině jako systému se svými specifickými interakcemi. Symptomatické chování anorektiček vidí rodinní terapeuti jako výsledek celkových rodinných procesů. Cílem takového chování může být i udržení rodinné homeostázy během krize rodiny. Rodinní terapeuti mimo jiné směřují svou pozornost k průběhu separačních a individuálních procesů dívek s PPP. Rodinné

strategie se zaměřují na úspěšné zvládnutí těchto procesů a optimalizaci hranic uvnitř rodinného systému. Russell přikládá důraz na význam rodinné terapie zejména pro mladší věkovou skupinu pacientů (in KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Rodinná terapie jako taková si klade za cíl zejména dosažení, zlepšení a udržení spolupráce rodiny, optimalizaci uspořádání organizace rodiny a motivaci rodiny k žádoucí změně. Rodinná terapie bývá obvykle realizována v ambulantních podmínkách, nicméně Kocourková se zmiňuje o možnosti jejího uskutečnění také v průběhu hospitalizace dívky. Rodinná terapie může v tomto případě usnadnit akceptaci hospitalizace dítěte rodičům a mírnit jejich neshody s ošetřujícím personálem. Rodiče často oscilují mezi dvěma postoji k onemocnění PPP u dítěte. První postoj je značně poráženecký a rodiče v něm nedoufají ve zlepšení stavu nemocné a ani rodinného soužití. Druhý postoj je naopak nereálně optimistický. Rodiče vidí hospitalizaci jako všemocný prostředek pro zvládnutí veškerých obtíží nemocné. Rodinná terapie během hospitalizace umožňuje rodičům přijetí realistického postoje k onemocnění, zvládnutí všech fází léčby a motivaci rodiny v pokračování v léčbě ambulantní formou (KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Rodinná terapie s dospívajícími má svá specifika. Zilbachová doporučuje vyslovit na začátku terapie s dospívajícími dvě základní pravidla pro každého účastníka: právo neodpovědět a právo nemluvit o tom, co, kdo a proč odpověděl (in GJURIČOVÁ a KUBIČKA, 2003). Dospívající bývají v terapii často nedobrovolnými klienty, zatímco rodiče mohou a priori očekávat, že jim terapeut bude pomáhat prosazovat vlastní požadavky. Rodiče mohou být útoční a kritičtí, dospívající v defenzivě, ale může tomu být i naopak. Gjuričová připomíná nutnost zachování terapeutické neutrality. Podpora dospívajícího proti rodině, nebo naopak rodičů proti dospívajícímu bývá podle autorky neúčinná. Gjuričová říká, že: *„Kritizovaní lidé – kteréhokoliv věku – se málokdy změní. V rozhovoru, v němž si terapeuti udrželi neutrální pozici, může dospívající nejen objevit, že je terapie zajímavá už tím, že neodpovídá dosavadní zkušenosti, zjistí, že i jemu nebo jí může přinést změny, s kterými mohou být koneckonců spokojeni, i když s nimi terapeuti nijak zvlášť nesouhlasí. Rodiče poznají, že terapeuti jim nebudou dělat mluvčí a prosazovat jejich názory, že však mají respekt a porozumění pro jejich názory a rodičovskou zodpovědnost.“* (GJURIČOVÁ a KUBIČKA, 2003, s. 149).

Skupinová psychoterapie

Prakticky ve všech programech pro pacienty s PPP se objevuje skupinová terapie. Regrese během onemocnění váže dívku do značné míry na rodiče. Vazby s vrstevníky jsou oslabeny. Kontraindikací je extrémní vyhublost s nutností somatické péče. Nemocné jsou obvykle zpočátku málo motivované pro práci ve skupině. Celkově odmítají léčbu, vyhýbají se sociálním kontaktům, trpí depresemi, zajímají se výhradně o jídlo a tělesnou hmotnost. Skupinová psychoterapie pomáhá explarovat vlastní pocity v bezpečném prostředí, sledovat reakce ostatních členů k sobě navzájem, k terapeutovi. Zahrnuje práci s vrstevnickými vztahy i s autoritami. Výhodné je využití neverbálních technik jako arteterapie, muzikoterapie, práce s tělem a podobně v rámci práce ve skupině.

Během léčby PPP se sestavují také rodičovské psychoterapeutické skupiny. Rodičovská skupina může být zaměřená na diskusi, anebo vlastní psychoterapii. Členové diskusních skupin mluví o rodičovské problematice, vztahu k dítěti a otázkách výchovy. Skupina se zaměřuje na racionální zvládnání problému. K výraznějším interakcím mezi členy ve skupině nedochází, nepracuje se se subjektivními problémy a zkušenostmi rodičů. Vlastní psychoterapeutické rodičovské skupiny pomáhají rodičům pochopit změny chování nemocného dítěte k ostatním členům rodiny, pochopit lži a podvody do té doby často bezproblémových dětí, vyrovnat se se strachem o dítě i vlastním vztekem. Sdílení ve skupině dává rodičům možnost vidět i jiné rodiny se stejnými problémy. Získávají pocit, že ve svízelné situaci nejsou sami. Není neobvyklé, že se rodiče dívek s PPP obávají hodnocení vlastních rodičů. Skupina pomáhá zmírňovat pocity viny za onemocnění dcery a vzteku na ni. Rodiče získávají realističtější náhled na celkovou situaci v rodině, dávají si do souvislostí rodinné interakce a onemocnění dcery, přestávají hledat viníka za vzniklé onemocnění. Během terapie rodiče postupně nabývají pocitu bezpečí ve skupině bez rizikových pocitů těžké viny a narcistických zranění. Nastaví se tak dobré podmínky pro započetí práce rodičů na zvládnání stejných vývojových úkolů, na jakých pracuje také dcera. Jde zejména o separační proces jako jeden z vývojových úkolů adolescence.

Skupinová psychoterapie by měla pokračovat v ambulantních podmínkách i po ukončení hospitalizace nemocné v nemocnici. Pokrokovou formu práce vykazují

také, podle Kocourkové, svépomocné skupiny pro rodiče mladších nemocných trpících PPP (KOCOURKOVÁ aj. 1997).

Na člověka orientovaná terapie

Psychoterapeutické metody mohou mít rovněž podobu hlubinných psychoterapeutických rozhovorů vedených na základě metod Carla Rogerse³⁶. Jeho výchozí myšlenkou je předpoklad, že člověku je vrozená tzv. aktualizační tendence. Jde o tendenci k neustálému rozvoji pozitivním směrem. Základem Rogersovy terapie je pozitivní náhled na člověka. K dalším atributům jeho terapie patří aktivní naslouchání, kongruence či opravdovost terapeuta, bezpodmínečné pozitivní přijetí (akceptace) a empatické porozumění. Cílem takto vedených hlubinných rozhovorů je získání náhledu a porozumění vlastnímu chování. Leibold doporučuje, aby si nemocný v průběhu léčby hlubinnými rozhovory vytvářel sám způsoby řešení svých konfliktů a problémů (LEIBOLD, 1995).

Za zmínku stojí i takzvaná feministická terapie zaměřená na posílení pocitu sebedůvěry a sebevědomí žen. Leibold tvrdí, že: „*Nedostatečný pocit sebevědomí, strach z dospívání a sexuality, nejistota o úloze ženy ve společnosti a partnerských vztazích, ztotožňování se s přehnaným ideálem štíhlosti a nepřátelství vůči tělu, to všechno jsou příčiny mentální anorexie.*“ (LEIBOLD, 1995, s. 115)

1.6.3 Pomoc a podpora rodiny v průběhu léčby poruch příjmu potravy

Významnou pomocí rodičům dívek s PPP může být pravidlo chování, formulované Leiboldem. Je jim akceptace dívky jako do značné míry ohrožené osoby. Měla by mít nárok na zacházení jako s těžce nemocnou. Výčitky, laická donucovací opatření, apelování na rozum a vůli nepřináší žádaný efekt. Anorektička, navzdory svému přesvědčení o výlučné správnosti svého názoru, nesmí být ponechána svému osudu (LEIBOLD, 1995).

Papežová uvádí šest rodinných pravidel pro dobré fungování rodiny s dítětem trpícím PPP. Prvním je pravidlo respektu všech členů rodiny. Rodiče mají optimálně podporovat a respektovat růst dítěte. Děti by měly respektovat právo rodičů na vlastní

³⁶ Rogers začal používat termínu „klient“ namísto tradičního pojmu „pacient“ a svou metodu přejmenoval na „na klienta orientovaný“ přístup. Později si uvědomil, že filozofii jeho přístupu lze aplikovat také na ostatní oblasti lidských vztahů a v této souvislosti přišel s názvem „na člověka orientovaný přístup“.

potřeby. Důležitý je i partnerský respekt k sobě navzájem a své soukromé potřebě. Druhé pravidlo se zaměřuje na komunikaci v rodině. Každý člen rodiny má právo na vyjádření se k pro něj nepřijatelným věcem, stanovit vlastní hranice. Hranice by měli nastavovat zejména rodiče dětem. Třetí pravidlo se týká vzájemné spolupráce rodičů. Rodičovské interakce by měly mít jednotný směr. Jeden rodič by neměl zrazovat úsilí druhého. Čtvrté pravidlo je o dělbě zodpovědnosti za dceru rovným dílem. Páté pravidlo doporučuje rodičům, aby umožnili dceři práci na vlastní nezávislosti. Poslední šesté pravidlo nabádá rodiče k občasnému ponechání dcery bez jejich péče, aby měla možnost prožitku ve společnosti někoho mimo ně (PAPEŽOVÁ, 2000).

