

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Bakalářská práce



Lucie Štirská

**Vliv mentální anorexie u mladistvého na resilienci
rodiny**

**The influence of anorexia nervosa in adolescents on
family resilience**

Mgr. Sylvie Tichotová, Ph.D.

2023

Poděkování

Děkuji paní doktorce Sylvii Tichotové za její podporující vedení mé bakalářské práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

Lucie Štirská

Lucie Štirská

V Praze dne 23. 4. 2023

Abstrakt

Tato bakalářská práce se zabývá vlivem mentální anorexie u mladistvého na resilienci rodiny, konkrétně její dynamikou a vývojem jak během léčby, tak po jejím ukončení. Práce je členěna na literárně-přehledovou část a praktickou část, která má formu návrhu výzkumu. Literárně-přehledová část obsahuje tři hlavní kapitoly, jimiž jsou mentální anorexie, rodinná resilience a vzájemný vliv mentální anorexie a rodinné resilience. V kapitole o mentální anorexii jsou uvedena diagnostická kritéria, etiologie, rizikové faktory a souvislost onemocnění s rodinou a rodinným fungováním. Rodinná resilience vymezuje svoje postavení od individuální odolnosti a je popsána podle modelu FAAR. Závěrečná část práce se zaměřuje na identifikaci vzorců a faktorů, jež rodiny budují a uplatňují pro zvýšení své míry resilience a navrhuje jejich rozvoj a uplatnění v léčbě.

Navrhovaný výzkum si pokládá za cíl sledování vývoje a dynamiky rodinné resilience během léčby dítěte s mentální anorexií a po jejím ukončení u vybraných rodin. Jedná se o kvalitativní výzkum vedený prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, jež budou kódovány metodou IPA (interpretativní fenomenologickou analýzou). Motivací výzkumu je zlepšení a zefektivnění léčby dítěte prostřednictvím zvýšení duševní pohody ostatních členů rodiny během stresujícího, dlouhotrvajícího procesu léčby. Práce se snaží nahlížet na krizovou událost a těžkost osudu z hlediska potenciálu rodiny k posílení rodinné resilience, z kterého může těžit nejen během léčby dítěte, ale i v budoucím životě.

Všechny informace jsou čerpány z odborných publikací autorů, kteří se profesně věnují léčbě tohoto onemocnění v praxi nebo kteří se zabývají konceptem odolnosti. Citace jsou náležitě ozdrojovány podle formy APA.

Klíčová slova: Mentální anorexie; rodinná resilience; léčba dítěte; rodinné fungování; odolnost

Abstract

This bachelor's thesis examines the impact of anorexia nervosa in adolescents on family resilience, specifically its dynamics and development both during and after treatment. The thesis is divided into a literature review section and a practical section, which takes the form of a research proposal. The literature-review part contains three main chapters, which are mental anorexia, family resilience and the mutual influence of mental anorexia and family resilience. The chapter on anorexia nervosa includes diagnostic criteria, aetiology, risk factors and the relationship of the disease to family and family functioning. Family resilience defines its status from individual resilience and is described according to the FAAR model. The final part of the paper focuses on identifying patterns and factors that families build and apply to increase their level of resilience and suggests their development and application in treatment.

The proposed research aims to monitor the development and dynamics of family resilience during and after treatment of a child with anorexia nervosa in selected families. It is a qualitative research conducted through semi-structured interviews that will be coded using the IPA (Interpretative Phenomenological Analysis) method. The motivation for the research is to improve and streamline the child's treatment by increasing the mental well-being of other family members during the stressful, prolonged treatment process. The thesis seeks to view the crisis event and the severity of adversity in terms of the potential for the family to enhance family resilience, which can benefit not only during the child's treatment but also in future life.

All information is drawn from the publications of authors who are professionally involved in the treatment of this condition in practice or who are interested in the concept of resilience. Citations are appropriately embellished according to APA form.

Key words: Anorexia nervosa; family resilience; child's treatment; family functioning; resilience

Obsah

Úvod.....	9
1. Mentální anorexie.....	10
1.1. Mentální anorexie u dospívajících	10
1.2. Diagnostika dospívajících	11
1.3. Rizikové faktory vzniku MA.....	12
1.3.1. Rodina jako rizikový faktor.....	13
1.4. Vliv PPP na rodinné fungování.....	14
1.5. Léčba PPP	15
1.5.1. Family-Based Treatment	16
1.6. Stres a coping pečovatелů	18
2. Rodinná resilience	20
2.1. Individuální resilience	20
2.2. Rodinná resilience	21
2.3. FAAR model	22
2.3.1. Fáze modelu FAAR.....	23
2.3.2. Pojetí rovnováhy v modelu FAAR.....	24
2.4. Funkce rodiny ve vztahu k resilienci.....	26
3. Vliv mentální anorexie na rodinnou resilienci	29
3.1. Řešení.....	30
3.1.1. Protektivní faktory.....	30
3.1.2. Požadavky	31
3.1.3. Kompetence.....	31
3.1.4. Význam	32
3.1.5. Další copingové strategie	34
4. Návrh výzkumu	36
4.1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky	36
4.2. Design výzkumného projektu.....	37
4.2.1. Typ výzkumu.....	37
4.2.2. Metody získávání dat	37
4.2.3. Výzkumný soubor	37
4.2.4. Metody zpracování a analýzy dat.....	37
4.2.5. Etika výzkumu – analýza rizik a jejich řešení.....	38
4.3. Diskuse	39
5. Závěr.....	41

Reference 43

Seznam zkratek

FBT – Family Based Treatment

PP – Poruchy příjmu potravy

MA – Mentální anorexie

Úvod

V posledních desetiletích přibývá počet osob mladších 18 let, které se potýkají s poruchou příjmu potravy (van Eeden et al., 2021). Mezi nejpočetnějších diagnózy této skupiny psychických onemocnění patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání (Papežová, 2018).

Rychlejší zrání dětí ve spojení s vysokou mírou užívání sociálních sítí, na kterých lidé sdílejí a normalizují trendy dietní kultury a společenské ideály, je pro mladé jedince nacházející se v období hledání své identity rizikem pro zhoršení psychické pohody (Hill, 1993). Ačkoliv se i chlapců týká body shaming či bigorexie (Murray et al., 2012), u dívek je výskyt poruch příjmu potravy častěji odhalen (Papežová, 2018). Dívky jsou přímo i nepřímo ovlivňovány idealizací ženské postavy, což může vést u měnícího se těla z dívčí do dospělé podoby k nespokojenosti s vlastním tělem (Opara & Santos, 2019; Zipfel et al., 2015). Dietní kultura, která je v ekonomicky vyspělých státech rozšířeným fenoménem, dává vzhledu a zdravému životnímu stylu často až zbytečně velkou důležitost. Bohužel je typ ideální postavy dynamický a každých pár let se tento trend mění. Po zranitelné jedince pak nemusí být jednoduché přijmout vlastní tělo lišící se od ideálu, jenž je ve společnosti vyzdvihován.

Nejen společenský vliv, ale i další faktory vedou k rozvoji poruch příjmu potravy (Jacobi et al., 2004). Jedná se jak o biologické a osobnostní predispozice, tak vliv vrstevníků a rodiny. Ačkoliv PPP zasahují všechny věkové kategorie, nejrizikovější kategorií jsou mladiství (van Eeden et al., 2021). Ti jsou pak během léčby často silně propojeni se svými rodiči, kteří za ně nesou zodpovědnost. Kvůli této skutečnosti, kdy rodina sdílí domácnost a značnou část svého každodenního života s osobou se specifickým chováním a prožíváním (MA), se stává, že během léčby je rodinné fungování narušené a dysfunkční, což platí i pro rodinnou odolnost vůči stresu. Pro léčbu mentální anorexie u dětí a dospívajících se často využívá strategie Family-Based Treatment, jež na roli rodičů v podobě neprofesionálních pečovatелů spoléhá a je žádoucí, aby tuto stresující situaci zvládli.

Kvůli závažnosti tohoto onemocnění a vlivu na celou rodinu je vhodné zkoumat způsoby, jak zefektivnit léčbu i soužití s člověkem prezentujícím symptomy mentální anorexie. Možnou cestu k lepším výsledkům nám poskytuje koncept rodinné resilience, neboli odolnosti rodiny. Předpokládá se, že čím odolnější rodina vůči stresu je, tím snáze překoná nepřízní osudu a krize, jimiž je vystavena.

Z toho důvodu má tato práce za cíl shrnout z dosavadní literatury význam rodinné odolnosti v léčbě mentální anorexie u dětí, zejména dospívajících, a navrhnout možné způsoby zkvalitnění léčby. Zároveň se důraz klade i na zkvalitnění života všech členů rodiny, kteří jsou tímto onemocněním ovlivněni a musí náročnou situaci s dospívajícím prožívat.

1. Mentální anorexie

Mentální anorexie (MA) je psychické onemocnění řadící se mezi poruchy příjmu potravy (PPP), které lze definovat jako kontinuum patologického jídelního chování negativně ovlivňující zdraví jedince (Papežová, 2018). Právě mentální anorexie patří z hlediska prevalence, závažnosti a mortality k nejrizikovějším onemocněním (Wood & Knight, 2015).

Podle MKN-10 se mentální anorexie charakterizuje úbytkem na váze, který si dotyčný úmyslně způsobuje. Kvůli strachu z přibrání se pomocí restriktivního způsobu stravování snaží o další snížení hmotnosti často za doprovodu vysoké míry cvičení. Papežová (2018) vymezuje diagnostiku MA dle MKN-10 následujícími kritérii:

1. Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek. U dospělých je BMI 17,5 a nižší.
2. Pacient si snižuje váhu sám dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
3. Specifická patologie: přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení podváhy.
4. Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u mužů ztráta sexuálního zájmu, u žen amenorrhea - dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí a v moderních kritériích se od tohoto měřítka opouští (Dalle Grave et al., 2008).
5. Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna.

Manuál DSM-V rozlišuje mentální anorexii na typ restriktivní (nebulimický) a typ purgativní (bulimický), pro který je charakteristické zvracení či jiná kompenzace přijatých kalorií s cílem snížení váhy. Tento manuál specifikuje závažnost onemocnění na základě klinických symptomů, stupně funkčního postižení, potřeb dohledu nad postiženým a současného indexu tělesné hmotnosti (BMI). Stanovení diagnózy předchází vyloučení jiného somatického onemocnění způsobující nechutenství, poruchu jedení a nízkou tělesnou hmotnost (Papežová, 2018).

1.1. Mentální anorexie u dospívajících

Poruchy příjmu potravy se vyskytují napříč všemi věkovými kategoriemi od útlého dětství po dospělost a týká se jak žen, tak i mužů (van Eeden et al., 2021). Ačkoliv je incidence u mentální anorexie za poslední desetiletí více méně stabilní, přibývá pacientů mladších 15 let (van Eeden et al., 2021) se signifikantním rozdílem v počtu dívek nad chlapci – dívek je zasaženo až 95 % oproti 5 % chlapců (Papežová, 2018). Právě mentální anorexie je druhou nejrozšířenější duševní poruchou u dospívajících dívek (Wood & Knight, 2015). Obecně můžeme říct, že dospívající a mladí dospělí jsou nejvíce postiženou věkovou skupinou poruchami příjmu potravy (Papežová, 2018).

1.2. Diagnostika dospívajících

Stanovit diagnózu poruchy příjmu potravy u dospívajících je kvůli odlišným projevům onemocnění náročnější než u dospělých. Čím mladší jedinec je, tím hůře se dají symptomy PPP rozeznat od somatologických potíží, na které si dítě může stěžovat a skrývat tak hlubší psychický problém. Ačkoliv děti prožívají zhoršený vztah k vlastnímu tělu a negativní sebehodnocení podobně jako dospělí s PPP, je u nich obtížnější tyto myšlenky a postoje odhalit. S nižším věkem se pojí horší schopnost identifikovat a výstižně popsat vlastní emoce, což ztěžuje zjistit nespokojenost s vlastním tělem a další negativní emoce spojené s PPP (Papežová, 2018).

Kromě emočního prožívání, které lze těžko odhalit, může být nápomocnější sledovat u dítěte jeho chování. Alarmující může být zpozorování manipulace s jídlem, vyhýbání se společnému stravování s rodinou či zvýšená frekvence cvičení (Papežová, 2018). Mezi další projevy chování, které mohou upozornit na rozvoj PPP, je vyhýbání se jídlům bohaté na tuky anebo sacharidy, specifická dieta vylučující určité potraviny (vegetariánsví, veganství, nízkosacharidová dieta) či restrikce kalorií a jejich počítání. Jedince často baví vaření pokrmů pro ostatní (aniž by jej sám jedl) a nakupování jídla. Upřednostňuje jíst sám bez přítomnosti ostatních lidí, často k němu potřebuje konkrétní příbor a vzhledem k energetickému deficitu i malou porci dokáže jíst po delší časový úsek (Wood & Knight, 2015).

U diagnostiky je tedy potřebné věnovat pozornost nejen emočnímu prožívání jedince a zaznamenávat jeho sebehodnotící komentáře na vlastní osobu, hmotnost a postavu, ale i způsobům chování a somatickým projevům onemocnění. Významným ukazatelem, které by nás mělo upozornit na možné ohrožení nemoci u dětí, je především růstová křivka. Nedostatečná výživa se může projevit „pouze“ jako zpomalení metabolismu při normální váze nebo přímo zastavením růstu, které však může být kvůli dynamickému vývoji dětí problematické odhalit. Z toho důvodu nám růstová diagnostika poskytne lepší kontext života jedince než-li BMI, které se používá spíše u dospělých po ukončení růstu. U dětí se využívá podrobnější somatické vyšetření, které vychází z poměru výšky, hmotnosti a posouzení celkového somatického vývoje včetně vývoje pohlavního (Papežová, 2018). Důležité jsou také další fyziologické příznaky jako amenorea (Engelhardt et al., 2021) nebo ještě nedostavená první menarché.

Poruchy příjmu potravy u dětí také často doprovází další psychiatrické komorbidity, jako jsou afektivní poruchy, sebezpoškozování, OCD symptomatika a úzkostné poruchy (Papežová, 2018). V neposlední řadě bývá s PPP spojené i autoakuzace, kdy i právě hlad a excesivní cvičení může dítě vnímat jako formu trestu (Lane, 2002). U starších adolescentů se také často vyskytuje užívání návykových látek a osobnostní poruchy.

1.3. Rizikové faktory vzniku MA

U mentální anorexie, stejně jako u ostatních poruch příjmu potravy, nelze vymezit jedna příčina, která by vždy a u všech vedla k propuknutí onemocnění. Každý pacient je jedinečný případ s kumulací různých faktorů, které završuje různý spouštěč startující strastiplnou cestu restrikcí, úzkosti a snižování hmotnosti. Na druhou stranu lze spatřit jisté společné prvky a rysy, jež tyto pacienty propojuje. Příčiny vzniku poruch příjmu potravy se proto uvažují v pojetí tzv. multifaktoriálnosti, která znamená souhru různých rizikových faktorů vedoucích k aktivaci a prohlubování problematického jídelního chování. Rizikové faktory lze dělit na biologické, sociální a psychické (Woerwag-Mehta & Treasure, 2008).

