

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE FILOZOFICKÁ FAKULTA

KATEDRA SOCIÁLNÍ PRÁCE

RIA ČERNÁ

POTŘEBY MUŽE
V ROLI OTCE ČI PARTNERA
DCERY ČI PARTNERKY
NEMOCNÉ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Obor:	sociální práce
Forma studia:	prezenční
Akademický rok:	2006/2007
Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Daniela Vodáčková
Oponent diplomové práce:	MUDr. Vladislav Chvála
Datum obhájení:	
Výsledek obhajoby:	

P R O H L A Š U J I ,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracovala samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Praze, 25.4. 2007

Ria Černá

Ria Černá

PODĚKOVÁNÍ

Ráda bych poděkovala všem, kteří se zapojili do výzkumu a poskytli cenné informace pro účely diplomové práce a také Brožury pro muže - otce a partnery. Dále poděkování za odborné vedení a přínosné konzultace patří Daniele Vodáčkové, za odbornou konzultaci Janě Sladké. Zvláštní dík bych chtěla věnovat Ondrovi Stískalovi, Nadě Černé, Kateřině Brikciové, Jakubovi Čtvrtníkovi a Manuele Esterkové.

OBSAH

Úvod

1. Faktory ovlivňující utváření pohledu mužů na ženy	1
1.1 Body image a svět médií	1
1.1.1 Body image.....	1
1.1.2 Média a jejich zásah do sebepojetí člověka.....	2
1.1.3 Média a poruchy příjmu potravy	2
1.2 Důležitost pohledu mužů na ženské tělo	3
1.2.1 Tělo dcery	4
1.2.2 Tělo partnerky	5
1.3 Životní zkušenosti a jídelní zvyklosti muže z původní rodiny.....	6
1.4 Containment k pochopení onemocnění dcery či partnerky	6
2. Základní vymezení poruch příjmu potravy	8
2.1 Mentální anorexie.....	8
2.2 Mentální bulimie a záchvatovité přejídání	9
3. Otec nemocné poruchou příjmu potravy	10
3.1 Potřeby a pocity pečujících zjištěné empirickými výzkumy	10
3.2 Průběh poruchy příjmu potravy dcery očima otce	11
3.2.1 Odhalení onemocnění dcery	11
3.2.2 Hledání příčin a logiky nemoci	12
3.2.3 Mobilizace sil a podpora dcery v léčbě	13
3.2.4 Vyčerpání možností, vztek na služby, na společnost	14
3.2.5 Bezradnost, bezmoc, apatie	15
3.2.6 Vztek na dceru, rezignace	16
3.2.7 Radost ze zlepšení, strach a zklamání z relapsu	17
3.3 Rodinný systém	17
3.3.1 Partnerský vztah	19
3.3.2 Komunikace v rodině	19
3.3.3 Vliv nemoci dcery na vztah otce s dalšími dětmi.....	20
3.4 Potřeby a pocity otce	20
4. Partner nemocné poruchou příjmu potravy.....	22
4.1 Vztah partnerů a role nemoci ve vztahu.....	22
4.1.1 Způsob zjištění nemoci partnerem	23
4.1.2 Nebezpečí snahy partnera pomoci.....	24
4.1.3 Nebezpečí pasti manipulace ze strany partnerky	25
4.1.4 Společné soužití, manželství, děti	26
4.2 Pocity partnera a jeho prožívání nemoci	27
4.2.1 Osobnost partnera.....	28
4.2.2 Boj s vlastními emocemi	28
4.2.3 Reakce širší rodiny	30
4.2.4 Chronifikace nemoci a její následky pro partnerský vztah	31
4.4 Potřeby partnera	31
4.4.1 Potřeby partnera vyjadřované na svépomocné skupině	33