Stejná autorka navrhuje několik podnětů, jak zlepšit komunikaci v rodině. Je dobré, aby během interakce mluvil jen jeden z komunikujících. Doporučuje při komunikaci používat spíše druhý, než třetí pád jednotného čísla, zachovávat rovnoměrnou proporcionalitu času všech komunikujících. Každý z účastníků komunikace by se měl snažit o pochopení obsahu sdělení ostatních. Žádoucí je vyjadřování pozitivních pocitů. S negativními výroky by měl přijít potřebný klid a pevnost během komunikace ze strany rodičů.

Během léčby anorexie se mohou dostavit pocity izolace a zklamání, ztráta profesních vyhlídek, depresivní symptomy jak u dívky, tak u jejich rodičů. Je však nezbytně nutné nepodlehnu zoufalství a v případě emocionálního vyčerpání vyhledat profesionální pomoc nejen pro dítě, ale i pro rodiče. Nepříjemným průvodním jevem anorexie je stigmatizace rodiny. Papežová doporučuje, aby rodiče sami o onemocnění dcery s okolím komunicovali. Významným momentem během optimalizace organizace v rodině je stanovování hranic. Ty by měly být takové, aby je rodiče sami uznávali a respektovali a zároveň byli schopni je hájit. Na stanovených hranicích by se měli shodnout všichni členové rodiny.

K napomáhání řešení problémů je dobré změnit situaci tak, aby bylo možné problémy řešit, umět dělat kompromisy mezi konečnými a aktuálními cíli, pokusit se o změnu vnímání situace a pružně měnit cíle na základě aktuální situace (PAPEŽOVÁ, 2000).

Pomoc a podporu dívkám s PPP i jejich rodičům nabízí v českých podmínkách občanské sdružení Anabell s prakticky celorepublikovou působností. Sdružení vzniklo v roce 2002. Součástí jeho nabídky jsou sociálně zdravotní služby v Kontaktních

centrech v Brně, Praze, Ostravě a Zlíně. Anabell spravuje celkem přehledné internetové stránky s tematikou PPP, přizpůsobené svými informacemi široké laické veřejnosti. Součástí webu je nejen nabídka služeb, diskusní fórum, adresář odborníků aktuálně se věnujících PPP, ale i odborné práce, články a příběhy s tematikou PPP. Sdružení pořádá konference s tematikou PPP pro laické cílové skupiny i odborníky.

Anabell nabízí lidem s PPP, jejich rodinným příslušníkům a partnerům tyto služby: poradnu pro osoby s poruchou příjmu potravy a jejich blízké, poradnu bez objednání, nutriční poradnu, internetovou poradnu, individuální terapii, terapeutickou skupinu, terénní poradnu, sociální poradenství, telefonickou krizovou pomoc, knihovnu, programy primární prevence a dobrovolnictví. Týmy kontaktních center sdružení jsou složeny z psychologů, sociálních pracovníků, terapeutů, nutričních specialistů a terapeutů. Nabídka zahrnuje základní i odborné sociální poradenství dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Z webu sdružení cituji: „*Posláním sociálního poradenství poskytovaného v KCA Brno je nabídnout osobám s poruchou příjmu potravy, anebo osobám jim blízkým (rodiče, partneři, přátelé aj.) bezpečný prostor pro sdílení jejich problémů, zprostředkovat doporučení, informace a kontakty, které přispívají k aktivnímu řešení jejich nepříznivé sociální situace a podpořit je ve zvládnutí běžného a plnohodnotného způsobu života.*“ (Anabell, 2002-2012).

Podpůrnou pomoc dívkám s PPP a jejich rodičům nabízí i jiná zařízení sociálních služeb, jako například rodinné poradny. S dívkami s PPP se mohou setkávat a citlivě pracovat také pracovníci nízkoprahových zařízení pro děti a mládež, ať už v oblasti primární prevence, nebo také v přímé práci s klienty, kterých se osobně tato problematika dotkla. Nemusí jít vždy o samotné dívky s PPP. Pomoc a podporu zvládnout krizi v rodině, způsobenou tímto onemocněním, potřebují také sourozenci, kamarádi a partneři dívek. Právě oni mohou sehrát klíčovou roli při zachycení rizika vzniku onemocnění, nebo být těmi, kdo první na onemocnění poukážou a projeví potřebu a ochotu být nápomocní při jeho zvládnutí. Proto by měli být pracovníci nízkoprahových zařízení dobře obeznámeni jak se samotnou problematikou, tak s regionálně dostupnými typy odborné pomoci. Součástí profesní výbavy kontaktních pracovníků s dospívajícími je mimo jiné umění vhodnou formou a ve správnou chvíli vybavit klienta kontakty na návazná zařízení se specializací na konkrétní problematiku. V rámci spolupráce s rodiči svých klientů je potřeba zvládnout na nízkoprahové úrovni i případnou žádost o základní poradenství v tomto

směru ze strany rodičů. Důležitá je podle mě především dobrá spolupráce a vědomí vlastních možností a kompetencí všech odborníků, kteří se na péči o dívky a rodiny s výskytem PPP podílí.

Na závěr připojím ještě osobní názor k tématu možností pozitivní změny vztahů v rodině. Myslím si, že největší potenciál představuje v tomto směru rodinná terapie. Nabízí jedinečným způsobem práci se všemi členy rodiny současně, práci s celým rodinným systémem, umožňuje terapeutům získat značné množství informací k případu a navíc náhled na celkovou podobu vztahů v rodině. Některé techniky rodinné terapie navíc umožňují navodit atmosféru hravosti a uvolněnosti, kterou členové rodin s výskytem PPP mohou uvítat jako zajímavou změnu v rodinném klimatu.

2 Praktická část

Pro případovou studii jsem zvolila případ dospělé ženy Simony, která sama subjektivně spatřuje za jednu z možných příčin jejího vlastního onemocnění mentální anorexií v dětském věku, právě vliv rodinným poměrů ve své orientační rodině. Vzhledem k věku Simony a její osobní zkušenosti s vlastním rodičovstvím nabízí tento případ mimo jiné její osobní odstup a zralý náhled na dění v orientační rodině v době jejího dospívání. Další výhodou spatřuji v kontinuitě celého případu. Odborníci se často setkávají s klienty v určitém časově omezeném úseku jejich života. Získání širšího náhledu na životní příběh klienta není tak úplně obvyklé. Simona byla ochotná za podmínek ochrany jejího soukromí prostřednictvím několika neformálních rozhovorů sdělit poměrně detailní informace také o celém dalším průběhu svého onemocnění i v dospělém věku, současnou podobu vztahu se svou orientační rodinou i vlastní zkušenosti s rodičovstvím v souvislosti s výchovným působením v Simonině prokreační rodině. Jména a některé podrobnosti jsem v kazuistice pozměnila tak, aby bylo zachováno soukromí všech aktéru.

Případ samozřejmě nemá obecnou platnost pro všechny obdobné případy. Jde mi spíš o sondu do způsobu bytí ženy, která sama vykazuje sklony k perfekcionismu a zároveň velmi dlouhou dobu žije s jedním z onemocnění poruch příjmu potravy.

Metodou získávání informací je neformální rozhovor s probandkou. Pro doplnění případu uvádím některé přímé citace probandky v textu odlišnou velikostí písma.

2.1 Případová studie

2.1.1 Sociální evidence

Základní údaje o klientce:

Rok 2013

Simona L., rok narození 1969, vysokoškolačka, vdaná, matka 3 dospělých dětí

První kontakt s klientkou

Simona odpověděla na mojí elektronickou prosbu o pomoc s diplomovou prací a souhlasila s osobním setkáním. Během prvního setkání jsem jí co nejpodrobněji seznámila s tématem své práce a vysvětlila, proč jsem s žádostí o spolupráci oslovila právě ji a jak by konkrétně měla naše spolupráce vypadat. Ujistila jsem ji také o způsobu ochrany jejího soukromí a o tom, kdo všechno bude mít ke kazuistice přístup. Simona souhlasila za stanovených podmínek se vzájemnou spoluprací.

2.1.2 Sociální diagnostika

Sociální anamnéza

Vzhledem k povaze případu jsem se rozhodla rozdělit problematiku do několika oblastí a věnovat každé z nich jeden neformální rozhovor. První oblast se bude vztahovat k začátkům propuknutí Simonina onemocnění a zejména k tehdejšímu poměru v její orientační rodině se zaměřením na vztahy s rodiči. Druhá oblast bude věnována dalšímu životu probandky s onemocněním s přihlédnutím k jejím přetrvávajícím sklonům k perfekcionismu. Poslední podle mého názoru velmi zajímavou oblastí je zkušenost Simony s jejím vlastním rodičovstvím a výchovným stylem uplatňovaným v její prokreační rodině, její osobní vztahy s rodiči dnes a také trojgenerační působení výchovných vlivů v Simonině rozšířené rodině.

Celková sociální situace v orientační rodině probandky

Simona se narodila jako první dítě ekonomicky dobře situovaným rodičům, otec vysokoškolák, matka středoškolačka. V úplné rodině je jeden mladší sourozenec, bratr Libor. Otec Simony zastával vedoucí funkci v místním podniku. Plně se věnoval svému zaměstnání, rodinu ekonomicky zajišťoval, ale na výchově dětí se příliš nepodílel. Veškeré kompetence v tomto směru nechával na matce dětí. Matka byla vždy ženou v domácnosti. Plně se věnovala péči o rodinu a výchově dětí. Simona tedy hovoří převážně o vztazích s matkou před propuknutím vlastního onemocnění.