Biologické faktory jsou relativně novým náhledem na vznik a rozvoj poruch příjmu potravy. Ačkoliv se PPP mnohem více týkají dívek a osob nižšího věku (dospívání, raná dospělost), je nutné zmínit, že PPP se vyskytuje napříč všemi věkovými skupinami u obou pohlaví (Papežová, 2018).

Výzkum dává větší prostor neurologii za účelem lepšího pochopení, proč se motivace k hubnutí u podvyživeného člověka tak těžce transformuje do motivace k uzdravení. Jedním z možných náhledů je například zkoumání PPP prostřednictvím systému odměny zahrnující hormon dopamin a část mozku zvanou hypothalamus. Snižování hmotnosti v tomto pojetí funguje jako stimulace pro dopaminergní systém a další restrikcí se tato nervová dráha posiluje (Frank et al., 2019).

U sociálních faktorů je klíčová rodina, které bude v práci věnována samostatná podkapitola, dále vrstevníci a společenská kultura, v níž jedinec žije. Mnohé výzkumy nastínily skutečnost, že ačkoli může PPP propuknout na bázi biologických a osobnostních predispozic, vyšší výskyt tohoto onemocnění je spojen s narůstajícím důrazem na ideál krásy rozvíjející se ve společnosti v posledním století (Iancu et al., 1994; Keel & Forney, 2013; Stice et al., 1994; Woerwag-Mehta & Treasure, 2008). Adolescenti jsou díky sociálním sítím zahrnováni ideálem štíhlosti na denní bázi a internalizují si často nereálnou představu o tom, jak má vypadat zdravé, normální a především štíhlé tělo. Tato internalizace je podpořena i skupinou vrstevníků, kterou si tito jedinci kolem sebe sami utváří (Keel & Forney, 2013)

Mezi psychické a osobnostní rizikové faktory spadá negativní emotivnost a negativní sebehodnocení, dále pak perfekcionismus, *harm avoidance* (vyhýbání se poškození), rigidita, kompulzivita a vyšší úzkostnost (Collier & Treasure, 2004). Tyto rysy se také objevují ve zvýšené míře u zbylých členů rodiny (Sohlberg & Strober, 1994), což může nasvědčovat o vlivu perfekcionistického/úzkostného interpersonálního prostředí na vznik onemocnění, stejně jako dědičnost temperamentu. Dále se u těchto osob více vyskytuje vykonávání sportu na vyšší úrovni nebo sexuální násilí, jímž si jedinec prošel.

1.3.1. Rodina jako rizikový faktor

Rodina hraje ve výchově a formování hodnotících postojů dítěte klíčovou roli. Z toho důvodu se na počátku výzkumu poruch příjmu potravy zkoumala rodina z kauzálního hlediska jakožto významná příčina vzniku onemocnění. Mezi hlavní vlivy rodiny vedoucí k PPP jsou například komentování a negativní hodnocení postavy či váhy (Neumark-Sztainer et al., 2010)

Rodina má však na dítě vliv ještě před jeho narozením dítěte například z hlediska historie obezity či diagnostiky PPP u rodičů a vzdálenějších rodinných předků. Následujícím rizikovým faktorem může být předčasný porod či jiné trauma v souvislosti s narozením nebo dále potíže s kojením, stravováním dítěte a jeho gastrointestinální problémy (Jacobi et al., 2004). Předpokládá se, že neadekvátní výživa dítěte před a po narození ovlivňuje nutriční potřeby a chuť k jídlu během dalšího vývoje (Hales & Barker, 2001; Russell et al., 1998). Zároveň v období sebeuvědomění, pro něž je charakteristický negativismus, můžou rodiče nevědomě vytvářet jídelní zlovyky například v situacích, kdy dítě do jídla nutí a používají jej jako nástroj manipulace a citového vydírání (Papežová, 2018). Jde tedy nejen o samotnou kvalitu stravování, ale i sociální faktory spojené s jídelm jakožto společenskou událostí.

Na sociální rovině by se jako rizikové rodiny daly označit ty, které jsou více orientované na vzhled (Kluck, 2010). To se může projevit například komentováním a negativním hodnocením postavy či váhy (Neumark-Sztainer et al., 2010). Dalším rizikem je tlak od rodičů na dítě, aby vypadalo určitým způsobem. Nejen tyto komentáře mohou vést k nespokojenosti s vlastním tělem, která je prediktorem pro vznik PPP (Kluck, 2008). Fortesa a Ajete (2014) uvádí, že tento tlak na vzhled ze strany otce a matky byly signifikantním prediktorem pro *disordered eating behaviour* (narušené stravovací chování nespádající pod PPP). Výsledky jejich studie naznačují, že přístup rodiny ke vzhledu byl tím nejsilnějším prediktorem problematických důsledků souvisejících s hmotností. Nejedná se však pouze o kritické komentáře hodnotící tvar či hmotnost těla a stravovací chování. Negativně může působit i situace, kdy rodinný člen drží dietu ať už ze zdravotních či estetických důvodů (Fairburn et al., 1999). D

I přes stručnost popsání uvedených faktorů je zřejmé, že rodina má na stravovací návyky a sebehodnocení dítěte nemalý podíl. Není proto překvapivé, že na začátku výzkumu poruch příjmu potravy se považovala rodina za rizikový faktor k propuknutí tohoto onemocnění. I přesto však nyní výzkum dochází k závěru, že rodina na propuknutí mentální anorexie u dítěte nemá kauzální vliv, ale spíše udržovací, tedy že rodinná komunikace a interakce může onemocnění u dítěte podporovat (Woerwag-Mehta & Treasure, 2008). V posledních desetiletí se navíc list obrací a rodina se začíná vnímat jako významný a efektivní činitel v léčbě, zvláště pokud je pacient zasažený tímto onemocněním nezletilá osoba (Lock & le Grange, 2005).

1.4. Vliv PPP na rodinné fungování

Pakliže je mladistvému diagnostikována mentální anorexie, měl by se do léčby zahrnout kontext rodiny a rodinného systému, v němž se dítě nachází. Kvůli nezletilosti mají za život a zdraví dítěte stále zodpovědnost rodiče, kteří by měli vyhledat zdravotnickou pomoc a komunikovat o stavu dítěte s odborníky (Treasure, Whitaker, et al., 2005). I z toho důvodu se v poslední době přesouvá zaměření výzkumu k zpětnému vlivu nemoci u dítěte na rodinné fungování. Rodina se považuje za významný faktor přispívající k úspěšnosti léčby. Tím však může být na zbytek členů rodiny kladen tlak, který by se neměl přehlížet a odborná pomoc by měla zahrnovat i jejich duševní pohodu, aby tuto stresující situaci zvládli překonat. Paralelně se proto začíná dávat větší prostor rodičům a ostatním členům rodiny k vyjádření svých postojů, názorů, pocitů a obtíží v procesu léčby dítěte, do něhož jsou většinou zahrnuti a spoléhá se na jejich aktivní zapojení.

Rodinné fungování (angl. family functioning) odkazuje na sociální a strukturální vlastnosti globálního rodinného prostředí. Zahrnuje interakce členů v rodině, jejich vztahy, míru konfliktů a soudržnosti, adaptabilitu, organizovanost a kvalitu komunikace. Zdravé rodinné fungování se v rodině projevuje jasnou komunikací, dobře definovanými rolemi, kohezí a přiměřenou regulací emocí. Naopak rodiny s horším fungováním se značí vysokou mírou konfliktů, dezorganizací a nízkou kontrolou nad emocemi a chováním (Lewandowski et al., 2010).

V roce 2014 byl publikován systematický přehled literatury o fungování rodiny napříč všemi diagnózami poruch příjmu potravy, do kterého bylo zahrnuto 17 výzkumných prací (Holtom-Viesel & Allan, 2014). Souhrn studií neidentifikoval předpokládaný specifický vzorec dysfunkčního fungování v rodinách, ve kterých dítě trpí PPP, jak předpokládal například Minuchin a kol. (1978), kteří tyto rodiny a jejich soubor charakteristik pojmenovali jako „psychosomatické“. I přesto se však většina studií shodovala v tvrzení, že rodiny zasažené PPP vnímaly rodinné fungování hůře než kontrolní, zdravé skupiny (Emanuelli et al., 2004).

Pokud bychom se podívali dovnitř rodiny s PPP a dali prostor jednotlivým členům, názory na rodinné fungování se rozcházejí. Osoby trpící PPP v několika studiích hodnotily rodinné fungování hůře než jejich rodiče a zároveň hůře než kontrolní skupiny (Kroplewski et al., 2019). Karwautz a kol. (2003) uvádí, že se pacientky cítily méně autonomní a vnímaly vyšší míru soudržnosti rodiny než jejich sestry. Jejich matky tuto nerovnost autonomie mezi sestrami potvrdily. Pacientky také vnímaly rodinu jako konfliktnější a dysfunkční z hlediska řešení problémů a komunikace (Emanuelli et al., 2004). Dále připisovaly rodině méně usnadňujících a více omezujících rodinných pravidel, na rozdíl od zbylých členů (Gillett et al., 2009). Rodiče často hodnotili rodinu kladněji než pacienti, což se projevilo např. v prvcích soudržnosti a afektivní expresivity (Stern et al., 1989)

Výsledky studií se však ve specifických prvcích fungování rodiny rozcházejí a nedá se ani usuzovat, že by vnímaná dysfunkčnost rodiny mohla sloužit jako prekurzor rozvoje PPP. Vůči vnímání rodiny jako příčiny pro PPP se vymezuje i Akademie poruch příjmu potravy, která uvedla, že je „pevně proti jakémukoliv etiologickému modelu poruch příjmu potravy, ve kterém jsou rodinné vlivy považovány za primární příčinu mentální anorexie nebo mentální bulimie“ (Le Grange et al., 2009). Často bývají právě neshody v rodině až důsledkem propuknutí tohoto onemocnění, se kterým se rodina musí konfrontovat a řešit její.

Zajímavé a zásadní je zjištění, že pokud měli pacienti náhled na rodinné fungování pozitivnější, měli zároveň lepší výsledky v léčbě bez ohledu na závažnost jejich stavu (Gowers et al., 2000). Objevuje se tedy jistá pozitivní korelace mezi vnímáním fungování rodiny pacienta a úspěšností léčby, která má potenciál pro využití v terapeutickém procesu

1.5. Léčba PPP

Léčba poruch příjmu potravy v sobě ukrývá mnoho proměnných ovlivňujících její dobu trvání a úspěšnost. Už jen samotný začátek odborné léčby většinou nereaguje na začátek onemocnění, ale nastává se zpožděním nejčastěji 10-15 let (Ali et al., 2017) v reakci na akutní stav. Důvodů, proč se nedaří podchytit onemocnění zavčas je mnoho a za většinou z nich stojí samotná osoba trpící PPP pod vlivem vlastního negativního sebepojetí, společenských a kulturních norem a samotnou nemocí, která je egosyntonní, tj. je silně propojena s vnímáním sebe sama a jedincovým sebeobrazem (Treasure, Tchanturia, et al., 2005; Wood & Knight, 2015). To může vést k popření symptomů onemocnění a ambivalentnímu přístupu k léčbě a uzdravení, tedy problematickému chování, kterému musí zbytek rodiny čelit. S tímto specifickým prvkem nemoci úzce souvisí anozognózie, kdy si pacient není vědom závažnosti situace a v důsledku subjektivního zkreslení není schopen racionálně uvažovat bez ohledu na inteligenci jedince (Englebert et al., 2018). Dále náhled na situaci ovlivňuje věk pacienta, kdy se nižší věk odráží na míře kritického uvažování a schopnosti introspekce (Papežová, 2018), a také míra malnutrice negativně ovlivňující kognitivní funkce mozku (Scharner & Stengel, 2019).

Pro léčbu nejen mladistvých je doporučován multidisciplinární tým navzájem spolupracujících odborníků, který slouží k zajištění zdravotnické, nutriční a psychologické intervence (Papežová, 2018). Skládat by se proto měl z pediatra či obvodního lékaře, nutričního terapeuta, konzultačního psychiatra, psychologa/terapeuta, zdravotních sester a rodiny. Rozhodnutí o hospitalizaci vychází především ze závažnosti stavu pacienta jak na rovině fyzické, tak psychické. Dále se berou v potaz zdroje během ambulantní léčby a rodinné podmínky. Většina adolescentů se zvládne uzdravovat pouze v ambulantní léčbě, které je považována za efektivnější i z hlediska nákladů (Wood & Knight, 2015). Zároveň však hospitalizace může být tím prospěšnější, čím mladší pacient je, nižší věk často doprovází nižší motivace k léčbě. Vytržení z domácího prostředí, ve kterém rodiče ani pacient

nevládají patologické chování, vzájemnou komunikaci, emoce či otázky rolí, kompetencí a zodpovědnosti (Papežová, 2018).

Léčba mentální anorexie probíhá ve formě nutriční rehabilitace a psychologické intervenci s případným psychofarmakologickým zásahem dle závažnosti stavu pacienta (Papežová, 2018; Zipfel et al., 2015). Cílí se na chování spojené s jídlem a pohybem, příbrání ztracené hmotnosti a obnovení fyziologického zdraví a v neposlední řadě na psychickou pohodu a sebedpřijetí jedincem. Jako jeden z hlavních mechanismů pro změnu chování se využívá expozice a adresování vyhubavého chování. Hildebrandt et al. (2010) předpokládají, že právě expozice může být primární strategií u Family-Based Treatment, která probíhá za účasti rodičů v terénním, domácím prostředí a nemocný se tak může vystavovat nepřijemným situacím vedoucí k uzdravení na denní bázi.

1.5.1. Family-Based Treatment

Jedním z neefektivnějších druhů ambulantní léčby pro dospívající je tzv. Family-Based Treatment (Lock & le Grange, 2005; Wood & Knight, 2015). Jedná se o manualizovanou verzi vycházející z Maudsley Family Therapy (Wufong et al., 2019). Hlavní specifikum FBT spočívá v intenzivním zapojení rodičů (a případně sourozenců) do domácí léčby dítěte trpící PPP, kteří sehrávají klíčovou roli v terapeutickém procesu a stravovacím režimu dítěte. Právě rodina slouží dítěti trpící PPP jako zásadní zdroj podpory, pomáhá mu nabrat zpět ztracenou hmotnost a provází ho na cestě učení se zdravému přístupu ke stravování. Společnými silami „bojují proti anorexii“ (Wufong et al., 2019)

FBT představuje syntézu paradigmatů několika stylů rodinné terapie sloužící k léčbě mentální anorexie. Intervence zahrnuje „rodinná společná jídla“, přesunutí zodpovědnosti za nutriční rehabilitaci na rodiče, agnostický pohled na etiologii onemocnění, neutrální vztah terapeuta k rodinnému systému a externalizaci onemocnění (Wufong et al., 2019).