5. Život po vyléčení očima otce či partnera.....	35
5.1 Dopady změn v chování a způsobu života dcery na otce	35
5.2 Dopady změn v chování a způsobu života partnerky na partnera.....	36
5.3 Strach z relapsu a z budoucnosti	37
6. Praktická část - kvalitativní analýza potřeb a pocitů pečujících otců a partnerů.....	38
6.1 Úvod	38
6.2 Metoda.....	38
6.2.1 Respondenti	38
6.2.2 Sběr dat.....	39
6.2.3 Analýza dat.....	40
6.3 Výsledky.....	40
6.3.1 Zjištění nemoci a jeho dopady.....	40
6.3.2 Reakce na objevení nemoci	41
6.3.3 Informovanost mužů o poruchách příjmu potravy a možnostech léčby ...	43
6.3.4 Muž a jeho potřeby v době nemoci dcery/partnerky	46
6.3.5 Po ukončení vztahu	56
6.3.6 Po uzdravení	57
6.3.7 Postřehy a další nápady otců a partnerů	57
Diskuze	59

Závěr

Literatura

Příloha I: Dotazník pro otce dívek nemocných poruchou příjmu potravy

Příloha II: Dotazník pro partnery dívek a žen nemocných poruchou příjmu potravy

Příloha III: Brožura pro muže – otce či partnera dcery či partnerky nemocné poruchou příjmu potravy

Úvod

Poruchami příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání) v drtivé většině trpí dívky a ženy. Onemocnění se však dotýká také mužů, kteří žijí v blízkosti nemocné ženy či dívky, ať už v roli otce, partnera, bratra či jiné blízké osoby. Nemoc zasahuje do vztahů, proměňuje rozložení sil v rodině či v partnerském soužití, vystavuje muže situaci, se kterou se zpravidla ještě nesetkali a nemají tedy ke zvládnutí potřebné coping mechanismy. Blízcí nemocných dívek a žen sice nejsou označeni jako nemocní, nejsou nositeli symptomu poruchy příjmu potravy, přesto hrají v celém systému vzniku a udržování nemoci velmi důležitou roli.

Ráda bych se ve své práci věnovala potřebám mužů v roli otců a partnerů nemocných dcer a partnerek poruchou příjmu potravy. Cílem této práce je teoreticky vymezit a popsat situaci, do které se muž dostává, s čím se musí během nemoci své dcery či partnerky vyrovnat, jak on sám vstupuje do systému nemoci, jaký vliv na nemoc partnerky či dcery má, jaké potřeby u něj vystupují do popředí. Dalším cílem je také zpracovat praktickou brožuru pro tuto cílovou skupinu, jež by měla pomoci právě těm, od kterých se většinou očekává pochopení, podpora a pomoc.

V české odborné literatuře je dnes v téměř každé knize věnované poruchám příjmu potravy vyhrazena také jedna kapitola, která se zabývá blízkými lidmi nemocných poruchou příjmu potravy, nejčastěji rodiči nemocných dívek. Z mého pohledu jde ale vždy spíše o určitá doporučení, jak se chovat, čeho se vyvarovat, případně kam se obrátit o pomoc. Nezbývá však mnoho prostoru pro potřeby, emoce a nejistoty, které se mohou u lidí žijících dlouhodobě v blízkosti člověka s poruchou příjmu potravy objevit. Právě na tuto oblast se ve své práci zaměřím. Vzhledem k omezeným českým zdrojům budu vycházet také ze zahraniční literatury a ze svých zkušeností koordinátora Svépomocné skupiny Anabell pro blízké nemocných poruchami příjmu potravy – tedy pro rodiče, partnery, sourozence a přátele.

1. Faktory ovlivňující utváření pohledu mužů na ženy

Muži jsou již od raného dětství formováni společenskou představou o tom, jak vypadá žena, jaké má vlastnosti, co je to ženskost a jak má být naplňována. Utváří si tedy nejen obraz o sobě a o svém těle, ale také o dívkách a ženách ve svém blízkém i širším okolí. Tento obraz nabývá významu během dospívání, kdy porovnávají svou představu o tom, jaká by měla být jejich budoucí partnerka, s představou, kterou vytváří daná kultura, ale také nejbližší sociální skupina – rodina dospívajícího chlapce. Právě v ní se formuje sebevědomí chlapce, rodina má klíčový vliv na zaujímání postojů k sobě i ke svému okolí, způsob řešení konfliktů, vyrovnávání se stresem, způsob komunikace, míru tolerance a empatie vůči druhým, schopnost rozlišovat a kriticky nahlížet na informace, které přicházejí zvenku.