Matka byla podle Simoniných slov velmi pečlivá, úzkostlivě dbala o čistotu domácnosti a prezentaci rodiny na veřejnosti. Na dceru kladla nemalé nároky již v raném věku. Simona byla vedena více než k dětské hravosti k zapojení se do péče o domácnost. Subjektivně si probandka na tuto situaci ale sama příliš nestěžuje:

„Mně to vlastně ani tak moc nevadilo. Moc jsem si stejně s dětmi na ulici nerozuměla. Ty jejich hry mě moc nebavily. Chtěla jsem mámě pomáhat a hlavně jsem chtěla být ve všem stejně dobrá jako ona. Spíš mi vadilo, že nedokážu věci zvládat stejně dobře. Teprve později mi došlo, že to nebyla moje chyba, ale neměla jsem na to dost síly a měla jsem malé ruce.“

Simona velmi toužila po ocenění matkou. Matka však byla přísná a jen málokdy dceru skutečně pochválila. Vždy ji vedla ke snaze o co nejdokonalější výkon. Pro Simonu bylo velmi těžké přijmout situace, kdy matka dceřin výkon v domácnosti ohodnotila tak, že celou práci udělala znovu, sama a lépe. Simona subjektivně udává, že cítila vinu za svou nedokonalost, stud za špatně podaný výkon a napříště se velmi snažila splnit úkol lépe. Obdobná situace byla i v rámci školního výkonu. V rodině panovala atmosféra, kdy jednička byla považována za samozřejmost, dvojka za selhání a horší známka za něco zcela nepřijatelného. Matka dceru nijak netrestala, přesto však pro Simonu byl tlak na její výkon ze strany matky natolik motivující, že všechn svůj čas mimo školní docházku věnovala učení a zapojení se do péče o domácnost.

Vznesla jsem k probandce dotaz, jak by formulovala poselství matky, kterým ji v dětství vybavila. Odpověď zní:

„Musíš se hodně snažit. Jsi žena a tak to nebudeš mít v životě snadné. Musíš se naučit dobře zvládnout všechny ženské práce, abys měla šanci najít si dobrého muže. Musíš se hodně učit, abys byla úspěšná, měla dobrou kariéru a my s otcem jsme na tebe mohly být hrdí.“

Osobně se domnívám, že z uvedeného vyplývá nejen to, že na Simonu byly v dětství kladeny velmi vysoké nároky, ale zároveň také ambivalentní požadavky na naplnění dvou prakticky velmi těžce slučitelných rolí – role dokonalé ženy v domácnosti a role úspěšné ženy s uspokojivou kariérou. Jakoby matka zrcadlila nejen samu sebe do nároků na dceru, ale také chtěla, aby následovala zároveň příkladu kariérně úspěšného otce.

Osobní anamnéza k období dospívání probandky

Simoně subjektivně situace v orientační rodině nepřišla nijak zvláštní. Vzhledem ke své inteligenci na základní škole vynikala i bez většího úsilí nad výkony ostatních žáků. Kdykoliv se v Simonině dětství objevila bližší kamarádka, přátelství nebylo plně rozvinuto pro nedostatek volného času a neochoty Simony zapojovat se do obvyklých dětských činností. Ostatní děti Simoně připadaly svým chováním příliš dětské. Spíše ji trápil naprosto rozdílný přístup matky ve výchově a vztahu k ní a k mladšímu bratrovi.

Zatímco Simoně bylo neustále zdůrazňováno, jak je důležité, aby svůj čas nemarnila zbytečnostmi a byly na ní kladeny velké nároky v oblasti výkonu, bratr Libor se na péči o domácnost podílel minimálně, byl často chválen a oceňován za školní výkony s mnohem nižšími výsledky, než jakých dosahovala Simona. Často trávil volný čas s ostatními dětmi a byl v dětském kolektivu oblíbený. Simona své pocity z této konkrétní situace v rodině popisuje:

„Já jsem na bráchu nikdy nežárlila. To ne. Byl mladší a navíc kluk, tak jsem si myslela, že to tak má být. Táta taky nikdy doma mámě s ničím nepomáhal. Jen jsem si moc přála, aby mě máma měla taky tak ráda, pochválila mě a občas se se mnou třeba i pomazlila jako s Liborem. Myslela jsem si, že se málo snažím, a když se teda budu snažit víc, bude mě mít máma třeba taky víc ráda. Táta mezi námi s bráchou moc rozdílů nedělal, ale ten skoro vůbec doma nebyl. Já jsem prostě byla ta, která má od přírody chytřejší hlavu, není moc pěkná a tak se musí snažit, aby to v životě někam dotáhla. Libor nemusel. On už to měl všechno dopředu. Tak nějak jsem to tehdy měla v hlavě.“

Celkový zvrát událostí nastal s nástupem Simony na gymnázium. Nároky gymnázia byly odlišné od nároků na domácí přípravu žáků základní školy. Simona však nechtěla slevit ze svého zapojení se do péče o domácnost. Naopak s nástupem na střední školu nabyla dojmu, že musí být nyní zcela schopná zastoupit kdykoliv matku. Matka se tak čím dál tím více věnovala svému osobnímu zájmu – péči o rozsáhlou zahradu. Simona doma uklízela, nakupovala pro celou rodinu a často připravovala poměrně složitá jídla pro všechny členy nukleární rodiny. Na školní přípravu jí zbýval obvykle večer. Když byla příliš unavená, nebo se školní povinnosti nakupily, nařizovala si budík na časné ranní hodiny. Postupně začala svou dobu spánku stále více zkracovat až k alarmujícím třem až čtyřem hodinám denně. Probandka sama říká:

„Jenže čím méně jsem spala, tím více jsem si připadala lepší. Byla jsem sice ve dne unavená, ale časem jsem si na to zvykla. Nakonec jsem zjistila, že když se najím, tak se mi vlastně začne chtít spát a tak jsem jedla míň a míň. Nešlo mi ani tak o to, abych byla štíhlá, to ne, to vůbec. Spíš mne jídlo zdržovalo od ostatních věcí. Hlad jsem považovala za něco obtěžujícího a tak jsem se naučila ho prostě ignorovat. No a pak mě začalo bavit to, jak jsem v tom dobrá. Jak málo mi stačí jíst a spát a přitom toho tolik dokážu. V jistém ohledu jsem si připadala najednou dokonce lepší, než moje matka.“

Simona byla vždy subtilní postavy, své ženství nestavěla nijak na odiv. Subjektivně si připadala spíše ošklivá, oblékala se stroze, nosila brýle a nakrátko zastřížené vlasy. Špatného zdravotního stavu dívky si všiml až dorostový lékař. Matka na upozornění lékaře o možném riziku vzniku onemocnění poruchou příjmu potravy reagovala velmi podrážděně. Dceru v soukromí domova nepřímou obvinila,

že svým vzhledem a chováním dělá rodině ostudu. Simona se postupně stávala čím dál více uzavřenější, izolovala se nejen od vrstevníků, ale i od členů vlastní rodiny. To už i matka pojala podezření, že s dcerou není něco v pořádku a zařídila spolu s otcem hospitalizaci na dětském psychiatrickém lůžkovém oddělení ve vzdáleném městě. Během první dlouhodobé hospitalizace s dcerou matka příliš nekomunikovala, otec ji navštívil v rámci svých služebních cest alespoň občas. Po přeložení Simony do domácí péče matka převzala veškerou kontrolu nad dceřiným volným časem a režimem dne. Nedovolila Simoně zapojit se navyklym způsobem do péče o domácnost. Dávala jí svým chováním najevo své zklamání z pomyslného selhání dcery. Vztah k dceři oscilloval mezi dvěma extrémy. Citovým chladem a odtažitostí a přehnanou kontrolou dcery. Velký důraz byl nadále kladen na školní výkon Simony. V té době Simonu pohltil zájem o hlubší studium fyziky. Přivedl ji k němu spolužák Karel, který se později stal Simoniným manželem. Nově vzniklé přátelství s Karlem ji umožňovalo překonat nelad v rodinném prostředí. Simona se rozhodla, že svým rodičům přece jen dokáže, že za něco stojí. Tentokrát zvolila cestu k dosažení takového cíle celkem produktivně. Po maturitě vystudovala spolu s Karlem jako jedna z mála dívek velmi náročný obor technického zaměření.

Nutno na tomto místě dodat, že Simona se ani po první hospitalizaci v šestnácti letech se svým onemocněním nikdy zcela nevypořádala. V průběhu studia jakýkoliv stres a větší nárok na výkon řešila pravděpodobně více na podvědomé, než vědomé úrovni tím, že si opět začala upírat spánek a množství potravy. Během studia na vysoké škole byla dokonce hospitalizována na specializovaném lůžkovém oddělení po několika dnech, kdy během zkouškového období nespala ani nejedla vůbec. Simoninou velkou oporou je po celou dobu její manžel Karel. Ona sama má od první ataky onemocnění v dospívání narušený pocit hladu a k celé věci uvádí:

„Kdyby mi Karel občas neřekl, ať se najím, ani bych na to nepřišla, že jsem vlastně celý den nic nejedla. Někdy mě tím pěkně štve a nesnáším, když mě nutí jíst v době, kdy na to nemám čas. Pak jsem zase naštvaná sama na sebe, že se k němu takhle chovám. Někdy se cítím tak hloupě, že má Karel vlastně celý život místo tří dětí čtyři.“

Celková sociální situace v prokreační rodině probandky

Během studia na vysoké škole uzavřela Simona manželství se stejně starým Karlem. Během poměrně krátké doby Simona otěhotněla. Porodila zdravou dceru

Terezu. I přes komplikace způsobené rizikovým těhotenstvím a nároky péče o dítě se oběma manželům podařilo dostudovat. Později Simona znovu otěhotněla a porodila zdravá dvojčata Davida a Annu.