Léčba průměrně trvá 9 až 12 měsíců a dělí se na 3 fáze: příbrání/stabilizace váhy (1), vrácení kontroly nad stravováním mladistvému (2), rozvíjet mladistvého v jeho autonomii a adresovat ukončení léčby (3) (Zipfel et al., 2015).

V první fázi FBT rodiče řídí stravovací režim dítěte a jedná se o období, kdy většinou nastane největší přírůstek váhy u dítěte. Terapie cílí na osvobození rodičů od jejich přesvědčení, že jsou zodpovědní za nemoc u svého dítěte prostřednictvím vyzdvihování pozitivních aspektů rodičovství. Rodiny jsou vedeny k vybudování vlastního jedinečného systému podpory pomáhající dítěti zvládnout příbrání hmotnosti. Druhá fáze cílí na návrat kontroly nad jídelním režimem dítěte způsobem odpovídajícím jeho věku. Výsledkem třetí fáze je nakonec budování zdravého vztahu mezi rodiči a dítětem a dává větší prostor k řešení psychických problémů vzhledem k jeho vývoji (Zipfel et al., 2015).

Jak z popisu léčby plyne, rodiče jsou silně zainteresováni do vývoje léčby dítěte. Je na ně přímo i nepřímou kladena zodpovědnost za průběh léčby ať už od okolí, zdravotníků nebo nich samotných. Rodiče hledají svoji roli v léčbě, která se liší od přirozené role rodiče a zároveň i přes jisté podobnosti od odborné pomoci. Musejí si s dítětem prožívat projevy onemocnění vedoucí ke konfliktním situacím. Z toho důvodů je užitečné rozlišovat osobnost dítěte od PPP a vytvářet prostředí, které podporuje jeho osobnost a vylučuje PPP bez špetky tolerance (Honey & Halse, 2006). Aby tedy mohla být tato strategie úspěšná, je důležité mobilizovat a podporovat rodiče v náročné komunikaci s pacientem (Wood & Knight, 2015) a to nejen během průběhu léčby, ale i ideálně po jejím ukončení. Wuflong a kol. (2019) uvádějí, že právě obavy z budoucnosti ve stylu „Co bude potom?“ se u pečovatelů dětí s MA často vyskytují.

Z toho důvodu se vyvinul další přístup, tzv. New Maudsley Approach, který předpokládá, že rodiče dětí trpící MA zažívají vysokou míru stresu a distresu už ze začátku a zahrnuje prvky motivačního rozhovoru do jejich tréninku (Treasure et al., 2016).

V dosavadní literatuře stojí za povšimnutí nedostatek prostoru pro zkušenosti rodičů a jejich pohled na strukturu a komponenty intervencí (Sibeoni et al., 2017). Není neobvyklé, že se pojetí cíle léčby liší nejen ze stran pacienta a rodičů, kteří se více orientují na psychické a sociální fungování (Fisher et al., 2018) a očekávají vyřešení somatické příčiny onemocnění, ale i samotných zdravotníků. Ti se často orientují na příbrání hmotnosti a změně chování. Výsledkem takového pojetí je sice oficiálně ukončená léčba, ale neoficiálně stále aktuální smýšlení pod vlivem PPP. Fyzické uzdravení s absencí psychického uzdravení se nazývá „pseudorecovery“ (Sibeoni et al., 2017).

Výskyt relapsu během léčby je poměrně vysoký. Metaanalýza z roku 2018 uvádí, že až 31 % pacientů po ukončení léčby relapsovalo. Nejvyšší riziko návratu onemocnění je po prvním roce propuštění z nemocnice, ale vyšší pravděpodobnost relapsu trvá až dva roky (Berends et al., 2018).

Je ovšem otázkou diskuse, zda ukončení léčby vylučuje přítomnost nemoci. Nejen v široké veřejnosti, ale i mezi lékaři často panuje stigma, že mentální anorexie, potažmo poruchy příjmu potravy, jsou nevléčitelným onemocněním, což se automaticky může přenést na pacienta a demotivovat ho od snahy k úplnému uzdravení. Naopak se také stává, že pacient je považován za vyléčeného jakmile dosáhne normálního BMI. Couturier a Lock (2006) uvádějí, že průměrná doba pro příbrání ztracené váhy z podváhy u pacienta byla mírně nad 11 měsíců, zatímco pro vymizení psychických symptomů byla 22 měsíců, což je doba o polovinu delší. Nemálo lidí se spokojí se stavem, ve kterém jsou schopni normálně žít a fungovat navzdory přetrvávajícím úzkostem z jistých potravin, množství pohybu či jiných aspektů onemocnění. Tyto symptomy značící nedokončenou léčbu jsou však pro ostatní lidi a společnost neviditelné a často ani samotný pacient neví, že naprosté uzdravení a normální vztah k jídlu a pohybu vypadá jinak. Právě to ho také činí zranitelnějším vůči rizikovým situacím vedoucím k relapsu (Keski-Rahkonen & Tozzi, 2005).

1.6. Stres a coping pečovatелů

Jak již bylo nastíněno, rodiče hrají v léčbě dítěte zásadní roli, zvláště v případě Family-Based treatment. Nejen z toho důvodu se výzkum začíná více zajímat o emoční prožívání opatrovníků, jejichž děti byly zasaženy duševním onemocněním.

Rodiče se často vnímají ve funkci „neprofesionálního pečovatele“ a musí se vypořádat se stresem pramenícím z této přidělené funkce. Výsledky studie Treasure a kol. (2001) dokonce naznačují, že pečovatelé o dospělé pacienty s PPP zažívají vyšší míru úzkosti než pečovatelé pacientů s psychózou. Jako prediktor úzkosti se v jeho studii ukázalo být negativní hodnocení nemoci. Kyriacou a kol. (2008) ve své studii uvádějí, že přes 50 % pečovatелů o dítě s MA skórovalo nad klinickou hranici úzkosti a 13 % pečovatелů pro diagnostiku klinické deprese, přičemž s mírnými depresivními stavy se setkalo celkem 38 % z nich.

Více zasaženým pohlavím pro tyto negativní psychické symptomy byly matky, které zažívaly větší míru pocitu zatížení, zjetí v roli pečovatele a ztrátu sebe sama, než otcové (Kyriacou et al., 2008). Je tedy možné, že nároky na péči o dítě s MA si mohou vybrat větší daň na matkách než na otcích v podobě vyšší míry stresu a napětí, zvláště pokud svoji pečovatelskou roli internalizují a vnímají ji jako všezahrnující. K tomu mohou přispět další intervenující proměnné, jako například přerušování práce na plný úvazek, které u matek často nastává kvůli nárokům léčby dítěte. Práce může sloužit jako ochranný faktor proti vypětí a úzkosti pečovatелů umožňující oddech a náhradní roli, kterou pečovatelé ovládají. Více výzkumů navrhuje větší podporu matek během léčby dítěte s PPP, jelikož se ukazuje vyšší míra emočního vypětí a stresu v důsledku množství společně stráveného času s nemocným dítětem. Zvláště u pacientů s chronickou formou PPP se objevuje větší závislost na rodičích, což zároveň vede k větší zátěži pečovatелů, izolaci a frustraci z nemoci. V případě dospělých může být domácí léčba lepší strategií léčby (Gowers et al., 2000).

Rodiče zatěžuje onemocnění u dítěte na vícero rovinách (Svensson et al., 2013). Na emocionální úrovni často zažívají jak obavy o nemocného, tak o jeho sourozence a další členy rodiny, jež rodinná situace ovlivňuje (Treasure, Whitaker, et al., 2005). U vnímání nemocného pak nastává mírná ambivalence, kdy se objevuje na jednu stranu hněv na chování dítěte kvůli PPP, na straně druhé pak soucit, obavy o budoucnost dítěte a strach z jeho smrti. S distresem pečovatелů se také pojí bezmoc a ztráta kontroly nad nemocí či pesimistické vyhlídky a negativní trvalé dopady nemoci (Whitney et al., 2005). Během léčby se musejí vyrovnávat s vinou, kterou si přikládají za vznik tohoto onemocnění, studem pramenící ze společenského stigma, předsudků a stereotypů ohledně PPP a v neposlední řadě frustrací pramenící z bezmoci vůči onemocnění (Whitney et al., 2005).

Na sociální rovině pečovatelé silně pocítují izolaci, kdy nemoc dítěte zaujme přední příčku priorit rodičů a oni tak musí přizpůsobit své plány a chování tomuto onemocnění (Hillege et al., 2006).

V nemalé míře to vede k omezení jejich volného času a jiných aktivit, kdy si připadají, že se opět musí starat o batole. Nejen samotné onemocnění, ale primárně léčba je hlavní důvodem izolace, během které musí rodiče čelit konfliktním situacím jak během společného stolování, tak i v mezičase opět kvůli jídlu, rutin či cvičení. Sociální kontakty jsou narušeny nejen ve společnosti, ale i v rodině na úrovni manželů či sourozenců (Hillege et al., 2006; Whitney et al., 2005). Ti například uváděli, že se styděli vodit přátele domů kvůli výbušným konfliktům točící se kolem PPP. Někteří zase plně nepochopili podstatu onemocnění a nemocného sourozence vnímali jako člověka, který se tímto způsobem chová záměrně (Svensson et al., 2013).

Typickými reakcemi na onemocnění dítěte u rodičů bývá nadměrná starostlivost a vysoká expresivita. Tyto reakce jsou zároveň úzce propojeny s distresem a vyhořením pečovatелů (Treasure, Whitaker, et al., 2005; Whitney et al., 2005). Mezi některé maladaptivní copingové mechanismy je negativní přístup k nemoci, který se může jevit jako hostilita a kritika směrem k pacientovi i sobě samému (Kyriacou et al., 2008).

Je tedy zřetelné, že onemocnění dítěte zasahuje nejen samotného pacienta, ale celou rodinu, se kterou sdílí každodenní život se závažným dopadem na stres pečovatелů a rodičů.

2. Rodinná resilience

2.1. Individuální resilience

Pojem resilience znamená podle slovníku cizích slov nezdolnost, odolnost či houževnatost. Na půdě psychologie je převážně zkoumána z pohledu vývojové a pozitivní psychologie zaměřující se na faktory, které ji pozitivně a negativně ovlivňují, a na její důsledky na duševní zdraví. V odborné literatuře se často definuje jako schopnost odolat a odrazit se od rušivých životních výzev (Walsh, 2016). Zahrnuje dynamické procesy podporující pozitivní adaptaci v kontextu významné nepřízně osudu (Masten & Cicchetti, 2016).

Pro správné pochopení konceptu resilience rodiny je potřebné správné vymezení od odolnosti jedince. Mezi prvními, kdo se začali individuální odolností zabývat, byl Antonovsky, který označoval vysokou funkcionalitu lidí, jež přežili holokaust, jako *salutogeneze* (Antonovsky, 1996). Hermann a kol. (2011) udávají, že resilience odkazuje k pozitivní adaptaci nebo schopnosti zachovat si duševní zdraví navzdory zažívání nepřízně osudu.

Resilience jednotlivce se začala zkoumat také na základě studií dětí, které fungovaly kompetentně navzdory vystavení významnému riziku v podobě dysfunkční rodiny (Masten, 1994; Rutter, 1987). Další zkoumání se zabývalo důvody, proč se někteří lidé v zátěžových situacích mohou pyšnit úspěšným zvládnutím situace (copingem), zatímco většina lidí vykazuje v daných rizikových situacích symptomy dysfunkčního chování. Masten a Coatsworth (1998) objasnili tři podmínky, které jsou klíčové pro posouzení odolnosti u jednotlivců a které se zároveň dají paralelně přenést i na zkoumání rodinné resilience: výsledek na úrovni jedince/rodiny musí být konceptualizován způsobem umožňujícím posoudit míru kompetence jedince/rodiny pro úspěšné zvládnutí (1), existence jistého rizika spojeného s očekáváním neúspěšného zvládnutí jedincem/rodinou (2), obranné mechanismy bránící špatnému očekávanému výsledku (3).

Jak už z uvedených definic vyplývá, resilience se posuzuje podle reakce jednotky (jedince či skupiny) na vystavení kritickému faktoru, resp. významnému riziku, po kterém se projeví buď bonadaptivní nebo maladaptivní zvládnutí situace. Definice významného rizika je však problematická vzhledem k individuálním odlišnostem ve vnímání stresu, protože co může být stresující pro jednoho člověka, nemusí být stresující pro jiného. Statisticky by se dalo usoudit, že rizikový faktor je takový podnět, který spouští u většiny zdravé populace symptomy dysfunkčního, maladaptivního chování. Rutter (1987) uvádí, že z toho důvodu by riziko mělo být posuzováno spíše z hlediska mechanismů zvládnutí než kritických faktorů samotných. Objektivní úsudky o závažnosti stresu jsou tedy důležité, ale významnějším faktorem ovlivňujícím reakci na stres jsou subjektivní úsudky, které jsou označovány jako *primární hodnocení* osoby prožívající stres (Lazarus & Folkman, 1984). Jde o udělení významu stresující situaci a zhodnocení svých kompetencí pro její zvládnutí.

Je stále otázkou diskuse, nakolik je odolnost vrozeným osobnostním rysem a nakolik získanou kompetencí a dynamickým procesem. Poslední vlna výzkumů dochází k závěru, že resilience je komplexní fenomén, jenž je určován interakcí jedince s jeho osobnostními charakteristikami a vnějším prostředím (lidé, kultura, společnost, politika, ekonomický kontext) (Ungar et al. 2007).

2.2. Rodinná resilience

Rodinná resilience, nebo také odolnost rodiny, představuje relativně moderní pojem popisující kapacitu rodiny (jakožto funkčního systému) ustát stresující životní situace, odrazit se od nich a vyjít z nich silnější a důvtipnější (Walsh, 2016). Náročné události mají pro partnerské páry a rodiny potenciál k tomu stát se silnějšími, láskyplnějšími a vynalézavějšími při řešení budoucích výzev (Walsh, 2016). Ačkoliv jsou některé rodiny zranitelnější nebo čelí náročnějším výzvám než jiné, rodinná resilience vychází z potenciálu rodin posílit svou odolnost při překonávání problémů (Walsh, 2016). Tento koncept rozšiřuje teorie vývoje rodiny, teorie rodinných systémů a výzkumy zabývající se rodinným stresem, zvládáním a adaptací (Patterson, 2002).

Nejzásadnější rozdíl mezi resiliencí individuální a rodinnou spočívá v zahrnutí do jednotky minimálně dva členy rodiny. K resilienci jedince se zde přidává význam a funkčnost rodinných vztahů, interakcí a komunikace. Resilience rodiny tedy můžeme chápat jako výsledek adaptace jednotlivých členů jako jednoho celku a jako produkt rodinných vztahů (Patterson, 2002).