1.1 Body image a svět médií

1.1.1 Body image

Body image jako představa o tělesném schématu a prožitku vlastního těla je komplexním fenoménem, který zahrnuje mentální obraz, jenž máme o velikosti, tvaru a formě našeho těla, a pocity s tím spojené. Někteří autoři rozlišují dvě hlavní komponenty body image. První, procentuální, zahrnuje míru přesnosti odhadu vlastního těla, druhá, subjektivní, odráží postoje, emocionální a kognitivní aspekty body image. Postoje k vlastnímu tělu a znalost jeho rozměrů se formují od raného dětství, již v předškolním věku se upevňují určité stereotypy v myšlení, jednání, vztahu k vnějšmu světu a k sobě samému.

Spokojenost (nespokojenost) s vlastním tělem a její vznik jsou dány do souvislosti s biologickými vlivy: pohlavím, věkem, tělesnou hmotností, maturationálními procesy, obdobím dospívání a sexuálním zneužíváním. Teorie opírající se o sociokulturní kontext vyzdvihují vliv médií, kulturního ideálu krásy, společenské třídy, etnické skupiny, rodiny, učitelů, vrstevníků a hraček. (*Chudobová-Fraňková, 2005, s. 43 – 44*)

Spokojenost se svým tělem, zdravé sebevědomí, přijetí vlastní nedokonalosti, ale také jedinečnosti a individuality, jsou základními předpoklady pro plnohodnotný život bez ohrožení poruchou příjmu potravy. Právě tyto předpoklady totiž člověka dostatečně chrání před v dnešní době zhoubným vlivem médií.

1.1.2 Média a jejich zásah do sebepojetí člověka

Je zřejmé, že společenský tlak na muže je jiný a méně silný než v případě žen, protože muži jsou stále posuzováni spíše podle svého výkonu než podle vzhledu. (Grogan, 2000, s.25)

Studie, které se zabývaly zobrazováním obou pohlaví, zjistily, že muži a ženy jsou zobrazováni výrazně odlišným způsobem, pokud jde o tělesnou hmotnost. Ženy jsou v médiích zobrazovány abnormálně štíhlé, zatímco muži bývají zobrazováni s normální tělesnou hmotností. (Fialová, 2001, s.193)

Peter Baker (1994, s.132) tvrdí, že zvýšení vizuální prezentace mužského těla v médiích má racionální komerční důvody. Kosmetické firmy si začaly uvědomovat, že existuje propast na trhu pánské kosmetiky a je třeba přesvědčit muže, aby začali kupovat kosmetiku. Dále se domnívá, že zobrazování idealizovaných mužských těl ve sdělovacích prostředcích povede pravděpodobně ke zvýšení problémů s vnímáním vlastního těla a spokojeností s tělem u mužů. (Grogan, 2000, s.25)

Dnes můžeme říci, že se slova Petera Bakera potvrdila. "Ideální" body image je předkládáno nejen ženám, ale také mužům. A to jak v případě jejich vlastního body image, tak v případě body image jejich dcery či partnerky. I muži jsou tedy dnes konfrontováni s tím, "jak by měli vypadat a jaká by měla být jejich partnerka", "co je pro ně ideální", "bez čeho se nelze obejít", "jak si správně vybrat ženu", "jak dobře vypadat" atd. I oni se musí vyrovnávat s tlakem společnosti diktující jací bychom měli být, abychom byli ti správní.