Prokreační rodina Simony je ekonomicky dobře situovaná. Manželství se postupně stalo nezávislé na finanční pomoci orientačních rodin manželů. Simona s Karlem bydlí v menším svépomocí opraveném rodinném domku se zahradou. Zatímco během prvních let trvání manželství se Simona starala spíše o malé děti a pozvolnějším tempem dostudovávala vysokou školu, později se realizovala profesně a kariéerně spíše ona, než její manžel Karel. Vzhledem k Simoniným profesním předpokladům ustoupil manžel její kariéře a postupně nenásilně převzal na sebe péči o dům a děti. Přestože by se Simona mohla v klidu plně věnovat své kariéře, snažila se vždy naplnit obě ambivalentní role. Často se za cenu osobního vyčerpání a celkového zhoršení zdravotního stavu pokoušela o zvládnutí ambiciózních projektů i v rodinném prostředí. Byla aktivní v různých rodičovských skupinách, snažila se maximálně věnovat svým dětem, často se pouštěla do vyčerpávajícího úklidu směřujícího k dokonalé domácnosti své matky, vaření složitých jídel pro celou rozšířenou rodinu a podobně. Několikrát tyto tendence vyvrcholily další atakou mentální anorexie.

Osobní anamnéza k období dospělosti probandky

Probandka je i nadále k sobě velmi kritická. Snaží se skutečně i za cenu neustále hrozícího vyčerpání naplnit obě ambivalentní role, které ji předurčila matka.

Simona popisuje nebezpečné cirkulární dění, kdy v kruzích jde po sobě její snaha o dokonalou domácnost, perfektní zahradu, nebo vzornou péči o potřeby všech tří dětí. Následuje nespokojenost sama se sebou, omezování vlastního spánku a příjmu potravy, vyčerpání, případná ataka onemocnění, výčitky svědomí a další vlna snahy o perfektní zvládnutí všech Simoniných životních rolí. Prolomit tento cirkulární sled událostí je pro ni často značně obtížné. S přibývajícím věkem se však stále více učí, jak svou mnohdy náročnou situaci zvládat, mít ráda samu sebe a klást na sebe přiměřené nároky.

Zdá se, že v oblasti profesní realizace dosahuje Simona tak nadprůměrných výkonů, že se tolik neprojevuje její nespokojenost sama se sebou. Mívá potíže s dodržením spánkového a stravovacího režimu v období dokončování náročných

zakázek ve firmě. Své nadstandardní pracovní nasazení je schopná zvládat jen za láskyplné pomoci vlastního manžela. Pro názornost uvedu opět citaci z neformálního rozhovoru s probandkou:

„Když jsem dokončovala projekt pro Brněnskou ZOO, vůbec jsem skoro nechodila domů. Karel napsal se všemi dětmi úkoly, uložil je do postele a pak mi přinesl do firmy večeři a čokoládu. Dokud nepřišel, vůbec jsem si nevšimla, že už zase nejím. Byla jsem ale den před tím tak vyčerpaná, že jsem večer vyhodila Karlovi jeho večeři, kterou si sám připravil, přímo z talíře do koše jen proto, že jsem měla pocit, že mě dostatečně neposlouchá, když jsem s ním chtěla probrat obtíže při dokončování zakázky. Strašně jsem se pak za sebe sama styděla. Druhý den jsem se nicméně zase najedla až večer, když mi Karel přinesl to jídlo.“

Současné vztahy tří generací v rodině probandky

Soudobý vztah Simony s matkou je stále dost napjatý. Matka má opakované tendence ke kritice vlastní dcery. Vzhledem k pracovním úspěchům Simony se nepouští do polemik s dcerou v této oblasti. Simona udává, že matka ji sice nekritizuje, protože dost dobře její práci nerozumí, ale zároveň ani příliš její pracovní úspěchy neocňuje. Simonu naproti tomu těší uznání a obdiv otce k jejím pracovním výkonům.

Simonina matka se nikdy nesmířila s jejím výběrem partnera. Karel je proti verbálním útokům Simoniny matky vůči dceři značně asertivní a dokáže celkem úspěšně svou ženu před útoky matky hájit. Simona to subjektivně vidí jako příčinu vzájemné antipatie její matky a Karla už od začátku jejich manželství. První těhotenství své dcery poznamenala matka příkazem, aby Simona své těhotenství okamžitě ukončila, protože podle mínění matky nebude Simona schopná ani porodit zdravé dítě, ani zabezpečit péči o dítě po porodu. Probandka stále cítí nezhojené duševní zranění z této situace. Obdobná situace se opakovala vždy, když došlo v Simonině dospělém životě k nějaké očekávané větší změně, jako druhé vícečetné těhotenství, koupě nemovitosti, rozhodnutí vybudovat vlastní zahradu, pořídit si psa. Simona udává, že se na jedné straně na matku velmi zlobí, ale na druhé straně stále velmi touží po její lásce a ocenění. Každý sebemenší úspěch svých dětí je pro ni důvodem těšit se naději, že matka ocení alespoň sporadicky úspěchy vnoučat, když už stejnou potřebu nedokáže naplnit u své dcery.

Během výchovy Simoniných dětí měla její matka zpočátku tendence uplatňovat stejné výchovné praktiky spojené s nasměrováním k dokonalým výkonům zejména

u svých vnuček. Tereza i Anna však byly od začátku dostatečně chráněny vlastním otcem. Po dohodě rodičů se výchovný vliv babičky na děti eliminoval na minimum.

Zajímám se o vlastní výchovné působení Simony na své děti. Dotazuji se, k jakému výchovnému stylu by sama své výchovné působení na vlastní děti přiřadila. Simona odpovídá:

„Protože jsem věděla, jaké to bylo u nás doma, nikdy jsem nic podobného nechtěla připravit vlastním dětem.“

Dále probandka udává, že na výchově Terezy, Anny a Davida participoval mnohem více jejich otec Karel, než Simonin vlastní otec na její výchově během jejího dětství. Sama říká, že ji vždy těšilo sledovat pozitivní vliv přítomnosti Karla na chování a naladění vlastních dětí. O výchovných postupech se vždy s Karlem spolu radili. Snažili se ve výchově být jednotní.

Starší dcera Tereza v určitém věku začala vykazovat obdobné sklony v perfekcionismu, jaké zná Simona z vlastního nitra. Probandka sama přiznává, že byla občas při její výchově bezradná. Několikrát vyhledala pomoc odborníků především proto, aby se vyhnula obdobným chybám, jakých se podle Simony dopustila její matka při její výchově. Tereza se zajímala o ekologii a byla v období dospívání hyperkritická ke společnosti jako takové. Za pomoci rodičů se podařilo překlenout náročné období dospívání dcery Terezy bez výraznějších zdravotních komplikací, kterých se Simona vzhledem ke svému vlastnímu způsobu bytí velmi obávala. Tereza vystudovala filozofii a stala se mladou sebevědomou ženou. Rodiče nikdy ani jednomu z dětí nepředurčovali profesní kariéru na základě vlastních ambicí. Obě mladší děti zdědily po otci nadání a nadšení pro sport a jeho optimistické životní ladění. Jejich výchova probíhala podle Simony bez jakýchkoliv výraznějších problémů.

Zdá se, že díky laskavosti, důslednosti a vzájemné spolupráci Simony a Karla při výchově vlastních dětí byla přerušena rodová linie opakujících se výchovných stereotypů v nadgeneračním pojetí rodiny.

2.1.3 Navrhovaná řešení a plán sociální pomoci

Socioterapeutický plán

Simonin případ se dá opět rozdělit na několik od sebe odlišných oblastí možné sociální pomoci. V období Simonina dětství a dospívání by bylo možné pracovat jak se Simonou samotnou, tak s její matkou, zejména v oblasti poradenství a v rámci psychoterapeutického působení také s celou rodinou například prostřednictvím rodinné terapie. Další návrhy sociální pomoci se mohou vztahovat k pomoci Simoně v dospělém věku.

Vzhledem k tématu své práce se zaměřím na navrhovaná řešení a plán sociální pomoci v období Simonina dětství a dospívání.

Navrhovaná krátkodobá urychlená pomoc – krátkodobý plán

Ideálním řešením Simonina případu by bylo zabývat se rizikem vzniku onemocnění poruchou příjmu potravy ještě před propuknutím onemocnění a první hospitalizací Simony na lůžkovém oddělení zdravotnického zařízení. Primární prevence vzniku onemocnění v současné době nabízí rodičům, ale i samotným dětem, možnost přístupu k informacím o rizicích vzniku onemocnění prostřednictvím nízkoprahových zařízení jako například o. s. Anabell. Obdobná sdružení pořádají besedy a přednášky na dané téma a nabízí také možnost anonymního poradenství jak v rámci návštěvy konkrétního zařízení, tak prostřednictvím využití speciální telefonické krizové linky, nebo internetových poraden.

V současné době by mohla Simonina matka využít také služeb zařízení typu rodinné poradny, která obvykle disponují kvalifikovaným sociálním pracovníkem, schopným zprostředkovat kontakt s odborníky a návaznými specializovanými zařízeními. Tým rodinných poraden bývá také doplněn psychologem. Tento odborník by mohl umožnit matce nejen zorientovat se v problematice prostřednictvím poskytnutých informací, ale také zprostředkovat matce Simony náhled na celou situaci v rodině a Simonino onemocnění jako takové.