Výsledná resilience rodiny je produktem jak individuální odolnosti jednotlivých členů, tak zároveň vzájemného ovlivňování a socializace v rodině. V nepříznivých situacích je rodinný přístup a reakce rozhodující pro odolnost všech členů včetně dětí i seniorů (Walsh, 2016). Podle teorie rodinných systémů je základním předpokladem, že vážná krize a přetrvávající životní výzvy mají dopad na celou rodinu. Výslednou adaptaci pro všechny jednotlivé členy, jejich vztahy a rodinnou jednotkou pak zprostředkovávají klíčové rodinné procesy (Walsh, 2016).

Jestliže bychom vnímali resilienci rodiny čistě jako dynamický proces, znamenalo by to, že rodiny nemusí být odolné po celou dobu jedné krize. Paralelně tento jev můžeme vidět i na zmíněných dětech, které během vývoje a různých kritických fázích vykazují různou míru resilience (Luthar & Cicchetti, 2000). Tímto způsobem nahlíží na odolnost vývojová perspektiva rodinné odolnosti (Walsh, 2016). Přeneseno na rodinu se může například stát, že rodina první nával stresu v krizové situaci zvládne dobře, ale pokud se stres dále kumuluje s novými stresujícími okolnostmi, resilience může klesat. To se může například projevit v případě, že člen rodiny je zasažen onemocněním, které se v průběhu času vyvíjí a určité fáze nemoci ukládají na rodinu nové psychosociální požadavky (Rolland, 1987). Po zdravotní krizi mohou následovat různé vývoje situace: plné uzdravení a obnovení normálního života (1), „horská dráha“ střídající remise a recidivy (2), zhoršující průběh nemoci (3). Vzhledem ke komplikovanosti vývoje mohou být různé strategie více či méně užitečné v průběhu času

v závislosti na jejich přizpůsobení se požadavkům aktuální situace. Rodina tedy nemusí být resilientní po celou dobu a za všech okolností (Patterson, 2002).

2.3. FAAR model

Koncept rodinné resilience popisuje míru adaptability na krizové situace v rámci rodiny. Právě adaptace je významným procesem vysvětlující rozdíl mezi efektivním zvládnutím krizí namísto dysfunkčního, maladaptivního chování. Předpokládá se, že čím vyšší adaptabilitou (přizpůsobivostí) jedinec či sociální skupina disponuje, tím odolnější je vůči rizikovým faktorům.

Mezi prvními, kdo se zabývali rodinnou reakcí na stres, byl Reuben Hill (1958), který zkoumal odpověď rodiny na předválečnou separaci a následné spojení rodiny po ukončení války. Reakci popsal v modelu ABCX Family Crisis Model, kdy interakce A (stresující událost), B (rodinné zdroje po setkání s krizí) a C (význam rodiny připisující dané stresující události) produkuje X (krize). Uvedený model se poté využíval během 70. let 20. století v longitudinálních studiích zkoumajících rodiny, ve kterých byl otec/manžel uvězněn nebo se pohřešoval ve válce ve Vietnamu (McCubbin et al., 1975, 1976). Dle rodiny procházely třemi stádii adaptace, jimiž jsou rezistence, restrukturační a konsolidace (McCubbin & Patterson, 1983).

ACBX modelem se inspirovala Patterson a navázala na něj vlastním pojetím stresové reakce a adaptace rodiny v modelu FAAR (1988), *Family Adjustment and Adaptation Response*, v překladu „rodinná adjustace a adaptace“ zabývající se rodinným vnímáním a zvládnutím stresu. Popisuje jím vývoj adaptace rodiny na krizovou situaci dělící se na fázi *adjustace* a *adaptace* pomocí tří hlavních proměnných: *požadavky* kladené na rodinu (1), *kompetence* rodiny (2) a *význam*, jenž rodina krizové situaci přikládá (3).

Zásadním bodem tohoto dynamického procesu je krize, období vážného narušení rovnováhy mezi kompetencemi a schopnostmi rodiny. Jedná se o situaci následující po expozici významnému riziku, jehož nově přichozí požadavky převyšují aktuální schopnosti rodiny potřebné k vyřešení situace. Obecně požadavky zahrnují stresory a zátěž pro rodinu, v konkrétních případech se může jednat například o přírodní katastrofu, ekonomické problémy, úmrtí v rodině či onemocnění člena rodiny.

Perspektiva významného rizika se opírá o pozorování negativních dopadů, které zažívá většina rodin vystavených danému riziku. Významné riziko lze posoudit na základě normativních údajů dokládajících špatné výsledky pozorovatelné v maladaptivním řešení situace (Patterson, 2002). Zároveň je však důležité riziko zkoumat především z hlediska mechanismů rodiny než faktorů samotných, jelikož pro každou rodinu mohou být stresující odlišné či různě intenzivní podněty (Rutter, 1987).

Rizika jsou často kaskádovitá, čímž se rozumí, že jedno riziko vede k dalšímu (Rutter, 1987). Pro takové hromadění zdrojů stresu použili McCubbin a Patterson (1983) výraz „hromadění rodinných požadavků“ nastávajících v případě kumulujícího se neuspokojování rodinných potřeb kvůli nedostatečným zdrojům, jimiž rodina disponuje. Zásadním faktorem je definování situace a význam, který rodina situaci přikládá. Její subjektivní hodnocení je rozhodujícím článkem určující zda se rodina vydá cestou *řetězce rizik* nebo *řetězce ochranných mechanismů* (Rutter, 1987). Z tohoto úhlu pohledu je proto důležité kultivovat v rodině systém přesvědčení orientovaných na odкрытие a podpoře individuálních a rodinných předností a silných stránek (Walsh, 1998), aby se mohla vydat cestou protektivních mechanismů.

2.3.1. Fáze modelu FAAR

Jak je zmíněno, model FAAR obsahuje dvě fáze adjustace a adaptace, které jsou odděleny rodinnou krizí (Patterson, 1988).

Fáze adjustace představuje bezprostřední reakci rodiny na nový příchod stresu. Rodina usiluje o překonání krize a vyhovění novým požadavkům již existujícími schopnostmi se záměrem minimálního narušení stávající rodinné struktury a chování. Typy kompetence se dělí na zdroje (1) a copingové chování (2), jimiž se rodina snaží vyhnout velkým změnám v jejich vzorcích interakce a organizace. Přetrvávající rezistence vůči změně nebo nedostatečná adjustace znamená, že se v rodině prohlubují nefunkční vzorce chování na daný stresor, což vede k objevení krize a rozvinutí bonadaptivní adaptace nebo maladaptivních způsobů chování (Patterson, 2002).

Během fáze adjustace rodina usiluje o ochranu a zachování sebe sama před změnou za využití tří copingových strategií: vyhýbání, eliminace a asimilace (Patterson, 1988). Strategie *vyhýbání se stresoru* se vyznačuje ignorováním existujícího problému, stejně jako přehlížení nových požadavků, kterým rodina není schopna svými dosavadními kompetencemi vyhovět. *Eliminace* spočívá v aktivním úsilí odstranit nebo eliminovat daný stresor pomocí předefinování jeho významu. *Asimilací* rodina zahrnuje nové požadavky do stávající rodinné struktury a vzorců chování, ačkoliv je v realitě nenaplnjuje. Ve fázi adjustace tedy aktuální zdroje znamenají rezistenci jak vůči novým zdrojům, tak novým schopnostem (Patterson, 1988).

Stává se, že na některé nové stresory opravdu stačí aktuální kompetence rodiny a proces se fází adjustace uzavře bez potřeby dalšího vývoje a změny. Může se však také stát, že rodina místo adaptace kultivuje procesy vedoucí k pokračování nežádoucí situace. Tento jev se v teorii stresu nazývá *zranitelnost* a znamená opak odolnosti, tedy že v rizikových situacích rodina využívá nefunkční vzorce chování přispívající k jejímu zhoršení (McCubbin & Patterson, 1983). Stejně tak tedy není výjimkou, že po nějaké době rodina dojde k uvědomění, že ji stále přetrvávající stresor negativně ovlivňuje a je potřeba vynaložit úsilí k novým možnostem řešení, čímž nastává krizová fáze.

Krise je charakterizována rodinnou dezorganizací a rozrušením, kdy jsou staré vzorce a kompetence vnímány jako nedostačující k vyřešení situace a je potřeba vybudovat nové, efektivní strategie. Většinou je pro rodinu fáze krize nepřijemná a zraňující, zvláště u nenormativních požadavků. V této fázi se začíná měnit struktura rodiny, role jednotlivých členů a vzorce vzájemných interakcí. Tento příchod „nové rodinné etapy“ otevírá fázi adaptace (Patterson, 1988).

Adaptační fázi rodina usiluje o obnovení ideálního stavu rovnováhy mezi kompetencemi a požadavky aktivním vynaložením vlastních sil a energie. Rodina v tuto chvíli úspěšně modifikuje staré vzorce chování a zavádí zcela nové strategie pro vyřešení situace. Zároveň kromě zvýšení kompetencí či snížení požadavků jak na rovině rodinné jednotky mezi členy, tak na rovině mezi rodinou a její komunitou záleží i na významu a hodnocení, které rodina situaci přikládá (Patterson, 1988, 2002). Efektivní adaptace vychází z posílené rodinné identity, jež je vybavena protektivními faktory jako je vzájemná pomoc a podpora, tradice, rituály či specifický jazyk a humor. Tím se zároveň zvyšuje rodinná soudržnost a rodina je schopna krizi překonat (Patterson, 1988).

Výsledkem rodinného úsilí dosáhnout uspokojivého fungování je tedy adjustace a adaptace, které se pohybují na kontinuu od dobrého (úspěšného) po špatný (neúspěšný) výsledek. Dobré výsledky zvládnutí situace se promítají v dobrém psychickém a fyzickém stavu jednotlivých členů rodiny, optimálním fungováním rolí jednotlivých členů a udržení rodinné jednoty, která může dosáhnout svých životních cílů (Patterson, 1995).

2.3.2. Pojetí rovnováhy v modelu FAAR

Krise představuje výsledek nerovnováhy a dezorganizace rodiny a bývá zásadním zlomovým bodem měnící její vnitřní strukturu a interakční vzorce. Ukrývá v sobě potenciál pro růst rodinného systému či jejích členů skrze uvedení rovnováhy mezi požadavky kladené na rodinu a kompetencemi rodiny. Tento růst je charakteristický právě pro fázi adaptace. Rodina se snaží obnovit homeostázu získáním nových (adaptivních) zdrojů a copingu (1), redukcí požadavků, se kterými se musí potýkat (2), nebo změnou v jejím nahlížení a přístupu ke krizové situaci (3) (Patterson, 2002).

Požadavky na rodinný systém dle Patterson (2002) mohou být (a) normativní a nenormativní stresory (diskrétní události v rodině); (b) trvalé rodinné napětí (neřešené, zákeřné napětí); (c) každodenní potíže (drobná narušení denního života). Normativní rodinné požadavky představují očekávané změny v životním cyklu rodiny, jako je svatba nebo narození dítěte. Ačkoli by mohly být v některých případech považovány za významné riziko (např. nechtěné těhotenství), většinou se v souvislosti s resiliencí pracuje s nenormativními požadavky, které označují neočekávané a mnohdy traumatizující události. Typickým představitelem může být chronické onemocnění dítěte, kdy každodenní nároky na jeho léčbu mohou vést k vyvolání dalších rizik, jako je fyzická a psychická únava rodičů, které ovlivňují fungování rodiny.

Kompetence Patterson (1988) definuje jako potenciál rodiny pro zvládnutí požadavků, jež jsou na ni kladeny. Dělí je na (a) materiální a psychosociální zdroje (co rodina má) a (b) způsoby zvládnutí, tedy co rodina dělá. Zmíněné zdroje dále rozlišuje na a) osobnostní zdroje (inteligence, znalosti, osobnostní rysy); b) rodinné zdroje (koheze, přizpůsobivost, jasnost a konzistence v rolích a struktuře, komunikace); c) komunitní zdroje (sociální podpora). FAAR model přisuzuje adjustaci rezistentní kompetence a adaptaci kompetence adaptační.

Význam rodina sdílí na třech rovinách (Patterson, 1995). První rovina spočívá ve významu, jež rodina přikládá konkrétní stresující situaci. Jedná se o subjektivní percepci rodinných kompetencí, požadavků a interních vztahů uvnitř rodinného systému. Některé požadavky mohou vznikat z mylné představy vysokých očekávání, které na sebe rodina klade. Stejně tak se mohou pomocí subjektivního významu posilovat kompetence rodiny například v podobě sebevědomí. Druhá rovina představuje vnímání rodinné identity, tedy že se každý člen cítí být součástí této skupiny. Rodinná identita se projevuje ve viditelných i nevyčtených hodnotách a vztazích, jako jsou rutiny (večerní uspávání dítěte) a rituály (narozeninové oslavy). Třetí rovina zahrnuje rodinný pohled na globální svět, tedy jak si rodina interpretuje realitu, jaké má představy o okolním prostředí nebo jakým způsobem vnímá jedinečný účel své vlastní rodiny ve světě.

Patterson (1988) dále rozlišuje stresory od tzv. *strains*, které lze přeložit jako vnímaná zátěž či napětí. Když se objeví stresor, lze jej relativně lehce definovat, vymežit jeho dobu trvání v čase a jeho výsledným produktem je změna. U zátěže se na rozdíl od stresoru nedá určit jeden určitý bod jejího vzniku, většinou je do jisté míry přítomna ještě před příchodem stresoru a v rodině se objevuje skrytým a o to zákeřnějším způsobem. Jako zdroje stresoru a zátěže Patterson (1988) uvádí individuální potřeby pro přežití a rozvojové úkoly, úlohu rodiny poskytnout stabilitu a rozvoj, změnu sociálních podmínek a onemocnění člena rodiny.

Kromě těchto zdrojů lze vymežit aspoň tři příčiny zátěže (Patterson, 1988). Za prvé se zátěž může objevit z nevyřešeného napětí pramenícím z předchozího stresoru. Za druhé může být zátěž pocíťována kvůli nenaplněnému očekávání o vykonávání přidělené role jak jedincem samotným, tak kvůli očekávání, které má jeho okolí. Jedná se tedy o zklamání, že daná osoba nevykonává funkce své role dle jejího očekávání. Za třetí může být zátěž produktem úsilí o rodinnou adaptaci. V procesu zvládnutí požadavků prostřednictvím kompetencí k dosažení rovnováhy se objevují vzorce individuálního a rodinného chování, které se stabilizují v čase. V některých případech je však toto výsledné úsilí mezi jednotlivými členy nevyváženo a výsledný funkční systém na úrovni rodiny funguje na úkor psychického či fyzického zdraví individua. Tyto maladaptivní, leč stabilní vzorce chování se poté zpětně odráží v rodinném systému ve formě zvýšení požadavků formou kumulující se zátěže.