1.1.3 Média a poruchy příjmu potravy

Média prezentují často reálně neexistující vzory, které se však v různé míře dostávají do podvědomí mužů a mohou ovlivnit jejich postoje a chování k dcerám či partnerkám. Tyto prezentované vzory navíc vykazují známky zdraví, štěstí a úspěchu. Tím větší překvapení může přinést zjištění, že dcera či partnerka, ve snaze dostat prezentovaným požadavkům společnosti a také leckdy nevědomým požadavkům otce či partnera, trpí nemocí zvanou porucha příjmu potravy.

Internet a časopisy jsou dnes plné informací o poruchách příjmu potravy, ale způsob, jakým se v nich o tomto biopsychosociálním onemocnění píše, je svým způsobem poněkud kontraproduktivní. Zobrazování extrémů (fotografie kachektických dívek na pokraji smrti, srdceryvné příběhy žen s myšlenkami na

sebevraždu, atd.) přináší spíše šok, senzaci až fascinaci, mnohdy ale i pohoršení a hlavně postoj, že “tohle se mi nemůže stát”, resp. “takhle daleko to u mé dcery či partnerky dojít nemůže”. Zjednodušené vylíčení příběhu ženy spíše nahrává bagatelizaci onemocnění a odsouzení ženy jako neschopné normálně se najíst.

Domnívám se, že to, jak muž sám sebe vnímá, jak sám sebe hodnotí, jak pracuje se svým sebepojetím, jak se vyrovnává s mediálním tlakem na svou osobu, je velmi důležité při utváření si představ o dceři či partnerce, o požadavcích na ni. Určitou neschopnost a neochotu muže pochopit svou partnerku či dceru v honbě za dokonalostí vnímám jako zdravou, protože je to právě on, kdo může jako blízká osoba oslabit společností nastolenou představu dokonalosti jako nutnosti. Naopak partnerce či dceři vysílá zprávu o tom, že není životně důležité to, co prezentují média, ale to, jak se cítí ona sama. Zesílení této zprávy jako podpory je zapotřebí tím víc, pokud dcera či partnerka onemocní poruchou příjmu potravy a její sebepojetí je tím narušeno ještě více.

1.2 Důležitost pohledu mužů na ženské tělo

Protože sebepojetí a sebehodnocení je výsledkem styku s druhými lidmi a skutečné možnosti člověka jsou dány jeho organismem, může mezi nimi vznikat rozpor. *(Fialová, 2006, s. 71)*

Psychologové zkoumají mimo jiné také vnější pohled na naše tělo, to znamená pohled jiných osob, představujících jisté sociální prostředí. Jde o zjišťování vlivu tělesné přitažlivosti na vnímání a hodnocení člověka ve společnosti, na meziosobní vztahy a vývoj člověka. Tělesný vzhled je v podstatě nejdostupnější informací o člověku a poskytuje ostatním základní charakteristiky dané osoby. Jednotlivé tělesné kvality již předem mohou ovlivňovat naše pocity sympatie či nepřátelství, aniž bychom poznali, jaká skutečně tato osoba je. Totéž se dá říci o naší tendenci spojovat tělesný vzhled s jinými psychickými vlastnostmi dané osoby. *(Fialová, 2006, s. 49-50)*

Rodiče mohou ovlivnit vývoj body image svých dětí výběrem a komentováním oblečení a vzhledu dítěte nebo požadavkem, aby dítě vypadalo určitým způsobem a jedlo určitá jídla nebo se jim naopak vyhýbalo. Ačkoliv jsou rodiče většinou spokojeni se vzhledem svých dětí, mnoho z nich komentuje jejich váhu. Mohou tak dítě aktivně povzbuzovat ke snižování váhy. To platí jak pro

matky tak otce, pro chlapce i dívky. Kromě přímých komentářů může přispět k problémům sebeoceny dítěte i to, jak dítě vnímá množství zájmu, který rodiče hmotnosti věnují. Takové chování (abnormální soustředění se na své tělo, diety nebo cvičení kvůli snižování váhy, atd.) může vést k zaměření dětí na totéž a vést k nespokojenosti se svými tělesnými tvary. (*Smolak in Cash-Pruzinsky, 2004, s.69, přel. autor*)