Pro Simonu samotnou by byla podle mého názoru přínosná návštěva nízkoprahového zařízení pro děti a mládež. Na základě osobní zkušenosti s prací s klienty tohoto typu zařízení sociální služby uvádím, že by nešlo přímo o konkrétní

speciální pomoc v obdobně komplikovaném případě, jako je kauza Simony. Nízkoprahová zařízení pro děti a mládež spíše umožňují klientům zorientovat se ve vlastní situaci a mohou po dohodě s klienty na základě spolupráce s rodiči zprostředkovat pomoc kompetentních odborníků. Simona by také mohla sama využít specializovaného nízkoprahového zařízení jakým je kupříkladu již zmiňované občanské sdružení Anabell.

V závěru návrhu krátkodobé urychlené pomoci na poli působnosti nízkoprahových zařízení zdůrazňuji prioritu předání Simonina případu do rukou kompetentních odborníků z oblasti psychologie a zdravotnictví. Sociální práce zacílená na děti a mládež by měla být v tomto případě podle mne spíše doplňujícím podpurným prostředkem ke zlepšení celkové situace klientky a mohla by významným způsobem přispět k depistáži obdobných kauz. K depistáži a prvnímu kontaktu s ohroženými klienty mohou přispět také sociální programy a projekty v oblasti terénní sociální práce s dětmi a mládeží.

Dlouhodobá pomoc – dlouhodobý plán

Dlouhodobý sociální plán je možné začít vytyčovat již zmiňovanou primární prevencí. Pro tento konkrétní případ je v rámci dlouhodobého plánu významný moment propuknutí onemocnění u dívky. Simonina rodina by měla mít možnost dostatečně se seznámit s problematikou onemocnění, zvýšit své rodičovské kompetence, získat podporu od odborníků a mít možnost posílit se setkáváním s obdobnými rodinami například v rámci svépomocné rodičovské skupiny již během hospitalizace dcery ve zdravotnickém zařízení. Místní komunita a neziskový sektor by mohl velmi přispět k podpoře a pomoci rodinám s obdobnou rodinnou problematikou, týkající se onemocnění dítěte poruchou příjmu potravy, také uspořádáním společného rekreačně edukačního pobytu v přírodě.

Dlouhodobý socioterapeutický plán by měl být zaměřen na celou Simoninu rodinu. Pomoc a podpora se zvládáním výchovy dcery by měla být poskytnuta především její matce. Otec by měl být motivován k většímu zapojení se do výchovy dcery. Samotná Simona by po ukončení hospitalizace měla mít možnost navštěvovat ambulantní zařízení disponující například psychologem. Jako podpurný prostředek, zabraňující sociální izolaci dívky a případnému relapsu onemocnění by mohlo sloužit zařízení pro děti a mládež se zaměřením na volnočasové aktivity.

Sociální pracovník by měl být dostatečně kompetentní, aby rodinu mimo jiné také seznámil se základními možnostmi rodinné terapie, o jejíž indikaci je možné v této konkrétní kauze rovněž uvažovat. Úkolem sociálního pracovníka by v tomto případě mělo být úspěšné zprostředkování kontaktu se zařízením nebo organizací, poskytující psychologickou pomoc a podporu, ať už v individuální terapii, nebo v rámci práce s celou rodinou.

Konečný strukturovaný program sociální pomoci (nebo řešení)

Případ Simony nabízí možnost sestavit několik vzájemně propojeným programů sociální pomoci. Případovou studii doplním návrhem dvou programů sociální pomoci. Program A je určený Simoně a je situovaný do nízkoprahového zařízení pro děti a mládež. Program B je pro matku Simony a zahrnuje především základní sociální poradenství.

Strukturované programy:

Program A

- První kontakt s klientkou a zmapování jejich potřeb
- Pomoc s orientací klientky ve vlastní situaci
- Práce s vlastní zakázkou klientky
- Citlivé zpracování problematických oblastí klientčina života
- Vyhodnocení konkrétních rizikových oblastí
- Výběr prioritní oblasti, kterou chce klientka řešit (na základě klientčina vlastního rozhodnutí)
- Výběr klíčového pracovníka pro klientku na základě specifických požadavků a individuálních schopností a dovedností pracovníků zařízení
- Vypracování individuálního plánu ve spolupráci s klientkou
- Uzavření kontraktu mezi klientkou a zařízením
- Socioterapeutický rozhovor s klientkou
- Poskytnutí dostatek informací klientce o vzniku a průběhu poruch příjmu potravy (nejlépe prostřednictvím zapůjčené literatury, vybavení klientky letáky s danou tematikou, poskytnutí dostatečně bezpečného prostoru pro opakovaný osobní rozhovor s pracovníkem zařízení a podobně)

- Zmapování možné odborné pomoci dostupné v daném regionu a možnosti využití telefonické a internetové odborné pomoci (nejlépe je telefonicky předem kontaktovat vytypovaná zařízení, nastínit stručně daný případ a vyslechnout konkrétní nabídku daného zařízení; úskalím obvykle bývá, že ne všechny organizace a zařízení, nabízející psychologickou pomoc, pracují s danou problematikou a zároveň také s dětmi; k návštěvě zařízení neumožňující anonymní využití služeb, jak tomu bývá například u nízkoprahových zařízení, je často potřeba souhlasu rodiče u nezletilých; dalším možnou komplikací jsou dlouhé čekací lhůty – to všechno by měl mít sociální pracovník na paměti, aby mohl poskytnout klientce dostatečné množství informací při hledání optimálního řešení její vlastní situace)
- Společné hledání řešení situace spolu s klientkou
- Pomoc a podpora při výběru a realizaci konkrétního řešení, zvoleného klientkou (zprostředkování kontaktu s návazným zařízením, umožnění setkání klienta s rodiči v bezpečném prostoru zařízení, nabídka facilitace během rozhovoru s rodiči a podobně)
- Nabídka další paralelní spolupráce klientky jak s odborným zařízením, tak s nízkoprahovým zařízením pro děti a mládež (umožnění zapojení se klientky do vrstevnické skupiny prostřednictvím volnočasových aktivit, pomoc klientce s hledáním vlastní identity v období dospívání, nabídka účasti na programu primární prevence s problematikou poruch příjmu potravy uspořádaném nízkoprahovým zařízením, nabídka opakovaného socioterapeutického rozhovoru s pracovníkem zařízení a podobně)
- Získání zpětné vazby od klientky
- Nabídka zopakování nabízených služeb v případě potřeby
- Rozloučení

Program B

- Stručné seznámení matky s konkrétní zvolenou organizací
- Poskytnutí dostatečného prostoru pro exploraci problému, pro který matka zařízení sociální služby vyhledala

- Zvážení možností samotného zařízení, poskytnutí nabídky matce v rámci jeho možností a kompetencí, včetně případné nabídky pro samotnou dceru (pokud organizace poskytuje odborné poradenství v oblasti poruch příjmu potravy, je žádoucí nabídnout matce konkrétní možnosti zařízení; významné je vědomí vlastních kompetencí organizace)
- Případné zprostředkování orientační nabídky a kontaktů na okolní organizace s možnostmi poskytnout matce pomoc a podporu v oblasti problematiky poruch příjmu potravy u dětí nebo v oblasti výchovy (v kompetenci sociálního pracovníka je mimo jiné i znalost okolních organizací zaměřených na pomoc a podporu různých cílových skupin a různých oblastí života regionální komunity; v případě Simoniny matky by bylo vhodné nabídnout matce také kontakt na regionálně dostupnou pedagogicko psychologickou poradnu, zařízení typu dětských center duševního zdraví, rodinnou poradnu, dětského krizového centra, psychologickou pomoc, zdravotnická zařízení disponující dětským psychiatrem a podobně)
- Orientační nabídka organizací pomáhajících samotným dětem s poruchami příjmu potravy, kterou by mohla Simonina matka na základě vlastního uvážení předat dceři (vhodné je doplnit nabídku kontakty na zařízení, předat ji matce v písemné formě; ideální je možnost vybavení matky letáky konkrétních vhodných organizací)
- Nabídka případné další spolupráce zařízení a matky
- Naplánování možného dalšího setkání s matkou
- Poskytnutí prostoru pro doplňující dotazy matky
- Ukončení setkání a rozloučení.

Spolupráce s dalšími pomáhajícími pracovníky a fungování sociální sítě

Aby bylo možno dosáhnout co nejefektivnějšího optimálního řešení případu, považují za vhodné propojit vzájemnou spolupráci odborníků z několika oblastí. Pro sociálního pracovníka se tady nabízí prostor pro uspořádání případové konference či práci s prvky case managementu. Současná situace v České republice zatím tyto možnosti v oblasti péče o pacienty s poruchami příjmu potravy nenabízí. O to větší je

zde výzva ke změně, iniciované například sociálními pracovníky setkávajícími se s podobnými kauzami, jako je právě případ Simony.

Na případě Simony by měli spolupracovat zdravotníci, psychologové, specialisté v oblasti výchovného poradenství i sociální pracovníci. Simona a její rodina by měla být zapojena nejen do klasického terapeutického zdravotnického programu, ale i do podpůrných programů mimo zdravotnická zařízení. Neziskový sektor a místní občanské komunity mohou přispět specifickou nabídkou pomoci a podpory jak na odborné úrovni (psychologická pomoc, pomoc a podpora nutričního terapeuta, poradenství v oblasti výchovy, edukační programy a podobně), tak nabídkou svépomocných aktivit, sdružování rodin s obdobnou problematikou, nebo nabídkou podpory v rámci volnočasových aktivit pro danou cílovou skupinu.

Konkrétní podoba regionálně dostupné sociální sítě je v každém regionu nepochybně odlišná. Sociální pracovník by se měl dobře orientovat nejen v nabídce vlastního regionu, ale také znát některá jedinečná zařízení v republice, jedinečné organizace specializující na danou problematiku a možnosti bezkontaktní pomoci prostřednictvím krizových linek a internetu. Důležitá je i znalost možností organizací, poskytujících pomoc zcela zdarma či anonymně.