Opakem významných rizik se staví do protipólu ochranné faktory pomáhající rodině ustát a překonat nepřízeň osudu ještě před příchodem krize, mohou tedy mít preventivní charakter. Lze nahlížet z hlediska individua, rodiny a komunity. Integrativní přehled shrnul zmíněné faktory z 24 studií (Benzies & Mychasiuk, 2009), kdy mezi individuální protektivní faktory zařadil místo kontroly (tzv. *locus of control*), emoční regulaci, sebe-účinnost či efektivní coping. Silná osobnost jednotlivce je základem pro stabilní, podporující rodiny. Komunitní protektivní faktory představují například akceptace vrstevníků, podporující mentoři, bezpeční sousedé a přístup rodiny ke kvalitnímu vzdělávání či odborné pomoci. Rodinné protektivní faktory zahrnují rodinnou strukturu a kohezi, stabilitu v intimním životě partnerů, stimulační prostředí či podporující interakce mezi rodiči a jejich dětmi.

V případě stresoru majícím podobu onemocnění dítěte Patterson (1991) shrnul 9 rodinných strategií a procesů zvládání, které se zdají být pro rodiny protektivní. Jedná se jak o strategie rozvíjející kompetence rodiny, tak práci s významy, které rodina krizi přikládá.

1. Sladění nemoci s ostatními potřebami rodiny
2. Udržování jasných hranic rodiny
3. Rozvoj komunikačních kompetencí
4. Přisuzování pozitivních významů situaci
5. Udržování flexibility rodiny
6. Udržování závazku vůči rodině jako jednotce
7. Zapojení do aktivního úsilí o zvládání
8. Udržování sociální integrace
9. Rozvíjení vztahů spolupráce s profesionály

2.4. Funkce rodiny ve vztahu k resilienci

Na resilienci by se dle Patterson (2002) dalo nahlížet podle plnění funkcí, kterými rodina zabezpečuje své členy. Fungování rodiny se obvykle používá k popsání vztahových procesů uvnitř rodiny (Walsh, 1998), avšak jinými slovy jde o způsob, jakým rodina své funkce naplňuje.

Resilience rodiny spočívá v obnovení rovnováhy mezi kompetencemi rodiny a požadavky na dvou rovinách transakce. První rovina výměny probíhá mezi členy rodiny a rodinou jako jednotným systémem. Druhá rovina pak zahrnuje rodinnou jednotku a komunitu či vnější společnost. Pokud rodina rovnováhu úspěšně navrátí, lze pozorovat bonadaptaci v podobě rozvoje individuálních členů v rodině a jejich vůle k udržení rodinné jednotky za cílem dovršení jejich úkolů během životního cyklu (Patterson, 2002).

Ooms (1996) definovala čtyři základní funkce rodiny, jež poskytují podporu jak v interní komunikaci mezi členy, tak v externí komunikaci mezi rodinou a společností. První rodinná funkce

představuje pocit členství a zapojení do rodinné formace, díky které jednotliví členové cítí sounáležitost se skupinou a tvoří si osobní i sociální identitu. Ekonomická podpora (2) poskytuje uspokojení základních fyziologických potřeb jako strava, ubytování, oblečení a další zdroje potřebné k harmonickému vývoji a růstu. Právě umožnění zrání, edukace a socializace jedince (3) je další funkcí doplňující materiální zabezpečení, jejichž výsledkem je zdravý fyziologický vývoj a úspěšnou integraci do společenského systému. Poslední funkcí je ochrana zranitelných členů (4), kteří mohou být definováni znaky jako rané dětství, zdravotní komplikace nebo jiné znevýhodnění. Předpokládá se, že rodina by měla o takového člena pečovat a zabezpečit naplnění i jeho potřeb.

Ačkoliv koncept rodinných funkcí nemusí nutně platit pro postmoderní rodiny, může nabídnout způsob, jak odlišit protektivní faktory od výsledných kompetencí rodinného fungování (Patterson, 2002). Rodina nemusí nutně plnit všechny čtyři funkce pro to, aby byla resilientní stejně jako dítě nemusí být kompetentní ve všech oblastech svého života, aby bylo považováno za odolné (Luthar et al., 2000). Vždy záleží na jedinečném kontextu, ve kterém se rodina či jedinec nachází. Například pro rodinu, ve které je dítě s chronickým zdravotním stavem, bude zásadní funkcí uspokojení potřeb nemocného dítěte a starat se o něj jakožto zranitelného člena narozdíl od rodiny, v níž zranitelný jedinec není. Zároveň se nelze orientovat podle jedné naplněné funkce, protože například v případě ochrany zranitelného člena mohou být ignorovány, odloženy a tím neuspokojeny zbylé potřeby a funkce rodiny (Reiss, Steinglass & Howe, 1993). Při posuzování odolnosti rodiny je potřebné vnímat plnění funkcí rodiny komplexně včetně začlenění dlouhodobé perspektivy.

Naplněné funkce před příchodem krize by se daly považovat za protektivní faktor (Patterson, 2002). Některé rodiny se však setkávají s výzvami života již s počátečním deficitem nenaplněných funkcí a i přesto mohou nové požadavky zvládnout, čímž se plnění funkcí a tím i odolnost rodiny mohou v konečném důsledku zlepšit. Například mladé rodiny, které zprvu nevykazovaly kompetence v pečovatelské, ekonomické a sociální funkci, postupem času tyto kompetence nabyly a překonání významného rizika v podobě péče o malé dítě v rané dospělosti je učinilo kompetentnějšími i odolnějšími (Corcoran, 1998). Tato dynamika plnění funkcí a resilience se může projevit také opačnou cestou, kdy se obecně úspěšná rodina setkala s významným rizikem, který vedl k poklesu v jedné z funkcí (Luthar & Cicchetti, 2000).

Přestože tedy odolnost rodiny nevyžaduje schopnost rodiny plnit všechny její funkce, ukazuje se úzké propojení mezi resiliencí a úspěšným plněním funkcí. Tyto dynamické procesy jsou však mezi rodinami a kulturami velmi rozmanité a je důležité posuzovat rodinný systém vždy v jeho jedinečnosti.

Walsh (2003) popsala klíčové procesy v rodinné resilienci, které rozdělila do tří kategorií: rodinný systém víry, organizační vzorce, komunikace a řešení problémů. Každé kategorii poté přiřadila strategie, které pomáhají rodině překonat náročné životní situace.

Rodinný systém víry

1. Dát smysl různorodosti
2. Pozitivní náhled
3. Transendence a spiritualita

Organizační vzorce

4. Flexibilita
5. Propojenost
6. Sociální a ekonomické zdroje

Komunikace/řešení problémů

7. Jasnost
8. Otevřená emotivní exprese
9. Propracované řešení problémů

3. Vliv mentální anorexie na rodinnou resilienci

Závěrečná část přehledově-literární práce se snaží propojit koncept rodinné resilience s léčbou mentální anorexie. Cílí na identifikaci mechanismů posilující rodinnou resilienci z dosavadní literatury pro zefektivnění léčby a zároveň zkvalitnění života všech zúčastněných.

V modelu FAAR je vysvětlen proces adaptace rodiny na zátěžovou situaci, který spočívá ve vyvážení požadavků kladených na rodinu, jejími kompetencemi problém vyřešit a významem, jenž rodina této situaci dává. Pakliže by se do této šablony zasadila rodina, ve které nezletilé dítě onemocnělo mentální anorexií, dalo by se interpretovat toto onemocnění jako krizová situace přinášející nové požadavky v podobě léčby dítěte. Rodina musí zvýšit své kompetence, aby léčba byla efektivní a zároveň pracovat s významem, který situaci přisuzuje. Změna významu může proběhnout pomocí přerámování situace z něčeho beznadějného, zoufalého („proč se to stalo zrovna nám?“) na pozitivní přínos nových dovedností a způsobů myšlení pro celou rodinu (Patterson, 1995).

Jak je uvedeno výše, Patterson (1988) vymezila tři příčiny zátěže, jež rodina může zažívat. Následující část práce navrhne možné způsoby, jak se tyto zátěže mohou projevit u rodiny, ve které je mladistvý zasažen mentální anorexií. Za prvé, rodina si může zátěž do nové situace přinést z předchozího nevyřešeného stresoru a zátěže se tak kumulují. Je normální, že během života lidé neustále čelí problémům krátkodobého, dlouhodobého, u některých i trvalého charakteru (např. ve smyslu chronického onemocnění). Před příchodem MA do rodiny se může jednat o zátěž pramenící například z nefunkční interní komunikace či jiných situacích nevztahující se k onemocnění (např. změna práce, školy, rozvod, konflikty v rodině, ekonomické problémy atd). Zároveň by se na neukončenou zátěž dalo nahlížet z hlediska opakujících se relapsů. Zpětné propady do akutní fáze onemocnění i přes stabilizovaný stav, propuštění z hospitalizace nebo ukončenou léčbu, jsou u mentální anorexie časté. Týká se až 31 % pacientů po ukončení léčby s nejvyšším rizikem relapsu v období prvního roku po propuštění (Berends et al., 2018). Adolescenti se často během hospitalizace i přes váhovou restoraci nezbaví myšlení a vnímání ovlivněném mentální anorexií a po léčbě, která končí zvýšením hmotnosti, u nich zůstává stejná míra nespokojenosti s vlastním tělem, chůzí po štíhlosti nebo obavami o svou váhu a tvar těla (Fennig et al., 2017). Eliminace těchto psychických faktorů přitom může být klíčová k redukci rizika relapsu po propuštění (Fennig et al., 2017). Ač tedy u pacienta proběhne nárůst hmotnosti, nemusí být zároveň v psychicky stabilizovaném stavu, čímž se zvyšuje riziko obnovení či prohlubování patologických vzorců chování a myšlení. Pakliže se pacient opakovaně vrací do života ohrožujícího stavu, rodiče mohou ztrácet naději na kompletní uzdravení svého dítěte a v případě uzdravení mohou být stále ve stresu, kdy se celý cyklus relapsu a léčby bude znovu opakovat.

Pokud vypadá pacient zdravě, lehce se psychické symptomy MA skryjí. Axelsen (2009) o tomto stavu hovoří jako o tzv. *quasi recovery*, ve kterém se projevy mentální anorexie skryjí za společensky

akceptované chování. Zátěž z relapsů a nedokončené léčby se však projevuje až po začátku onemocnění.

Za druhé může zátěž pramenit z nenaplněných očekávání jednotlivých členů rodiny o průběhu léčby (Honey & Halse, 2006). Léčba mentální anorexie je u většiny rodin výzvou na pochopení mentálního onemocnění, se kterým se doposud v takové blízkosti nesetkali. Rodiče jsou často ustaveni do role neprofesionálního pečovatele, kdy z této zodpovědnosti může pramenit tlak na tempo a úspěšnost uzdravování dítěte. Nejen rodiče, ale i sourozenci mohou mít strach, aby neudělali v léčbě něco špatně, nevědomou chybou a nezhoršili tím jeho stav. Ač je každý případ individuální, průměrná doba léčby se odhaduje na 5 až 6 let (Treasure, Tchanturia, et al., 2005), jedná se tedy o dlouhý proces, který je nelineární a velmi dynamický. Může se tedy jednat o zklamání nejen kvůli průběhu léčby v rámci týdnů či měsíců, ale i let kvůli mylným očekáváním o době léčby (Honey & Halse, 2006).

Poslední zdroj zátěže podle Pattersona (1988) vychází z úsilí o rodinnou adjustaci a adaptaci prostřednictvím potlačení svých potřeb. Tato zátěž je produktem procesu přizpůsobení se krizové situaci neefektivním, maladaptivním způsobem. U rodičů se maladaptace může projevit zhoršenou kvalitou duševního zdraví a psychickou nepohodou vyúsťující až v deprese, úzkosti či alkoholismus. Kyriacou (2008) uvádí, že až 50 % pečovatelů o dítě s MA skórovalo nad hranici pro diagnostiku klinické úzkosti a 13 % pečovatelů nad hranici klinické deprese. Výsledky studie také naznačují, že vnímaná zátěž se liší podle pohlaví rodiče, konkrétně že léčba dítěte vyžaduje vyšší daň u matek než u otců, které skórovaly vyšší mírou prožívaného distresu.

3.1. Řešení

3.1.1. Protektivní faktory

Ještě před příchodem rizikových událostí a krize můžeme uvažovat o řešení krizové situace z hlediska primární prevence a protektivních faktorů, které rodina může rozvíjet i v období stability a rovnováhy. Díky nim lze redukovat negativní reakce na rizikové události, podporovat resilienci, využívat strategie pro udržení pozitivního výsledku a vytvářet vhodné příležitosti pro rodinné pečovatele (Rutter, 1987).

Patterson (1991), jejíž 9 protektivních strategií bylo uvedeno výše, se tímto pohledem na resilienci zabývali i další výzkumníci. Zausnewski, Bekher a Suresky (2010) ve svém integrativním přehledu, ve kterém zkoumali rodinnou resilienci v případě, že jeden člen byl zasažen mentálním onemocněním, shrnuli jako protektivní faktory následující: hodnocení rodinné kontroly, pozitivní přístup rodiny, víra a náboženství jedince, edukace o duševním zdraví, sociální podporu, pozitivní kognici, uplynulou dobou od stanovení diagnózy a věk obdržitele péče (nemocného). V přehledu dále popsali rodinnou resilienci prostřednictvím indikátorů nasvědčujících pozitivní výsledky, jimiž jsou přijetí situace, míra odolnosti, dokonalé zvládnutí (mastery), naděje, sebe-účinnost, smysl koherence a smysl života a kultivace vlastních zdrojů.

3.1.2. Požadavky

Onemocnění dítěte klade na rodinu nové požadavky nenormativního charakteru (Patterson, 2002), které vyžadují jistou míru edukace ke zvýšení efektivity léčby. Rodiče se často cítí být pod tlakem, aby dítěti nezáměrně neublížili. S dítětem musí prožívat konfliktní situace na každodenní bázi, zároveň však musí rodinu stále ekonomicky zajišťovat a poskytovat všem členům naplnění jejich potřeb. Jedná se tedy jak o požadavky v rámci funkcí normálně fungující rodiny, tak o nový příval požadavků přicházející s onemocněním a léčbou.

Zvláště za využití Family Based Treatment jsou rodiče v roli neprofesionálního pečovatele, jenž se aktivně podílí v léčbě dítěte téměř neustále. Není výjimkou, že si jeden z rodičů vezme (někdy i opakovaně) v práci nemocenskou a střeží dítě celé dny v kuse bez odpočinku. Velmi rychle mu totiž dojde, že právě na jeho nepozornost nemocné dítě čeká (Svensson et al., 2013). Nejen uvolnění z práce, ale i finanční náklady na léčbu v podobě placení za terapeutickou léčbu zvýrazňují požadavek na ekonomické zabezpečení rodiny (Hillege et al., 2006).