Jestliže člověk přestane vnímat své vlastní tělo, když nenávidí své rozměry a svou tělesnou hmotnost, má potom problémy uvěřit tomu, že jiní lidé ho akceptovat mohou. (*Fialová, 2006, s.57*)

Vliv okolí na utváření sebeúcty a sebepojetí člověka je značný a nabírá ještě vyšší intenzity v případě, kdy je sebepojetí ženy narušeno poruchou příjmu potravy. Ta činí ženu citlivější k poznámkám a vlivům z okolí, je mnohem zranitelnější, a neutrálně míněná věta či vtip na její osobu může vážně ohrozit její sebepojetí a integritu, aniž by to okolí zamýšlelo. Ženy s poruchou příjmu potravy pak často říkají, že příčinou všeho byla poznámka partnera nebo otce o jejich např. „větším zadku“. Ženu se zdravým sebepojetím a sebevědomím by však tato jednotlivá věta nemohla ve vývoji ohrozit. Použila by mechanismy, kterými by se ochránila stejně, jako se chrání před mediální masáží o tom, jaká není a jaká má být. Její zdravé sebepojetí tak znamená určitý filtr, díky němuž sama rozhoduje o tom, která informace zvnějšku je relevantní a hodna sebereflexe a která je naopak pouze informací, názorem druhé osoby, která však nemá právo určovat, jak má dotyčná vypadat, co si oblékat, jak se chovat, atd. U žen s poruchou příjmu potravy jakoby tento „filtr“ chyběl nebo byl oslaben.

1.2.1 Tělo dcery

Úlohou otce v přijetí dcery jako ženy se zabývají Chvála a Trapková (2004). Otec dospívající dívky má jednu z klíčových úloh ve vývoji své dcery. Je na počátku jejího života nejbližším průvodcem do světa mužů. Skrz postoje, názory a chování otce se dívka od raného dětství a hlavně pak v předškolním věku učí mužským vzorcům chování, způsobu komunikace, učí se porozumět světu, ve kterém si později bude hledat svého životního partnera. Otec bývá často prvním mužem v životě dívky, který poprvé hodnotí vzhled a chování dcery, dává zpětnou vazbu o jejím těle, úpravě vzhledu, sebehodnocení. V ideálním případě by měl vysílat zprávu: “Mám tě

rád takovou jaká jsi, tak jak jsi, jsi v pořádku". Má při tom před sebou velmi těžký úkol, kdy musí přijmout fakt, že jeho dcera dospívá, není již dítětem psychicky (a hlavně) ani fyzicky. S jejím růstem a proměnou těla se často otec vyrovnává právě tím, že má potřebu komentovat její vzhled, často s trochou nadsázky a ironie, aby tak i sám sobě ulehčil vývojový úkol, který před ním jako rodičem, stojí. Dospívající citlivá dcera umí velmi dobře zachytit lehký sarkasmus a ironii v otcově hlase, ačkoliv právě nyní potřebuje vážnost a maximální přijetí. Otcí i dceří v této chvíli může pomoci matka dívky, která ztlumí jak manželovy poznámky, tak dceřinu vnímavost a nevráživost vůči poznámkám otce.

Pokud se dceří a otcí nepovede splnit vývojový úkol a již dospělá dcera odchází z rodiny bez vědomí, že její ženskost je správná, že taková, jaká je, se bude líbit, může pak dcera toto ujištění hledat u svých partnerů.

1.2.2 Tělo partnerky

Fyzická atraktivita při výběru partnerky hraje u mužů větší roli než u žen, není to ale jediný požadavek ze strany muže na partnerku. Tělo a jeho podoba však zůstává důležité pro vznik fyzické přitažlivosti, pro intimní sblížení páru. Pokud žena přichází do vztahu se zdravým sebepojetím a vědomím, že hodnocení okolí není to základní, čím by se měla vymezovat, neohroží ji ani občasná partnerova „neobratnost“ v hodnocení jejího těla.