Za nezbytnou součást sociální intervence považují rovněž ověření výsledků intervence v rámci možností kauzy. Simona i její rodina by měly mít také jasnou představu o možnostech další spolupráce či případného opakovaného využití služeb organizace, kterou si pro pomoc, podporu nebo zprostředkování dalších návazných služeb zvolily.

Včasné rozpoznání problematické oblasti a adekvátní zprostředkování odborné pomoci sociálním pracovníkem může přispět k optimálnímu řešení obdobných případů, jako je právě případ Simony.

3 Diskuse

Diskuzi ke své práci uvedu pro mě osobně překvapivou skutečností. Na začátku práce jsem měla na celou problematiku poněkud odlišný názor. Byla jsem značně kritická k rodičům dívek, trpících PPP. Podobně jako samotní rodiče jsem i já měla potřebu nějakým způsobem hledat viníka onemocnění. Stejně tak jsem přisuzovala poměrně velký vliv perfekcionistické výchově ze strany rodičů na vznik a průběh onemocnění. V průběhu zpracovávání tématu se postupně začal můj osobní názor měnit. Získávala jsem čím dál tím větší odstup a náhled na problematiku. Zjistila jsem, jak složitá je otázka, jak a proč vůbec takové onemocnění vzniká. Ostří kritického postoje vůči rodičům dívek se do značné míry otupilo, hledání viníka nepřikládám význam. Zajímavé bylo pozorovat, jak ošidné by bylo jednoznačně přisoudit vinu za vznik a průběh onemocnění perfekcionistické výchově. K osobním přínosům přidávám také seznámení se s prožíváním a vnitřním světem perfekcionistů samotných.

Dále bych ráda zhodnotila to, jak se mi s tématem osobně pracovalo. Nejdříve se zaměřím na dostupnou literaturu. Literatury s tématem PPP je poměrně hodně. Mnohdy se v ní nachází podobné informace. Část z ní je zaměřená spíše medicínským směrem, kdy jsou PPP vnímány spíše jako onemocnění, než jako společenský jev. Rozdíl se dá vyzorovat i v přístupu nejen ke zpracování, ale i tématu obecně mezi jednotlivými profesemi. Jinou podobu mají publikace zpracovávané lékaři a jinou psychology, filozofy a terapeuty samotnými. Dá se také říct, že se někteří odborníci spíše zaměřují na zvládnutí onemocnění z hlediska tělesných projevů a technické úpravy režimu a stravovacích návyků, zatímco jiní zpracovávají téma spíše na pozadí péče o duši dívek s PPP. Jiná specifika mají knihy, určené odborníkům a dospělým laikům a jiná ty, jež jsou určeny samotným dívkám. Během práce s literaturou jsem objevila také nesmírně zajímavé publikace, které se týkají spíše dospělých žen s PPP. Vzhledem k povaze práce nebylo možné je nějak začlenit do samotného textu, ale pro mne osobně byly rozhodně obohacující. Za všechny uvedu alespoň publikaci *Ženy, které jedí ve svitu Luny* autorky Anity Johnstonové. Autorka a terapeutka, pracující s ženami s PPP, v ní nabízí nevšedním způsobem samotným ženám možnost, jak pomoci intuice, mýtů a prastarých příběhů pozměnit jejich vztah k jídlu. Myslím si, že by tato kniha mohla obohatit nejen mě. Musím se také zmínit o tom, že ne všechna literatura mi přišla přínosná a se závěry některých autorů vysloveně nesouhlasím. Opět uvedu jeden příklad za všechny, a to knihu matky dvou anorektiček Peggy Claude Pierre *Tajná řeč* a

problémy poruch příjmu potravy. Autorka v knize popírá jakýkoliv vliv rodičů na vznik a vývoj PPP. Za příčinu vzniku onemocnění považuje výlučně predispozici jedince stavem, jež sama nazývá Stavem utvrzeného negativismu³⁷. Pierre ve své publikaci nabízí poměrně velké množství rad pro rodiče dívek. Tyto rady jasně odráží postoj autorky ke vztahu rodičů a dětí s PPP. Některé z nich jsou v rozporu s doporučeními jiných odborníků. Část zmiňované knihy je věnovaná terapeutickým metodám práce s dětmi s PPP. Metody vyvinula sama autorka a prakticky je uplatňuje ve svém soukromém sanatoriu. Tyto metody práce jsou podle mě přinejmenším kontroverzní a v porovnání s přístupem ostatních odborníků mohou být, jak se domnívám, neefektivní až poškozující. Poměrně vyčerpávající a přehledné se mi jevily publikace Papežové a Kocourkové. Nejzajímavější pro mě však byly psychoanalytické úvahy Poněšického. Dobře se mi pracovalo s publikací Leibolda a za obohacující považuji filozoficko-eticky zaměřenou práci Giordano.

V průběhu práce jsem se rozhodla pro odbornou stáž v občanském sdružení Anabell. Musím přiznat, že jsem měla z organizace zcela jiný dojem na základě její prezentace na webových stránkách a jiný po absolvování stáže. Během osobního setkání s terapeutkou organizace mě zarážel postoj jakési neochoty ke spolupráci s odborníky z řad zdravotníků a zejména pak vlastní rozporuplný pocit z kritiky pobytového režimu a léčby dětí v lůžkových zdravotnických zařízeních. Nicméně Anabell bezesporu dobře zaplňuje místo v českém prostředí jako doplňující nabídka pomoci lidem s obtížemi, spojenými s PPP, vycházející z občanského sektoru. Zajímavým počinem občanského sdružení Anabell je mimo jiné i vydání publikace Rii Černé O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery. Osobně se domnívám, že by organizace jako Anabell mohla dobře pracovat jako nízkoprahové a preventivní zařízení pro děti a dospívající s PPP. U těžších případů jsou však patrné její limity. Bylo by výborné, kdyby se podařilo více provázat jak medicínsky zaměřenou léčbu a psychologickou pomoc, tak podporu a podpůrné aktivity vycházející z iniciativ občanského sektoru. Nevyužitý je podle mě potenciál svépomocných skupin a ozdravných pobytů pro rodiny s dívkami s PPP. Inspirací by mohla být jiná občanská sdružení, pracující na podobném principu s obdobnými cílovými skupinami. Za všechny uvedu občanské sdružení Sluneční

³⁷ Autorka charakterizuje tento stav jako utkvělé chorobně negativní myšlenky s typickými projevy chování jako jsou deprese, agorafobie, záchvaty zuřivosti, utkvělé představy. Mentální anorexie může, ale také nemusí, podle autorky být mezi nimi. Předpoklady k tomuto stavu vznikají podle Pierre v raném věku dítěte.

paprsek, pomáhající dětem s onkologickým onemocněním i jiným závažným onemocněním a dětem z dětských domovů, pořádající prázdninové ozdravné pobyty pro své klienty. Další možnou inspirací by mohlo být například české centrum pro sanaci rodiny Střep, nabízející sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi.

Jinými institucemi, které by podle mě mohly přispět k celkové podpoře rodin s výskytem PPP, jsou církve. V tomto směru se již objevují nabídky jak na preventivní působení mezi mladými lidmi, tak nabídky přímé podpory osobám s PPP a jejich okolí charitativními a církevními organizacemi pro pomoc lidem v nouzi. Zajímavý přesah standardní nabídky na poli sociální práce přináší křesťanská sociální práce. Mimo praktických a vědeckých základů zahrnuje i křesťanské poznatky o životním smyslu a hodnotách. Pro dívky s PPP mají přece právě smysl života a osobně akceptované hodnoty zvláštní význam. Svou dobrou praxí by mohly být pro české prostředí inspirativní i dobře fungující křesťanská společenství na principu dobrovolnictví, sdružující se při jednotlivých farnostech, například v rakousko-německém katolickém prostředí. Na principu křesťanské lásky k bližnímu farníci uspořádávají akce na pomoc a podporu jedincům i rodinám v regionu farnosti, kteří se dostali do obtížných životních situací. Výhodou takových skupin je mimo jiné dobrá znalost místní komunity a jejich specifických potřeb. Nabídka pomoci a podpory nejen rodinám s PPP by měla podle mě být co nejširší a nejpestřejší. Každý si tak snáze může najít kombinaci služeb, podpory a pomoci vyhovující individuálně právě jemu.

V další části diskuse se chci věnovat zpracovávání praktické části své práce. Osobně přínosným bylo už jen samotné setkávání se s probandkou. Po dokončení práce jsem hodně přemýšlela o možnostech uskutečnění kvantitativního výzkumu s tematikou: do jaké míry jsou v českém prostředí dívky s PPP skutečně vystaveny perfekcionistické výchově. Určitě by samotný výsledek takového výzkumu zajímal i mě samotnou. Během úvah nad takovým projektem jsem se dobrala k poměrně značným bariérám. První z nich je otázka, jak by mohly samotné dívky s PPP hodnotit výchovné působení rodičů tak, aby to později negativním způsobem neovlivňovalo jejich další vzájemné vztahy. Při hledání dospělé ženy, ochotné otevřeně mluvit o poměrech v rodině během svého onemocnění v dospívání, jsem narážela na určitou neochotu vracet se do traumatizujících životních období. Simona mi nakonec poskytla cenný náhled na možné souvislosti mezi PPP a perfekcionistickou výchovou. Mrzí mě, že se mi ke spolupráci na případové studii nepodařilo získat také Simoninu matku.