Hlavní požadavek na celou rodinu je respektování probíhajícího onemocnění u jednoho z jejích členů a přizpůsobení svého života této situaci. Lze mluvit o částečném snížení svých potřeb, protože nemocný vyžaduje konstantní dohled a kontrolu. Právě tento nemalý požadavek na investici času a energie může u rodičů vést k redukci sociálního života a interpersonálních vztahů nebo již zmíněnému uvolnění z práce (Hillege et al., 2006). Je obvyklé, že onemocnění, léčba a daný člen rodiny se stává ústředním bodem většiny diskusí a rozhovorů mezi členy, což vyžaduje respekt a pochopení nejen ze strany rodičů, ale i sourozenců, kteří se mohou cítit opomíjeni. Stává se, že danému členu jeho zvláštní chování pramenící z nemoci nevěří a nedokážou oddělit identitu dotyčného od projevů onemocnění (Svensson et al., 2013).

Z uvedené literatury bych vymezila za hlavní požadavky na rodinu následující: zodpovědnost za léčbu, udržování normálního rodinného fungování jak v rámci interpersonálních vztahů, tak na ekonomické rovině, ohleduplnost na všechny rodinné členy, edukace o onemocnění, vysvětlování problematiky onemocnění širšímu okolí, výdrž, respekt a trpělivost směrem k onemocnění a ostražitost na projevy MA u dotyčného.

3.1.3. Kompetence

Jeden ze způsobů k obnovení rovnováhy pramenící z nových požadavků je zvýšení jejich kompetencí (Patterson, 2002). Léčba vyžaduje přijetí rolí, které si jednotliví členi musí osvojit, aby mohli správně vykonávat dané funkce. U rodičů se jedná zejména o kompetence vedení nemocného směrem k uzdravení, zároveň by se nemělo opomíjet udržování a rozvoj dosavadních kompetencí v rámci normálního rodinného fungování. U sourozenců je důležité získat dostatečné porozumění pro

nemocného člena a pochopit jeho onemocnění, aby zvládl tuto dočasnou, leč dlouhodobou rodinnou situaci ustát bez pocitů újmy a zapomnění jeho vlastních potřeb (Svensson et al., 2013).

V rámci rodiny bych tedy vyzdvihla kompetence převážně v oblasti edukace o onemocnění (Honey & Halse, 2006) a komunikace jak směrem k nemocnému, tak mezi všemi členy rodinné jednotky. Obtížné chování, odmítání pomoci pečovatele a vyšší míra symptomů MA u dítěte vedou k vyšší míře distresu u pečovatelů (Kyriacou et al., 2008), proto je důležité rozvíjet schopnosti pečovatelů, jež jim pomohou adekvátně na dítě reagovat a učiní je imunnějšími vůči negativním emocím. Jako přínosné se jeví umět rozlišit pravou osobnost dítěte od patologického chování pramenící z MA. Tato separace nemoci od osobnosti pacienta je přínosná jak u samotného pacienta, jenž si často musí projít procesem znovuvybudování nové identity bez poruchy příjmu potravy, se kterou se identifikuje (Grogan et al., 2021), tak i u jeho sourozenců a rodičů. Pečovatelé tráví s nemocným dítětem hodně času a jsou svědky patologického chování a postojů komplikující každodenní život všech zúčastněných (Honey & Halse, 2006; Whitney et al., 2005). Někteří rodiče považují za efektivní během komunikace se svým dítětem trpící MA zdůraznit, že své dítě vnímají a milují ho, ale anorexii tolerovat nehodlají. Vysvětlují mu, že pokud udělají něco, co se dítěti nelíbí, tak je to jejich boj proti anorexii, nikoliv proti němu samotnému (Wufong et al., 2019).

Zpětná reflexe konfliktních situací a projevování vlastních pocitů může přispět k soudržnosti rodiny a bezpečného prostředí, jež mohou přispět k efektivnější léčbě nemocného (Patterson, 1995; Svensson et al., 2013). Kromě zlepšení komunikace v rámci rodiny, se ukazuje jako přínosná schopnost vyhledat pomoc a konzultace s odborníky, kteří mohou významně přispět jak v léčbě onemocnění, tak poskytnout psychologickou péči celé rodinné jednotce (Ali et al., 2017).

3.1.4. Význam

Pro rodiny, které se dosud s mentálním onemocněním neseťkaly, může být náročné nejen pochopit danou diagnózu a důvod jejího vzniku, ale zároveň čelit společenskému stigma či vlastním předsudkům, které o duševních chorobách a konkrétně mentální anorexii mají. Mnozí z široké i odborné veřejnosti věří, že lidé s MA si za svoji nemoc mohou sami, že léčba je jednoduchým a rychlým procesem spočívajícím v pouhém jezení jídla nebo že MA není závažná duševní nemoc (Brelet et al., 2021). Je proto důležité pochopit mentální anorexii nejen z hlediska objektivních informací o onemocnění a léčbě, ale i z hlediska přiložení krizové situaci význam, jenž pomůže rodině situaci přijmout a překonat.

Patterson rozlišuje tři roviny významu ve vztahu k dané situaci (1), k rodinné identitě (2) a k rodinnému pojetí světa (3). Krize má pro rodinu potenciál podporovat stávající fungující významy nebo vytvořit nové v případě, že rodina není schopna svými kompetencemi naplnit kumulující se požadavky. Jedná se o změny v náhledu na situaci a jejich vnímání prostřednictvím přenesení

pozornosti z prožívaných těžkostí na nově získané dovednosti a rodinný růst (Patterson, 1995). Proces vytváření významu ovlivňuje, jak se rodina vyrovná se stresem. Víra rodiny ve svoji schopnost objevovat nová řešení a zdroje pro zvládnání problémů může být základem budování ochranných mechanismů (Patterson, 2002).

Situační vnímání rodiny procházející si léčbou MA u dítěte s sebou přináší množství rizik negativně ovlivňujících duševní pohodu pečovatелů. Jak je uvedeno výše, rodiče se často setkávají s pocity bezmoci, viny a studu (Whitney et al., 2005). Z objektivního hlediska rodičům s těmito myšlenkami může pomoci edukace o etiologii onemocnění a informace, že rodina nemůže být primárním faktorem vzniku PPP u dítěte (Le Grange et al., 2009). Ač je MA zčásti geneticky daná, jedinec může zdědit predispozice pro PPP po svých předcích a vysoce kritičtí rodiče mohou přispět k propuknutí onemocnění, nikdy se nedá hovořit o axiomu, že pouze rodiče jsou vinni za onemocnění svého dítěte. Naopak je potřeba jejich mobilizace a podpora, protože právě oni mohou svým přístupem významně ovlivnit uzdravení dítěte například strategií Family-Based Treatment. Většina rodičů zažívá pocit viny a odpovědnosti za vznik onemocnění, tyto pocity však pečovatелé vnímají spíše jako důsledek onemocnění, jemuž se nelze vyhnout. Jako efektivnější copingovou strategii uvádějí, že se nad touto otázkou snaží nepřemýšlet, protože je negativně ovlivňuje a bere jim energii, kterou by raději využili k pomoci svému dítěti. Úvahy nad zodpovědností za onemocnění nikam nevedou a nic se jimi nevyřeší. Namísto hloubání v minulosti se z této zkušenosti snaží poučit do budoucího života (Honey & Halse, 2006).

Dále rodiče mohou čerpat sílu a motivaci prostřednictvím zvědomění svých kompetencí. Rodiče často zažívají pocit bezmoci a jakékoliv pokusy o zlepšení situace vnímají jako neproduktivní a bezvýznamné (Whitney et al., 2005). Strategie Family-Based Treatment však kompetence rodičů potřebuje a pro to je zjevné, že rodiče ovlivňují průběh léčby mnohem více, než si možná uvědomují. Právě kompetence a pocit kontroly mohou sloužit jako přerámování bezmoci. Ač je léčba PPP dlouhým, nelineárním procesem, pacient ani rodina nejsou bezmocnými přihlížejícími, ale naopak je zapotřebí být aktivními jedinci, kteří společnými silami mohou onemocnění porazit.

Mentální anorexie, stejně jako každá krize, může dávat prostor otázce „Proč se to stalo zrovna nám?“, čímž přikládá osudu události negativní význam a hlavně sobě samým pasivní roli. Pakliže se však situace přerámuje jako zocelující událost a výzva, kterou má rodina společnými silami překonat, může se zvýšit její koherence, která pomůže rodině odrazit ze dna a posilovat naději na lepší budoucnost. Z tohoto hlediska se dá na situaci nahlížet jako na změnu významu rodinné identity. Rodiny si ji vytvářejí na základě vyřčených i nevyřčených hodnot a norem, kterými se řídí jejich vztahy (Patterson, 2002). Může se tak stát pomocí zlepšení interní komunikace, vybudování podpůrného systému, vytvoření rutin a rituálů bez vlivu MA a redukce vyhýbavého chování nahrazením efektivního řešení problémů. Serpell (2000) uvádí, že ženy s anorexií vnímají jako

pozitivní stránku nemoci lepší komunikaci o zažívaném distresu. Zároveň vytvoření smyslu krizové situaci mění i pohled rodiny na svět (Patterson, 2002).

Specifika copingu popsali i Honey a Halse (2006), kteří metodou rozhovorů definovali 3 oblasti základních strategií zvládnání: *explanatory work* (vysvětlování), *capacity work* (rozšíření mentální kapacity na jiné aktivity) a *thinking work* (regulace myšlení). Právě do regulace myšlení zahrnuli strategie upravující význam onemocnění u dítěte a přístupu k léčbě. Místo dlouhodobé perspektivy se rodiče zaměřovali na zvládnutí každého jednotlivého dne, což jim pomáhalo překonat obtíže přítomného okamžiku a vyhnout se obavám z budoucnosti. Zároveň se snažili o udržení realistických očekávání ohledně léčby a její úspěšnosti, kam lze zahrnout realistické vnímání vlastních kompetencí. Propojení významu s kompetencemi také nastává v separaci anorexie od jejich dítěte.

Z pohledu dospělého pacienta se často během léčby odehrává proces separace vlastní identity od PPP. Tento proces Grogan a kol. (2021) nazvali jako „Návrat k sobě samému“ a rozdělili jej do 3 fází: „Kdo jsem bez své PPP?“ (1), „Moje PPP už mě nadále nedefinuje“ (2), „Už nadále nepotřebuji svou PPP“ (3). V první fázi si pacient zvědomuje svoji závislost na PPP, hledá další způsoby copingu než maladaptivní manipulaci s jídlem či jiné mechanismy PPP a poprvé si pokládá otázku, jaký by byl jeho život bez PPP. V druhé fázi je schopen většího náhledu na svůj život a uvědomuje si, že onemocnění tvoří pouze jeho část. Vytváří si adaptivní mechanismy pro získání pocitu bezpečí a zjišťuje, jaká úskalí ho na jeho cestě za životem bez PPP mohou potkat. Třetí fáze se nakonec definuje úspěšným získáním „resilientního já“, jež je schopno introspekce a spolehnutí se na sebe samého v rizikových situacích. Seznámení se s tímto procesem je důležité nejen pro samotného pacienta, ale mohlo by být i pro jeho rodinu, která by byla schopna lépe porozumět tomuto onemocnění a identifikovat osobnost pacienta od PPP.

Ač byla tato studie prováděna na dospělých pacientech, kteří si už jistou identitu na rozdíl od dětí vybudovali, domnívám se, že by i pro dítě bylo přínosné identifikovat jeho zájmy a osobnost, aby se ztotožnění s jeho nemocí redukovalo. Tím by se mohlo posílit nejen fungování během nemoci, ale zvláště období po ukončení léčby, kdy by dítě vědělo, pro jaké aktivity místo ty spojené s PPP má nyní prostor.

3.1.5. Další copingové strategie

Kromě zvýšení kompetencí, snížení požadavků nebo změny významu může rodina využívat další copingové strategie, aby snížila množství prožívaného stresu. Kromě strategií, jež jsou mířené na řešení krizové situace, se navrhuje i způsoby, které jedincům pomůžou snížit tenzi prostřednictvím odvrácení pozornosti od probíhající krize. Jedná se například o pohyb, společné rodinné aktivity, adekvátní použití humoru nebo vyjadřování svých emocí (Patterson, 1988).

Jako další způsoby odreagování se navrhuje dopřát si odpočinek a věnovat čas sobě samému, vlastním zájmům a aktivitám nebo udržovat sociální vztahy (Honey & Halse, 2006; Kyriacou et al., 2008). To může přispět k naplnění potřeb zbylých členů rodiny, pro které může být náročné se uskromnit a věnovat více prostoru a pozornosti nemoci jednoho člena. Kvůli omezením, která s sebou onemocnění nese, bývá hlavním tématem většiny dní diagnóza nemocného. V kontextu MA u dítěte to představuje např. stravovací režim, u něž je problematická jeho vysoká frekvence. Jelikož je doporučován jídelníček o 6 jídlech denně (Papežová, 2018), konfliktní situace můžou nastávat velmi často v rámci každého jídla a společného stolování. Může být proto přínosné hovořit i o jiných tématech, než jen o diagnóze MA a problematickém chování dítěte, které negativně zasahuje životy ostatních (Whitney et al., 2005)

Pro rodiče může být přínosné nepřerušovat pracovní poměr a pokračovat v práci (Whitney et al., 2005). Změna prostředí může rodiči poskytnout prostor k jiným myšlenkám, ačkoliv může čelit strachu, jak se dítěti v jeho nepřítomnosti daří. Někdy závažný stav dítěte vyžaduje přítomnost rodiče, který dítěti pomůže překonat náročné stavy. Pro některé by však bylo přínosnější pracovní poměr pouze zredukovat, aby si stále zachovali kontakt s běžným životem a měli kontakt s lidmi, jež nejsou zasaženi problematickým jídelním chováním.

4. Návrh výzkumu

4.1. Výzkumný problém, cíle výzkumu a výzkumné otázky

Z dosavadních zdrojů vyplývá, že ačkoliv se zkoumá vliv duševního onemocnění dítěte na resilienci rodiny a vliv mentální anorexie na fungování rodiny, výzkum zabývající se dynamikou rodinné resilience během léčby dítěte s MA je stále v začátcích. Otázka snažící se zjistit, jak dále ovlivňuje tato stresující a krizová událost budoucí vývoj rodinné odolnosti vůči stresu, dostává pozornost ve velmi malé míře.

Literárně-přehledová část uvedla informace z dosavadního výzkumu o mentální anorexii u mladistvých, o efektivitě strategie léčby FBT a o konstruktů rodinné resilience. Ačkoliv jsou uvedena témata častým předmětem diskusí, domnívám se, že jejich propojení by stálo za hlubší zkoumáním.

Mentální anorexie (MA) je duševní onemocnění spadající pod poruchy příjmu potravy, které se projevuje cíleným úbytkem na váze, zkresleným vnímáním vlastní osoby a strachem z přibrání. Ačkoliv může MA postihnout každého, největší skupinu tvoří mladiství, převážně dívky. Kvůli nezletilosti těchto osob tak připadá hlavní zodpovědnost za léčbu na rodiče, kteří si s dítětem musejí procházet léčbou plnou náročných, nepříjemných interakcí a konfliktů. Jedním z rozšířených postupů léčby je tzv. Family-Based Treatment, kde hrají rodiče v léčbě dítěte zásadní roli. Je proto důležité podpořit jejich psychickou pohodu a odolnost.