Pokud si je však dívka či žena nejistá sama sebou, necítí se ve svém těle dobře, nevidí reálně své tělo a jeho možnosti a její sebepojetí se odvíjí od hodnocení okolí, může se partner dostat do situací, ve kterých žádná jeho odpověď nebude správná: opakované dožadování se odpovědi na otázky „nejsem tlustá?“, v případě poruchy příjmu potravy pak neustálé spojování množství jídla s tělesným vzhledem a zdánlivá iracionalita (ve skutečnosti však krutá logika nemoci) v pohledu na sebe i na moc jídla.

V obou případech může partner sehrát důležitou roli v upevnění či posílení sebevědomí partnerky. Upřímným připomínáním její jedinečnosti, její atraktivity pro něj samotného a odsunutím důležitosti vzhledu pro vztah z prvních míst může partnerku podpořit k zdravějšímu vnímání sebe sama, i když hlavní úkol je samozřejmě na ní samotné: přijmout samu sebe takovou, jakou je a mít se ráda. Muže však již tato „maličkost“ staví před dilema, co je vlastně správné na otázky

ohledně vzhledu, velikostí porcí atd. odpovědět. To je i častou otázkou na svépomocné skupině pro partnery a otce.

1.3 Životní zkušenosti a jídelní zvyklosti muže z původní rodiny

Jak již bylo několikrát zmíněno, původní rodina muže je klíčová v utváření nejružnějších postojů k sobě samému, k ženám, k životu vůbec. V souvislosti s poruchou příjmu potravy je pak důležité, jaké jídelní zvyklosti si muž přináší, jaké má životní zkušenosti, zda se setkal během svého života s onemocněním někoho blízkého, jakou roli tehdy hrál.

V případě, že muž vyrůstal v sourozenectví s dívkou – tedy sestrou – mohl proniknout do života dívky hlouběji než ten, který má jako sourozence bratra, či je jedináček. O to těžší pak může být pochopit svou partnerku při jejím každodenním boji se zrcadlem, sebevědomím, jídlem, když nikdy předtím nebyl svědkem něčeho podobného. To potvrzují výpovědi mladých mužů, kteří přicházejí na svépomocnou skupinu pro blízké v roli partnerů. Ti, kteří mají sestru, jsou většinou méně překvapeni a vyděšeni tím, s čím se jim jejich partnerka svěřuje.

Stejně tak muži, kteří si z původní rodiny přinášejí návyk společně jíst, scházet se u jídla a využívat tento čas ke sdílení zážitků obou z partnerů, jsou citlivější k jakýmkoliv abnormálnostem, které u partnerky pozorují, ač ještě nevědí, že se jedná o poruchu příjmu potravy.

1.4 Containment k pochopení onemocnění dcery či partnerky

Pro většinu mužů je porucha příjmu potravy stále něčím naprosto nepochopitelným, iracionálním a v podstatě nesmyslným. Také na svépomocné skupině často nemocné dívky a ženy pochybují o možnosti, že by jejich partner či otec onemocnění pochopil. Nemocné si kladou otázku, jestli má tedy vůbec cenu se s problémem svěřit právě otci či partnerovi. Na druhou stranu pokud se k tomuto kroku přece jen odhodlají a o svých potížích s partnerem či otcem mluví, většinou to poté hodnotí jako přínosný krok. Pokud se navíc povede komunikovat o tom, co kdo potřebuje, mohou získat spojence v boji s nemocí. Určité zlehčování a popírání závažnosti nemoci v očích mužů končí právě ve chvíli, kdy se týká někoho blízkého, tím spíše dcery či životní partnerky. Po tomto zjištění totiž zpravidla přichází strach

o partnerku či dceru, velká motivace „s tím něco dělat“, za každou cenu dívku či ženu vyléčit a udělat pro to maximum. V tuto chvíli muž potřebuje znát fakta o nemoci, potřebuje vědět, co je třeba změnit, aby vše bylo „zase jako dřív“.