Její úhel pohledu by byl určitě přínosný a celý případ by dokreslil. Případová studie mi nakonec přišla jako vhodná varianta pro zpracování praktické části práce, ačkoliv uznávám, že i širší kvalitativní výzkum, nebo dokonce kvantitativně zaměřený výzkum by mohl celou práci cenným způsobem obohatit.

Nakonec se chci ještě krátce kriticky zmínit o výsledné podobě své diplomové práce. Pokud bych chtěla dané téma zpracovat vyčerpávajícím způsobem, mohla bych na práci pracovat celé další roky. Některé jevy a hlavně souvislosti mezi nimi by se daly ještě dál a podrobněji rozpracovat. Zajímavé by bylo zahrnout do práce praktické poznatky z činnosti různých institucí, pracujících nějakým způsobem s PPP u dospívajících. Dalším možným okruhem by bylo porovnání praxe těchto institucí v českém prostředí a praxe obdobných institucí v zahraničí. Rozsah práce je však limitující a moje osobní možnosti také omezené.

Závěr

Svou prací jsem se pokusila přispět k objasnění a náhledu na možné souvislosti mezi vysokými požadavky na dítě ze strany rodičů a poruchami příjmu potravy u dospívajících. Snažila jsem se nabídnout náhled na tyto dva jevy z celku, tvořícího společný život dětí a rodičů v rodině, žijící v určitém konkrétním společenském prostředí. Cílem práce je účinná pomoc pro sociálního pracovníka, aby se dobře orientoval v dané problematice, získal vlastní názor na možné souvislosti, uměl je objasnit a komunikovat s klienty a věděl o možnostech pomoci v českém prostředí.

V počáteční kapitole jsem se pokusila zasadit poruchy příjmu potravy jako sociální jev do kontextu širších souvislostí, které nějakým způsobem s poruchami příjmu potravy korespondují. Ukázalo se, jak hluboké kořeny mohou poruchy příjmu potravy ve společnosti mít. A to jak z historického hlediska, tak i v rámci celkové podoby a trendů života soudobé západoevropské společnosti.

Dále jsem se v práci pokusila nastínit pozadí výchovného působení rodičů na dítě pomoci vybraných základních teorií rodiny. Zaměřila jsem se přitom zejména na vývojové období dospívání. Na celkové podobě rodinného klimatu, a to nejen v období dospívání, se podílí utváření a podoba vztahů v rodině ve všech fázích jejího cyklu. Součástí jedinečné podoby každé rodiny jsou mimo jiné jak její hodnoty, tak individuální stravovací návyky. Dospívajícím člověkem přijaté a zvnitřněné hodnoty rodiny bezesporu ovlivňují jeho osobní hodnoty. Pro dospívajícího jedince mohou mít osobní hodnoty rozhodující vliv na jeho chování, patologické chování spojené se stravovacími návyky nevyjímaje. U podrobnějšího zkoumání problematiky stravovacích návyků v rodině se ukázalo, že i ony mohou do určité míry přispět ke vzniku a vývoji poruch příjmu potravy.

Jiným užitečným vodítkem mi byly teorie vztahu mezi dětmi a rodiči. Tento vztah se utváří nejen v každém z vývojových cyklů rodiny, ale také během úspěšného zvládnutí vývojových úkolů dítěte, během nichž jsou rodiče dětem obvykle nápomocni. Dalším faktorem, ovlivňujícím výslednou podobu vztahu rodič – dítě, je rodiči preferovaný podíl jednotlivých výchovných stylů při výchově. Při zaměření se na perfekcionista výchovu si nelze nepovšimnout, že takové působení může vést k celkovému přetěžování dítěte a následnému riziku vzniku a rozvoji duševních poruch. Ukázalo se také, že je dobré rozlišit od sebe touhu po dokonalosti a snahu

o prosazení se. Perfekcionismus samotný se za určitých okolností stává spíše než motivací k lepšímu výkonu příčinou nespokojenosti, frustrace a nízkého sebevědomí. U senzitivních jedinců může způsobit závažné obtíže v chování i prožívání a negativním způsobem se odrazit na celkové psychosomatické pohodě člověka. Ne jinak je tomu samozřejmě u dospívajících, ať už jsou tendence k perfekcionismu vlastním osobnostním rysem, nebo důsledkem perfekcionistačké výchovy rodičů. Jako významný moment spatřuji schopnost náhledu rodičů na osobnost, zájmy a možnosti svých dětí. Důležité je pak nastavení očekávání a požadavků rodičů na dítě na základě individuality dítěte tak, aby byl jeho výkon co nejoptimálnější a nebylo přetěžováno.

Teorie vzniku poruch příjmu potravy ukazují, jak složitá a komplexní etiologie onemocnění je. Roli zde hraje jedinečnost každého případu, ačkoliv určité podobnosti některé případy samozřejmě vykazují. Na vznik poruch příjmu potravy mají bezesporu vliv predispozice jedince. Některé teorie dávají do přímé souvislosti perfekcionistačké rysy a vznik poruch příjmu potravy. Je však nanejvýš potřebné si uvědomit, že se nedá spolehlivě určit, zda je perfekcionismus příčinou, anebo průvodním jevem onemocnění. Jiné teorie naopak roli perfekcionismu při vzniku onemocnění zavrhuje. Přikláním se k názoru, že pro určité osoby může být skutečně výchova k perfekcionismu jedním ze spouštěcích nebo podporujících momentů při vzniku a vývoji onemocnění. Záleží přitom pravděpodobně na zřetězení se dalších vlivů, podporujících vznik onemocnění. Rozhodně se však nedá kategoricky tvrdit, že perfekcionistačká výchova vede vždy ke vzniku onemocnění a každá dívka s poruchou příjmu potravy je rodiči vychovávána v duchu výchovy k dokonalosti. Podrobné zkoumání osobnostních rysů a chování dospívající dívky, matky a otce v rodině s výskytem poruchy příjmu potravy u dítěte tento názor spíše podporuje. Případová studie v praktické části práce dotváří obraz celé problematiky.

Výsledek práce se dá shrnout následujícím způsobem: perfekcionistačká výchova rodičů na vznik a vývoj poruch příjmu potravy v dospívání v určitých případech vliv má. Tyto jevy tedy spolu za určitých okolností souvisí a mohou se navzájem ovlivňovat a podporovat. Ne však vždy a u každého případu onemocnění poruchou příjmu potravy. Je potřeba pečlivě nahlížet na celkovou podobu onemocnění a specifika každého případu. Podstatné je, že je možné úspěšně pracovat na nápravě vztahů v rodině tak, aby bylo rodinné prostředí pro dospívajícího akceptující, přátelské a přiměřené svými nároky a očekáváními jedinečnosti dospívajícího člena rodiny.

Literatura

- BRUCHOVÁ, Hilde. *Základy psychoterapie*. Praha: Triton, 1997. 123 s. ISBN 80-85875-45-4.
- CLIFFORD, Veronika. *Osmiletá anorektička* [film]. Velká Británie: ZKK (a film company) for Channel 4, 2008. TV, Barrandov, 23. srpna 2012, 10:10.
- ČÁP, Jan. *Rozvíjení osobnosti a způsob výchovy*. Praha: ISV, 1996. 302 s. ISBN 80-85866-15-3.
- ČAPEK, Jakub. *Maurice Merleau-Ponty: myslet podle vnímání*. Praha: Filosofia, 2012. 357 s. ISBN 978-80-7007-379-7.
- ESTÉS, Clarissa P. *Ženy, které běhaly s vlky: mýty a příběhy archetypů divokých žen*. Praha: Pragma, 1999. 430 s. ISBN 80-242-0235-2.
- FIALOVÁ, Ludmila., František D., KRCH. *Pojetí vlastního těla - zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum, 2012. 278 s. ISBN 978-80-246-2160-9.
- FRAŇKOVÁ, Slávka., Jiří, ODEHNAL., Jana, PAŘÍZKOVÁ. *Výživa a vývoj osobnosti dítěte*. Praha: HZ Editio, 2000. 198 s. ISBN 80-86009-32-7.
- GIORDANO, Simona. *Understanding eating disorders: conceptual and ethical issues in the treatment of anorexia and bulimia nervosa*. Oxford: Oxford University Press, 2007. 297 s. ISBN 978-0-19-923295-6.
- GJURIČOVÁ, Šárka., Jiří, KUBIČKA. *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy*. Praha: Grada Publishing, 2003. ISBN 80-247-0415-3.
- HALUZÍK, Martin. *Poruchy výživy a leptin*. Praha: Grada, 2002. 184 s. ISBN 80-7169-972-1.
- HARTL, Jan. *Stručný psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004. s. 294, 311. ISBN 80-7178-803-1.
- CHVÁLA, Vladislav., Ludmila, TRAPKOVÁ. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004. 227 s. ISBN 80-7178-889-9.

KOCOURKOVÁ, Jana., Jiří, KOUTEK., Jan, LEBL. *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galen, 1997. 156 s. ISBN 80-85824-51-5.

KRCH, František D. *Mentální anorexie*. Praha: Portál, 2010. 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada, 2004. 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František D. aj. *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Praha: Grada, 1999. 238 s. ISBN 80-7169-627-7.

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. 140 s. ISBN 80-205-0499-0.

MATĚJČEK, Zdeněk. *Dítě a rodina v psychologickém poradenství*. Praha: Státní pedagogické nakladatelství, 1992. 223 s. ISBN 80-04-25236-2.

MATOUŠEK, Oldřich. aj. *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál, 2003. 380 s. ISBN 80-7178-548-2.

MATOUŠEK, Oldřich. *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství, 1993. 124 s. ISBN 80-901424-7-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana. aj. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. 424 s. ISBN 978-80-247-2425-6.