Ač je rodinná resilience relativně moderní konstrukt, bylo již realizováno několik výzkumů, které se zaměřovaly na vliv duševního postižení u člena rodiny na odolnost rodinné jednotky (Patterson, 1991; Zauszniewski et al., 2010). Jen malé množství z nich se však specializovalo na mentální anorexii a to ať už z hlediska rodinné resilience nebo copingových mechanismů (Kyriacou et al., 2008; Treasure et al., 2001; Wufong et al., 2019). Většinou se zkoumá spíše vliv onemocnění na fungování rodiny, než pojetí tohoto zážitku jako zocelující zkušenosti, ze které lze čerpat ve stresových situacích i v budoucím životě (Holtom-Viesel & Allan, 2014). Proto ve svém návrhu výzkumu navrhuji nový pohled na mentální anorexii u dítěte v podobě zátěžové situace, který by mohl mít potenciál zefektivnit léčbu mentální anorexie u dětí a mladistvých a který zároveň nabízí zlepšení rodinné resilience jak během léčby, tak pro budoucí život.

Výzkumné otázky, které si tento návrh výzkumu pokládá, jsou následující:

1. Jak se vyvíjela rodinná resilience během léčby MA u dítěte a po jejím ukončení?
 - a. Jaké faktory posílily a jaké naopak oslabily rodinnou resilienci během léčby MA u dítěte?
 - b. Jakou roli sehrává onemocnění dítěte mentální anorexií v dalším vývoji resilience na úrovni rodiny v budoucím životě?

2. Jak ovlivňuje rodinná resilience léčbu dítěte s MA?

4.2. Design výzkumného projektu

4.2.1. Typ výzkumu

Pro tento výzkum je zvolen kvalitativní design za využití polostrukturovaných rozhovorů, jež budou analyzovány metodou interpretativní fenomenologické analýzy (IPA). Jedná se o retrospektivní rozhovory rodin, které si prošly léčbou mentální anorexie u dítěte.

4.2.2. Metody získávání dat

Ke spolupráci ve výzkumu budou osloveny organizace poskytující odbornou pomoc dětem zasaženým MA i jejich rodinám. Prostřednictvím inzerátů či přímého oslovení bude rodinám nabídnut prostor pro sdílení svého zážitku s léčbou MA u dítěte prostřednictvím účasti ve výzkumu.

Výzkum bude realizován metodou polostrukturovaných rozhovorů s každým členem rodiny, která má zkušenost s léčbou MA u mladistvého. Polostrukturovaný rozhovor představuje dostatečně flexibilní metodu poskytující respondentovi možnost volně mluvit o tématu a zároveň výzkumníkovi možnost mírné regulace rozhovoru, aby se příliš neodchýlil od tématu. Na každého respondenta bude vyhrazen dostatek času, během kterého bude respondent sdílet svůj jedinečný zážitek s tímto onemocněním ze specificky své role. Otázky budou cílit na vyjádření postoje k léčbě, jak probíhalo soužití s členem trpícím MA, jaký vliv měla tato skutečnost na fungování a resilienci rodiny a jaké funkční i nefunkční strategie považuje dotyčný respondent za důležité pro podporu své i rodinné duševní pohody.

Rozhovor bude mít 3 primární témata: zjištění individuální resilience a vnímané rodinné resilience (1), popis průběhu onemocnění a léčby MA z pohledu respondenta (2), zkoumání dynamiky rodinné resilience před, během a po ukončení léčby MA (3).

4.2.3. Výzkumný soubor

Respondenti budou osloveni formou inzerátů v institucích poskytující léčbu poruch příjmu potravy. Výzkumný vzorek bude sestávat ze čtyř rodin. Kritéria pro účast ve výzkumu jsou diagnóza mentální anorexie u člena rodiny, který byl v době léčby mladší 18 let (1), uplynutí minimálně dvou let od ukončení léčby MA (2), soužití rodiny s tímto členem v jedné domácnosti (3), v době léčby nerozvedené manželství rodičů pacienta a aspoň 1 sourozenec pacienta (4), věk respondentů nad 18 let (5).

4.2.4. Metody zpracování a analýzy dat

Rozhovory budou nahrány na diktafon a doslovně přepsány pomocí on-line softwaru N-Vivo. Následně budou analyzovány metodou IPA, interpretativní fenomenologické analýzy, která vychází z fenomenologie, hermeneutiky a idiografického přístupu. Proces počne opakovaným pročitáním textu

a shrnutím klíčových slov, která odhalí hlavní témata dělicí se na podřazená a nadřazená. Témata budou volena jene podle prevalence v datech, ale i podle bohatosti a toho, jak osvětlují danou zkušenost. Metoda IPA je vhodná pro porozumění subjektivní zkušenosti člověka a umožňuje důkladnější prozkoumání způsobu, jakým člověk vytváří a připisuje význam prožitému zážitku. IPA vychází ze tří zdrojů, kterými jsou fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. V tomto případě se jedná o zážitek léčby MA u dítěte v teoretickém rámci rodinné resilience.

Přepisy budou analyzovány jak na úrovni samostatné rodinné jednotky skládající se ze 4 členů, tak na úrovni stejných rolích v různých rodinách. Znamená to, že budou porovnány rozhovory od všech matek, od všech otců, od všech sourozenců a od všech pacientů s PPP napříč rodinami s cílem nalézt podobná témata, myšlenkové pochody, starosti, slabiny a silné stránky. Je pravděpodobné, že každá role má na situaci jiný pohled a musí čelit odlišným problémům, např. starosti matky se budou lišit od starostí dítěte s PPP.

Výstupem analýzy budou shrnující témata, která nám umožní odpovědět na otázky výzkumu. Jelikož se jedná o hlubinné rozhovory, mohou se objevit i nové podněty a zajímavá témata, která povedou k návrhům pro další zkoumání.

4.2.5. Etika výzkumu – analýza rizik a jejich řešení

Návrh výzkumu bude podán etické komisi, která schválí jeho realizaci. Jelikož je podmínka pro účast věk nad 18 let, návrh nemusí zohledňovat práci s dětmi, leč se bude hovořit o době, kdy nemocný člen dítětem byl. Respondenti budou pozváni na úvodní setkání, během kterého budou seznámeni s průběhem výzkumu. Budou povinni na začátku podepsat svolení s účastí ve výzkumu. Bude zdůrazněna možnost odborné psychologické pomoci v případě jejich potřeby a možnost kdykoliv výzkum opustit a svoji tým účast zrušit. Rozhovory budou během jejich zpracování a analýzy anonymizovány.

Mezi limity vycházející z použité metody IPA se nachází validita jazyka, na kterou tato metoda spoléhá. Každý respondent používá svůj individuální jazyk s jedinečnými významy, takže je důležité si jeho informace zpětně ověřovat a doptávat se pro co nejpřesnější pochopení jeho sdělení. Také je podstatné probudit umět rozeznat, zda přepis dat nevypráví více o tom, jak respondent o zážitku dokáže mluvit než aby popsal prožití zkušenosti jako takové. Mezi rizikové faktory na straně výzkumníka spadá nesprávná interpretace respondentových sdělení a ovlivňování jeho vypravování svými subjektivními záměry.

Jedním z rizik výzkumu je narušení psychické pohody respondentů během hlubinného rozhovoru, které by mohlo v krajním případě vyústit v dekompenzaci psychického stavu. Zmírněním tohoto rizika bude dotazník na zjištění aktuální psychické pohody respondenta a jeho zhodnocení

vlastní odolnosti o náročné situaci detailně hovořit. V případě potřeby bude k dispozici psycholog či krizový intervent, který respondentům pomůže zvládnout nepříjemné pocity. Respondenti budou mít možnost během výzkumu kdykoliv zrušit svoji účast.

Další riziko by mohlo spočívat v nedostatečném množství respondentů, případně že by se výzkumu nechtěla zúčastnit celá rodina, nýbrž jen pár členů. Řešením tohoto problému by mohlo spočívat v probuzení motivace všech členů k zlepšení odborné pomoci pro další rodiny, jež se setkají se stejnou diagnózou u svého dítěte a budou tak muset čelit obdobným náročným situacím.

4.3. Diskuse

Ačkoliv se poruchy příjmu potravy prolínají historií člověka velmi dlouho, nelze si nevšimnout ideálu krásy vyzdvihovaného v naší aktuální společnosti upřednostňující štíhlost a diskriminující lidi s vyšším poměrem tuku v těle. Tento ideál krásy je lidem prezentován denně v televizi, časopisech, v reklamách nebo na sociálních sítích, které používají nejen dospělí, ale i mladiství. Kromě sociálních sítí existují i další vlivy vedoucí mladou generaci k většímu zájmu o svůj vzhled a zdravý životní styl, jako jsou například komentáře vrstevníků, rodiny a širšího okolí. Osoby v období puberty zároveň hledají svoji identitu a často mají potřebu splňovat společenské normy, aby nebyli vylučováni ze svých sociálních skupin. Bohužel jim však často chybí zkušenosti a rozvinuté kritické myšlení, aby včas odhalili, jaká stravovací doporučení jsou zdravá a prospěšná a jaká naopak vychází z manipulující dietní kultury, která se mění dle aktuálních trendů a často předkládá dlouhodobě neudržitelné rady.

Sociální tlak je jen jedním z mnoha faktorů vedoucí ke vzniku poruch příjmu potravy. Z tohoto úhlu pohledu však nemusí být až tak překvapující, že se zvyšuje počet osob mladších 18 let s diagnózou PPP, ačkoliv prevalence tohoto onemocnění zůstává za poslední desetiletí stejná (van Eeden et al., 2021). Mentální anorexie je jedním z hlavních zástupců této skupiny PPP, která zároveň patří k duševním onemocněním s nejvyšší mortalitou (Edakubo & Fushimi, 2020). Kvůli nezletilosti mají za zdraví svého dítěte zodpovědnost rodiče, kteří hrají v jeho léčbě významnou roli. Zároveň nejde pouze o samotný proces léčby, ale i vedlejší vlivy onemocnění na sdílení domácnosti, rodinné fungování a každodenní život, které jsou touto diagnózou a situací více či méně negativně zasaženy.

Cílem výzkumu je identifikace klíčových faktorů ovlivňující rodinnou resilienci během léčby MA u dítěte. Předpokládá se, že některé faktory se budou prolínat jak napříč rodinami jako jednotkou, tak mezi jednotlivými členy, kteří můžou ve své roli prožívat specifické myšlenkové pochody.

Na základě rozhovorů se kódují nejen postoje, ale i copingové strategie, které budou předmětem dalšího zkoumání. Jak je uvedeno v literárně-přehledové části, resilience představuje dynamický a individuální proces jak na rovině jednotlivce, tak na rovině rodinné jednotky. Je proto pravděpodobné, že se rodiny budou v různých kategoriích lišit. Je však možné, že se podaří odhalit

jistý vývoj odolnosti během léčby i následujícího života, jehož hlubší pochopení by se mohlo využít k zefektivnění léčby MA u dítěte a podpoře ostatních členů rodiny. Návrh výzkumu předpokládá, že podpora ostatních členů rodiny během léčby může přispět k jejich lepší duševní pohodě a rodinné atmosféře, která by mohla podpořit pacienta v domácí léčbě.

Uvedený návrh výzkumu má své limity, například právě z pohledu jedinečnosti každé rodiny. Může se stát, že výsledek výzkumu neodhalí vzorce chování či copingové/rizikové strategie v rámci dynamiky resilience, jež by se daly generalizovat na všechny rodiny prožívající stejnou situaci. Mezi další limity se řadí nesprávné pochopení jedinečného jazyka respondenta a misinterpretace během kódování, neovlivňující vedení rozhovoru výzkumníkem či správné vytvoření hlavních témat během analýzy dat. I přes limity a rizika je však rodinná odolnost konceptem, který pro jeho pozitivní význam stojí za hlubší zkoumání.

5. Závěr

Tato bakalářská práce popisuje souvislost mezi mentální anorexií u mladistvého a resiliencí rodiny. Záměrem bylo odhalit nejen vliv onemocnění u mladistvého na rodinnou odolnost během léčby a případně i následný život po ukončení léčby, ale zároveň se tato práce snažila najít i zpětný vliv odolnosti rodiny na samotnou léčbu. Jelikož si rodina musí s dítětem odžívat náročné situace, které jsou nedílnou součástí procesu uzdravování, navrhuje se, že čím větší odolností rodina bude disponovat, tím kvalitnější život by jednotliví členi mohli žít a tím efektivnější by mohl být samotný proces léčby. Pokud se dítě cítí ve své rodině bezpečně a důvěřuje zbylým členům, může to posílit jejich interní vztahy a zlepšit komunikaci, která by mohla během konfrontací s problematickým chováním dítětem a následnou reflexí všech zúčastněných přispět k procesu uzdravení. Zároveň, pokud se zbylí členi budou cítit silní a stabilní, pomůže jejich naladění vytvářet bezpečnou domácí atmosféru.

V první části práce je popsána diagnóza mentální anorexie podle manuálu MKN-10 a jsou popsány možné příčiny jejího vzniku jak z roviny osobnostní, sociální (potažmo rodinné) a biologické. Zaměření této závěrečné práce se poté zúžilo na případy mladistvých osob s diagnózou MA, pro které je jedna z nejefektivnějších metod léčby Family-Based Treatment (Lock & le Grange, 2005).

Druhá část se zaměřila na koncept rodinné resilience. I přes podobnosti a provázanost rozlišila rodinnou resilienci od té individuální. Rodinná resilience je popsána modelem FAAR, který je založen na rovnováze mezi kompetencemi rodiny a novými požadavky (Patterson, 2002). Poté, co je rodina vystavena významnému riziku, je tato rovnováha narušena a rodina prožívá krizi. Úkolem rodiny je pak znovu nastolit rovnováhu buď prostřednictvím zvýšení svých kompetencí, snížením požadavků nebo připsání krizi nové významy.

Třetí část poté propojuje léčbu mentální anorexie u dítěte s konceptem rodinné odolnosti podle modelu FAAR. Funkce rodiny ochránit zranitelné členy se v tomto pojetí jeví jako podpora dítěte v jeho léčbě z PPP. Zároveň však soužití s takovým členem vyžaduje mnoho ústupků od zbytku rodiny, což může vést k nenaplnění jejich potřeb a zhoršit tak celkovou atmosféru domácnosti. Model FAAR vnímá nemoc dítěte jako významné riziko startující krizi, jež ovlivní celou rodinnou jednotku. Rodina musí čelit novým požadavkům pramenící z nemoci dítěte a zvýšit své kompetence, aby mohla být léčba úspěšná. Zároveň však rodina čelí novým požadavkům ze stran všech členů rodiny, kteří se musí situaci přizpůsobit často na úkor svých potřeb. Ze stran rodičů i sourozenců jsou často uváděny negativní důsledky jako únava, ztráta přátel či práce, izolace, nedostatek podpory nebo pocity viny a studu. Je proto evidentní, že jistou formu odborné pomoci a edukace potřebují všichni zúčastnění. Může se poté jednat o řetězec protektivních faktorů, kdy psychická pohoda členů rodiny může mít pozitivní vliv na léčbu dítěte. Pokud navíc vnímáme mentální anorexiu jako krizi, překonání této nemoci by pak mohlo znamenat překonání nepřízně osudu. Rodina se ze dna zvládne odrazit a vyjít

z krize silnější a odolnější. Změna přístupu, významu a naučení se nových dovedností jak zlepšit interní komunikaci, může pozitivně ovlivnit i pozdější fungování v každodenním životě.