Pokud je reakce muže na skutečnost nemoci dcery či partnerky opakovaně odmítává, neznamená to dle mého názoru, že by nebyl schopen pochopit právě poruchu příjmu potravy. Může jít spíše o neochotu a nechut' se zabývat jakýmkoli problémy dcery či partnerky a ukazuje to na určitou nefunkčnost vztahu otce s dcerou, resp. partnera s partnerkou. Rozpačitá reakce a jistá neobratnost v chování k nemocné dceři či partnerce neznamená nezájem, ale spíše nevědomost, jak se zachovat. V tuto chvíli potřebuje podporu nejen nemocná, ale také její blízký.

2. Základní vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) představují spektrum psychosomatických poruch charakterizovaných převážně psychogenně navozeným maladaptivním stravovacím chováním. Anorexia mentalis, bulimia mentalis a některé formy obezity mohou představovat opačné póly patofyziologické regulace tělesné váhy. Tato onemocnění v posledních desetiletích přitahují stále větší pozornost laické i odborné veřejnosti díky celosvětově rostoucí incidenci. Současný rychlý vědecký rozvoj přispěl k vytvoření nových biopsychosociálních vývojových modelů. (*Papežová in Höschl, 2002, s.600*)

Poruchami příjmu potravy v drtivé většině trpí dívky a ženy, chlapci a muži představují přibližně 5-10% všech nemocných. Vzhledem k tomuto faktu ve své práci ukazují charakteristiky nemoci na dívkách a ženách.

2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Termín anorexie však může být v některých případech zavádějící, protože nechutenství a oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout. U některých pacientek je omezování se v jídle naopak doprovázeno zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rády vaří pro druhé,...). Anorektické pacientky neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. (*Cohen, 2002, s.103*)

Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny příznaky (chybí-li některý, může se jednat o atypickou formu mentální anorexie):

- a) tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo je BMI 17,5 a méně (tělesná hmotnost v kilogramech dělená druhou mocninou výšky v metrech [kg/m²])
- b) pacientka snižuje váhu různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením

- c) ke specifické psychopatologii patří strach z tloušťky, přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy
- d) amenorea u žen (bývá "zakryta" užíváním hormonální antikoncepce)
- e) začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu zastavení, k dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menstruace může být opožděna. *(Papežová in Höschl, 2002, s.602)*

2.2 Mentální bulimie a záchvatovité přejídání

Tyto formy poruchy příjmu potravy jsou charakterizovány opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. "binge eating" a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Mentální bulimie začíná později než mentální anorexie. V anamnéze se více než v 50% vyskytuje plně vyjádřené nebo skryté epizody mentální anorexie s podvábou anebo amenoreou a dodržování diet. Pro definitivní diagnózu mentální bulmie musí být přítomny všechny uvedené poruchy:

- a) neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
- b) snaha potlačit výkrmný účinek jídla následujícími způsoby: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, anorektiky, laxativy, diuretiky, tyreoidálními preparáty
- c) specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, ve snaze udržet si nižší než premorbidní váhu (optimální či zdravou)

Záchvatovité přejídání může být reakcí na stres, vede k nárůstu hmotnosti následkem psychických faktorů a poruch stravovacího chování. Obezita pak může vést postupně ke sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci nebo rozvoji další somatoformní poruchy. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, afektivní labilitě i depresivním poruchám. *(Papežová in Höschl, 2002, s.602)*

3. Otec nemocné poruchou příjmu potravy

Skutečnost, že dcera trpí některou z forem poruchy příjmu potravy, bývá pro otce více překvapivá než pro matku. Doba, za kterou otec tento fakt vezme skutečně vážně a přijme jej, také bývá delší, někdy k přijetí nemoci u otce nikdy nedojde a porucha příjmu potravy je popírána, případně bagatelizována. Průvodcem léčby dcery je zpravidla matka, což ukazuje i rozložení účasti rodičů na svépomocných skupinách pro rodiče nemocných dívek (Svépomocná skupina Anabell Praha, Klub pro rodiče při Specializované jednotce PPP Psychiatrické kliniky VFN Praha). Při účasti obou rodičů muž přenechává iniciativu manželce či partnerce, matce dcery, s konstatováním „žena o tom ví víc, víc tomu rozumí, já nevím, jak bych to měl říci“. Pohled otce je však zvláště u mladších dívek stejně důležitý jako matčin, jeho zapojení např. do rodinné terapie je velmi žádoucí a pro léčbu poruchy příjmu potravy dospívající dcery často klíčové.