PLHÁKOVÁ, Alena. *Dějiny psychologie*. Praha: Grada, 2006. 328 s. ISBN 80-247-0871-X.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Agrese, násilí a psychologie moci v životě i v procesu psychoterapie*. Praha: Triton, 2010. 172 s. ISBN 978-80-7387-378-3.

PONĚŠICKÝ, Jan. *Fenomén ženství a mužství*. Praha: Triton, 2008. 213 s. ISBN 978-80-7387-106-2.

ŘÍČAN, Pavel., Dana, KREJČÍŘOVÁ. aj. *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada, 2006. 603 s. ISBN 80-247-1049-8.

STÖRIG, Hans J. *Malé dějiny filosofie*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství, 2007. 653 s. ISBN 978-80-7195-206-0.

Elektronické zdroje

ANABELL. Odborné sociální poradenství. Občanské sdružení Anabell /online/ c2002-2012, /cit.2014-04-17/. Dostupné z <http://www.anabell.cz/index.php/anabell-brno/odborne-socialni-poradenstvi>.

BENSON, E. The many faces of perfectionism. The American Psychological Association /online/ c2003, /cit.2013-08-15/.

Dostupné z <http://www.apa.org/monitor/nov03/manyfaces.aspx>.

BRÖHMOVÁ, P. Jaká je vlastně ideální hmotnost? Co je to BMI?. Občanské sdružení Anabell /online/ c2002-2012, /cit.2014-04-05/. Dostupné z

<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/vyziva/21-diety/288-jaka-je-vlastn-idealni-hmotnost-co-je-to-bmi-co-je-teorie-kritickeho-bodu>.

HANZLOVSKÝ, M. Mentální anorexie u mužů. Celostní medicína /online/ c2009, /cit.2013-08-24/. Dostupné z <http://www.celostnimediceina.cz/mentalni-anorexie-u-muzu.htm>.

HOGENOVÁ, A. Hygiensis a iatreusis a „ne-moci“ se pohybovat na životní cestě.

Institut rodinné terapie a psychosomatické medicíny v Liberci /online/ c2005, poslední revize 4.7.2014. /cit.2014-06-16/. Dostupné z

http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2006_6/konference_606.htm#_ftnref4.

HOGENOVÁ, A. K fenomenologii těla a pohybu. Institut rodinné terapie a

psychosomatické medicíny v Liberci /online/ c2005, poslední revize 4.7.2014.

/cit.2014-06-16/. Dostupné z

http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_5/hogenova_504.htm.

HOGENOVÁ, A. K „usebírání“. Společnost fenomenologické filosofie a psychoterapie /online/ c2007, /cit.2014-06-17/. Dostupné z <http://sffp.sweb.cz/archiv/hogenova5.htm>.

KREPS, S. How Does Perfectionistic Parenting Affect Children?. GlobalPost – International News /online/ c2014, /cit.2013-05-23/. Dostupné z <http://everydaylife.globalpost.com/perfectionistic-parenting-affect-children-9173.html>.

KOHOUTEK, R. Vliv rodiny na rozvoj osobnosti člověka. Psychologie v teorii a praxi /online/ c2009, /cit.2013-09-12/. Dostupné z <http://rudolfkohoutek.blog.cz/0912/vliv-rodiny-na-rozvoj-osobnosti-cloveka>.

KOHOUTEK, R. ABZ.cz: slovník cizích slov /online/ c2005-2014, /cit.2013-09-12/. Dostupné z http://slovník-cizich-slov.abz.cz/web.php/hledat?typ_hledani=prefix&cizi_slovo=perfekcionistick%C3%A1+v%C3%BDchova.

MARANO, H. E. Pitfalls of Perfectionism. Psychology Today /online/ c2008, poslední revize 2.11.2013. /cit.2013-05-23/. Dostupné z <http://www.psychologytoday.com/articles/200802/pitfalls-perfectionism>.

MKN- 10. Poruchy duševní a poruchy chování (F00–F99). WHO/ÚZIS ČR (Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR) /online/ c2014, /cit.2014-06-22/. Dostupné z <http://www.uzis.cz/cz/mkn/F50-F59.html>.

PAPEŽOVÁ, H. Stres a poruchy příjmu potravy. Mladá fronta /online/ c2002, /cit.2014-05-29/. Dostupné z <http://zdravi.e15.cz/clanek/priloha-lekarske-listy/stres-a-poruchy-prijmu-potravy-145536>.

Anotace: Předmětem diplomové práce je náhled na vznik a vývoj poruch příjmu potravy v období dospívání a perfekcionistickou výchovu rodičů. Součástí práce je hledání možných souvislostí mezi těmito dvěma jevy. Práce také usiluje o zasazení obou jevů do kontextu celku, tvořícího společný život dětí a rodičů v rodině, žijící v určitém konkrétním společenském prostředí. Cílem práce je účinná pomoc pro sociálního pracovníka, aby se dobře orientoval v dané problematice, získal vlastní názor na možné souvislosti, uměl je objasnit a komunikovat s klienty a věděl o možnostech pomoci v českém prostředí.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, tělo, tělesnost, stravovací návyky, rodina, rodinné prostředí, otec, matka, adolescence, výchova, perfekcionismus, zaměření na výkon, vztahy v rodině, hodnotová orientace, separace, individuace.

Abstract: The subject of this diploma thesis is an outlook on the origin and development of eating disorders in adolescence and the perfectionist parental upbringing. The thesis searches for possible connections between these two phenomena. The thesis also aims at grounding these two phenomena into the context of a whole, making up the life of children and parents in a family, in a particular social environment. The aim of the thesis is an efficient help for the social workers, for them to be able to find way in the given issue, gain their own view on the possible connections and be able to clearly communicate them to a client and know about help and assistance options in the Czech environmet.

Key words: eating disorders, body, corporeality, eating habits, family, family environment, father, mother, adolescence, upbringing, perfectionism, goal orientation, relationships in the family, value orientation, separation, individuation.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno a příjmení autorky: Bc. Kateřina Krhánková, Dis.

Studijní program: Sociální práce a sociální politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vliv perfekcionistařké výchovy rodičů na vznik a vývoj poruch příjmu potravy v dospívání

Počet stran (bez příloh): 109

Celkový počet stran příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 36

Počet titulů zahraniční literatury a pramenu: 4

Počet internetových odkazů: 13

Vedoucí práce: Mgr. Jan Kulhánek

Rok dokončení práce: 2014

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: Bc. Kateřina Krhánková, Dis.
Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a

aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vliv perfekcionistačké výchovy rodičů na vznik a

vývoj poruch příjmu potravy v dospívání

Vedoucí/oponent práce: Mgr. Jan Kulhánek

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 109

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 53

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příleřhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	x			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	x			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	x			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost
výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce
(publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Proč má podle Vás perfekcionista přístup rodičů ve výchově vliv na vznik poruchy příjmu
potravy u dítěte?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Práce je nejen rozsáhlá, ale zejména velmi fundovaná, v teoretické části jde autorka
poměrně do hloubky s využitím velkého množství literárních zdrojů. Případová studie
přehledně ilustruje teoretická východiska.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: Výborně



Datum, podpis:

**Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Bc. Kateřina Krhánková, Dis.

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vliv perfekcionista výchovy rodičů na vznik a vývoj poruch příjmu potravy v dospívání.

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 109

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 53

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

Závažnost tématu

		x		
--	--	---	--	--

Oborová přiléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	x			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

		x		
--	--	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		x		
--	--	---	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

	x			
--	---	--	--	--

Využití praktických zkušeností

		x		
--	--	---	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

	x			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	x			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	x			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	x			
--	---	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	x			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Splnila Vaše diplomová práce cíle, které jste si na začátku stanovila jak v oblasti zpracování tématu v teoretické tak i v praktické části? Rozveďte:

Uveďte nejvýznamnější výstupy z praktické části?

Jakým dalším výzkumním směrem by se dle Vašeho názoru mělo dané téma zpracovat?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Studentka ve své diplomové práci „Vliv perfekcionistačké výchovy rodičů na vznik a vývoj poruch příjmu potravy v dospívání“ poukazuje poruchy příjmu potravy jako na společenský jev zasazený do určitého prostředí.

Jako cíl je zde stanoveno najít účinnú pomoc pro soc. Pracovníka, aby se dobře orientoval v dané problematice, získal vlastní názor na možné souvislosti, komunikovat s klienty a věděl o možnostech pomoci v ČR.

Teoretická část začíná úvodem do problematiky poruch příjmu potravy a úvodem do problematiky rodiny. Další kapitola je věnována základní teorii vztahu rodičů a dítěte. Významnou kapitolou jsou teorie vzniku poruch příjmu potravy. V poslední kapitole se pojednává o možnostech pozitivní změny vztahů v rodině, možnosti léčby PPP.

Teoretická část je zpracovaná jasně a přehledně. Kapitoly na sebe plynule navazují, odborný text je čtivý a dává ucelený vhled do problematiky.

Z formálního hlediska jsou v práci malé nezrovnalosti, po obsahové stránce je práce v pořádku.

V praktické části práce použila jako výzkumní metodu případovou studii. Chybí zde informace o této významné metodě, o důvodech výběru metody a také výběru respondentky. Samotná případová studie je zpracována důsledně a dává prostor nahlédnout do tématu v návaznosti k teoretické části práce. Za zdařilý považuji konečný strukturovaný program sociální pomoci a také informace o důležitosti multidisciplinární spolupráce odborníků.

Z obsahového i formálního hlediska práce splňuje požadavky kladené na diplomovou práci a doporučuji k obhajobě.

Navrhovaná klasifikace: velmi dobře, při zdařilé obhajobě výborně

Datum, podpis: 5.9.2014