Ačkoliv je resilience konstruktem, který se obtížně měří, domnívám se, že stojí za hlubší zkoumání. Náročným situacím se během života nelze vyhnout. Když už si jimi tedy máme projít, pocit naděje a smyslu v podobě možného pozitivního dopadu na náš budoucí život může být něčím, co pomůže mnohým z nás i vysoce stresující události zvládnout, překonat a vyjít z nich odolnější.

Reference

- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review: Perceived Barriers and Facilitators Towards Help-Seeking for ED. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, *11*(1), 11–18. <https://doi.org/10.1093/heapro/11.1.11>
- Benzies, K., & Mychasiuk, R. (2009). Fostering family resiliency: A review of the key protective factors. *Child & Family Social Work*, *14*(1), 103–114. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2008.00586.x>
- Berends, T., Boonstra, N., & van Elburg, A. (2018). Relapse in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis. *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(6), 445–455. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000453>
- Brelet, L., Flaudias, V., Désert, M., Guillaume, S., Llorca, P.-M., & Boirie, Y. (2021). Stigmatization toward People with Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Binge Eating Disorder: A Scoping Review. *Nutrients*, *13*(8), 2834. <https://doi.org/10.3390/nu13082834>
- Collier, D. A., & Treasure, J. L. (2004). The aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, *185*(5), 363–365. <https://doi.org/10.1192/bjp.185.5.363>
- Corcoran, J. (1998). Consequences of Adolescent Pregnancy/Parenting: A Review of the Literature. *Social Work in Health Care*, *27*(2), 49–67. https://doi.org/10.1300/J010v27n02_03
- Cunha, A. I., Relvas, A. P., & Soares, I. (2009). Anorexia nervosa and family relationships: Perceived family functioning, coping strategies, beliefs, and attachment to parents and peers. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *9*(2), 229–240.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Is amenorrhea a clinically useful criterion for the diagnosis of anorexia nervosa? *Behaviour Research and Therapy*, *46*(12), 1290–1294. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2008.08.007>
- Edakubo, S., & Fushimi, K. (2020). Mortality and risk assessment for anorexia nervosa in acute-care hospitals: A nationwide administrative database analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-2433-8>
- Emanuelli, F., Ostuzzi, R., Cuzzolaro, M., Baggio, F., Lask, B., & Waller, G. (2004). Family functioning in adolescent anorexia nervosa: A comparison of family members' perceptions. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, *9*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/BF03325038>
- Engelhardt, C., Föcker, M., Bühren, K., Dahmen, B., Becker, K., Weber, L., Correll, C. U., Egberts, K. M., Ehrlich, S., Roessner, V., Fleischhaker, C., von Gontard, A., Hahn, F., Jenetzky, E., Kaess, M., Legenbauer, T., Renner, T. J., Schulze, U. M. E., Sinzig, J., ... Hebebrand, J. (2021). Age dependency of body mass index distribution in childhood and adolescent inpatients with anorexia nervosa with a focus on DSM-5 and ICD-11 weight

criteria and severity specifiers. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(7), 1081–1094. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01595-4>

Englebort, J., Follet, V., & Valentiny, C. (2018). Anorexia Nervosa and First-Person Perspective: Altruism, Family System, and Body Experience. *Psychopathology*, 51(1), 24–30. <https://doi.org/10.1159/000485629>

Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk Factors for Anorexia Nervosa: Three Integrated Case-Control Comparisons. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.5.468>

Fennig, S., Brunstein Klomek, A., Shahar, B., Sarel-Michnik, Z., & Hadas, A. (2017). Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa: Core thoughts in anorexia. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(3), 200–207. <https://doi.org/10.1111/eip.12234>

Frank, G. K. W., DeGuzman, M. C., & Shott, M. E. (2019). Motivation to eat and not to eat – The psycho-biological conflict in anorexia nervosa. *Physiology & Behavior*, 206, 185–190. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2019.04.007>

Gillett, K. S., Harper, J. M., Larson, J. H., Berrett, M. E., & Hardman, R. K. (2009). Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(2), 159–174. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2009.00113.x>

Gowers, S. G., An, J. W., Shore, A., Hossain, F., & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalisation on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176(2), 138–141. <https://doi.org/10.1192/bjp.176.2.138>

Grogan, K., O'Daly, H., Bramham, J., Scriven, M., Maher, C., & Fitzgerald, A. (2021). A qualitative study on the multi-level process of resilience development for adults recovering from eating disorders. *Journal of Eating Disorders*, 9(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00422-8>

Hales, C. N., & Barker, D. J. P. (2001). The thrifty phenotype hypothesis. *British Medical Bulletin*, 60(1), 5–20. <https://doi.org/10.1093/bmb/60.1.5>

Hill, A. J. (1993). Pre-Adolescent Dieting: Implications for Eating Disorders. *International Review of Psychiatry*, 5(1), 87–100. <https://doi.org/10.3109/09540269309028297>

Hillege, S., Beale, B., & McMaster, R. (2006). Impact of eating disorders on family life: Individual parents' stories. *Journal of Clinical Nursing*, 15(8), 1016–1022. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01367.x>

Holtom-Viesel, A., & Allan, S. (2014). A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review*, 34(1), 29–43. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.005>

Honey, A., & Halse, C. (2006). The Specifics of Coping: Parents of Daughters With Anorexia Nervosa. *Qualitative Health Research*, 16(5), 611–629. <https://doi.org/10.1177/1049732305285511>

Iancu, J., Spivak, B., Ratzoni, G., Apter, A., & Weizman, A. (1994). The Sociocultural Theory in the Development of Anorexia nervosa. *Psychopathology*, 27(1–2), 29–36. <https://doi.org/10.1159/000284845>

Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19–65. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.1.19>

Keel, P. K., & Forney, K. J. (2013). Psychosocial risk factors for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46(5), 433–439. <https://doi.org/10.1002/eat.22094>

Keski-Rahkonen, A., & Tozzi, F. (2005). The process of recovery in eating disorder sufferers' own words: An Internet-based study. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S80–S86. <https://doi.org/10.1002/eat.20123>

Kluck, A. S. (2008). Family factors in the development of disordered eating: Integrating dynamic and behavioral explanations. *Eating Behaviors*, 9(4), 471–483. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2008.07.006>

Kluck, A. S. (2010). Family influence on disordered eating: The role of body image dissatisfaction. *Body Image*, 7(1), 8–14. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2009.09.009>

Kroplewski, Z., Szcześniak, M., Furmańska, J., & Gójska, A. (2019). Assessment of Family Functioning and Eating Disorders – The Mediating Role of Self-Esteem. *Frontiers in Psychology*, 10, 921. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00921>

Kyriacou, O., Treasure, J., & Schmidt, U. (2008). Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: Modelling the factors that are associated with carer distress. *International Journal of Eating Disorders*, 41(3), 233–242. <https://doi.org/10.1002/eat.20488>

Lane, R. C. (2002). Anorexia, Masochism, Self-Mutilation and Autoeroticism: The Spider Mother. *The Psychoanalytic Review*, 89(1), 101–123. <https://doi.org/10.1521/prev.89.1.101.23405>

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer.

Le Grange, D., Lock, J., Loeb, K., & Nicholls, D. (2009). Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, NA-NA. <https://doi.org/10.1002/eat.20751>

Lewandowski, A. S., Palermo, T. M., Stinson, J., Handley, S., & Chambers, C. T. (2010). Systematic Review of Family Functioning in Families of Children and Adolescents With Chronic Pain. *The Journal of Pain*, 11(11), 1027–1038. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2010.04.005>

Lock, J., & le Grange, D. (2005). Family-based treatment of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(S1), S64–S67. <https://doi.org/10.1002/eat.20122>

Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology*, 12(4), 857–885.

<https://doi.org/10.1017/S0954579400004156>

McCubbin, H. I., Dahl, B. B., Lester, G. R., Benson, D., & Robertson, M. L. (1976). Coping Repertoires of Families Adapting to Prolonged War-Induced Separations. *Journal of Marriage and the Family*, 38(3), 461. <https://doi.org/10.2307/350415>

McCubbin, H. I., Hunter, E. J., & Dahl, B. B. (1975). Residuals of War: Families of Prisoners of War and Servicemen Missing in Action. *Journal of Social Issues*, 31(4), 95–109. <https://doi.org/10.1111/j.1540-4560.1975.tb01014.x>

McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaptation. *Marriage & Family Review*, 6(1–2), 7–37. https://doi.org/10.1300/J002v06n01_02

Murray, S. B., Rieger, E., Hildebrandt, T., Karlov, L., Russell, J., Boon, E., Dawson, R. T., & Touyz, S. W. (2012). A comparison of eating, exercise, shape, and weight related symptomatology in males with muscle dysmorphia and anorexia nervosa. *Body Image*, 9(2), 193–200. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2012.01.008>

Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M., & Berge, J. M. (2010). Family Weight Talk and Dieting: How Much Do They Matter for Body Dissatisfaction and Disordered Eating Behaviors in Adolescent Girls? *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 270–276. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2010.02.001>

Opara, I., & Santos, N. (2019). A Conceptual Framework Exploring Social Media, Eating Disorders, and Body Dissatisfaction Among Latina Adolescents. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 41(3), 363–377. <https://doi.org/10.1177/0739986319860844>

Papežová, H. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (První vydání). Mladá fronta.

Patterson, J. M. (1988). Families experiencing stress: I. The Family Adjustment and Adaptation Response Model: II. Applying the FAAR Model to health-related issues for intervention and research. *Family Systems Medicine*, 6(2), 202–237. <https://doi.org/10.1037/h0089739>

Patterson, J. M. (1991). Family Resilience to the Challenge of a Child's Disability. *Pediatric Annals*, 20(9), 491–499. <https://doi.org/10.3928/0090-4481-19910901-08>

Patterson, J. M. (1995). Promoting Resilience in Families Experiencing Stress. *Pediatric Clinics of North America*, 42(1), 47–63. [https://doi.org/10.1016/S0031-3955\(16\)38907-6](https://doi.org/10.1016/S0031-3955(16)38907-6)

Patterson, J. M. (2002). Integrating Family Resilience and Family Stress Theory. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 349–360. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x>

Rolland, J. S. (1987). Chronic Illness and the Life Cycle: A Conceptual Framework. *Family Process*, 26(2), 203–221. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1987.00203.x>

Russell, G. F. M., Treasure, J., & Eisler, I. (1998). Mothers with anorexia nervosa who underfeed their children: Their recognition and management. *Psychological Medicine*, 28(1), 93–108. <https://doi.org/10.1017/S003329179700603X>

Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316–331. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>

Scharner, S., & Stengel, A. (2019). Alterations of brain structure and functions in anorexia nervosa. *Clinical Nutrition Experimental*, 28, 22–32. <https://doi.org/10.1016/j.yclnex.2019.02.001>

Sibeoni, J., Orri, M., Colin, S., Valentin, M., Pradère, J., & Revah-Levy, A. (2017). The lived experience of anorexia nervosa in adolescence, comparison of the points of view of adolescents, parents, and professionals: A metasynthesis. *International Journal of Nursing Studies*, 65, 25–34. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.10.006>

Sohlberg, S., & Strober, M. (1994). Personality in Anorexia nervosa: An update and a theoretical integration. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89(s378), 1–15. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1994.tb05809.x>

Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and Bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 25–31. [https://doi.org/10.1002/1098-108X\(198901\)8:1<25::AID-EAT2260080104>3.0.CO;2-S](https://doi.org/10.1002/1098-108X(198901)8:1<25::AID-EAT2260080104>3.0.CO;2-S)

Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., & Stein, R. I. (1994). Relation of media exposure to eating disorder symptomatology: An examination of mediating mechanisms. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(4), 836–840. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.836>

Svensson, E., Nilsson, K., Levi, R., & Suarez, N. C. (2013). Parents' Experiences of Having and Caring for a Child With an Eating Disorder. *Eating Disorders*, 21(5), 395–407. <https://doi.org/10.1080/10640266.2013.827537>

Treasure, J., Murphy, T., Szmukler, T., Todd, G., Gavan, K., & Joyce, J. (2001). The experience of caregiving for severe mental illness: A comparison between anorexia nervosa and psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36(7), 343–347. <https://doi.org/10.1007/s001270170039>

Treasure, J., Smith, G., & Crane, A. (2016). *Skills-based Caring for a Loved One with an Eating Disorder* (0 vyd.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315735610>

Treasure, J., Tchanturia, K., & Schmidt, U. (2005). Developing a model of the treatment for eating disorder: Using neuroscience research to examine the how rather than the what of change. *Counselling and Psychotherapy Research*, 5(3), 191–202. <https://doi.org/10.1080/14733140500358584>

Treasure, J., Whitaker, W., Whitney, J., & Schmidt, U. (2005). Working with families of adults with anorexia nervosa. *Journal of Family Therapy*, 27(2), 158–170. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2005.00308.x>

van Eeden, A. E., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2021). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Current Opinion in Psychiatry*, 34(6), 515–524. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>

Walsh, F. (2016). Family resilience: A developmental systems framework. *European Journal of Developmental Psychology, 13*(3), 313–324. <https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035>

Whitney, J., Murray, J., Gavan, K., Todd, G., Whitaker, W., & Treasure, J. (2005). Experience of caring for someone with anorexia nervosa: Qualitative study. *British Journal of Psychiatry, 187*(5), 444–449. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.5.444>

Woerwag-Mehta, S., & Treasure, J. (2008). Causes of anorexia nervosa. *Psychiatry, 7*(4), 147–151. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.02.010>

Wood, D., & Knight, C. (2015). Anorexia nervosa in adolescence. *Paediatrics and Child Health, 25*(9), 428–432. <https://doi.org/10.1016/j.paed.2015.04.005>

Wufong, E., Rhodes, P., & Conti, J. (2019). “We don’t really know what else we can do”: Parent experiences when adolescent distress persists after the Maudsley and family-based therapies for anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders, 7*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s40337-019-0235-5>

Zauszniewski, J. A., Bekhet, A. K., & Suresky, M. J. (2010). Resilience in Family Members of Persons with Serious Mental Illness. *Nursing Clinics of North America, 45*(4), 613–626. <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2010.06.007>

Zipfel, S., Giel, K. E., Bulik, C. M., Hay, P., & Schmidt, U. (2015). Anorexia nervosa: Aetiology, assessment, and treatment. *The Lancet Psychiatry, 2*(12), 1099–1111. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00356-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00356-9)