3.1 Potřeby a pocity pečujících zjištěné empirickými výzkumy

Bylo provedeno mnoho studií zabývajících se tím, jaký psychický dopad má péče o osobu s duševním onemocněním na pečující. Ukazuje se, že poskytování péče má významný vliv na úroveň distresu pečujícího. Ten péči pociťuje jako subjektivní břemeno a vyjadřuje potřebu podpory. Jsou ale známy i pozitivní aspekty poskytování péče. (*Perkins et al., 2004, přel. autor*)

Z kvalitativní studie „Zkušenost s poskytováním péče duševně nemocným“ vyplývá, že pečující o osobu s poruchou příjmu potravy často zažívají pocity viny a studu, dále vyjadřují potřebu praktické a emoční pomoci v jednání s nemocnou osobou (např. potřeba pomoci v čase oběda, potřeba pomoci při zvládnání celé situace), potřebu získat více informací o nemoci a léčbě, o svépomocných skupinách, o možnostech léčby a jednotlivých léčebných přístupech. Ze studie dále vyplývá, že pečující cítí velkou zodpovědnost za vznik poruchy příjmu potravy, vnímají dopady nemoci na svou rodinu, vytvářejí kognitivní reprezentaci nemoci (tzn. vidí nemoc odděleně od své dcery). (*Treasure et al., 2001, přel. autor*)

Z kvalitativní studie „Potřeby pečujících a jejich zkušenosti se službami a další podporou“ vyplývají tři klíčové oblasti potřeb: více informací, praktické rady a vedení a potřebu mluvit s někým druhým o své zkušenosti. Respondenti uváděli dále

potřebu získat více informací o vlastní léčbě, chtěli být zapojeni do léčby. Respondenti, jejichž dcera se již uzdravila, upozorňovali na nutnost prevence poruch příjmu potravy a domnívali se, že kdyby měli v počátku onemocnění více informací, dařilo by se nemoc dcery zvládnout lépe a rychleji. Zvláště u mužů zaznívala potřeba po konkrétním průvodci, kde se dozví, jak jednat s nemocnou dcerou či partnerkou, získat tak ujištění, že dělám věci správně: „Co mám dělat, když se přejí?“, „Co mám dělat, když chce zvracet?“, „Co mám dělat, když nejí, mám se jí ptát, co bude jíst?“, „Mám se ptát, jak jí je?“, „Mám jí něco zakazovat?“, „Měl bych ji nechat rozhodovat samostatně?“, atd.. Někteří respondenti potřebovali mluvit o své zkušenosti hlavně s těmi, kdo mají podobnou zkušenost a mohou tak situaci lépe rozumět. Věřili, že podpůrná svépomocná skupina jim pomůže zmírnit pocity izolace a nabídne jim možnost sdílet informace a zkušenosti. (Winn et al., 2004, přel. autor)

3.2 Průběh poruchy příjmu potravy dcery očima otce

Průběh poruchy příjmu potravy je u každého jiný, stejně tak je individuální pohled otce, který nemoc dcery sleduje. Přesto se pokusím obecněji popsat vývoj pohledu otce na nemoc a proměnu pocitů a potřeb otce během onemocnění dcery na základě zkušenosti z dlouhodobé práce s nemocnými poruchou příjmu potravy a jejich blízkými. Vycházím ze situace, kdy jsou v rodině přítomni oba rodiče, dcera s nimi žije ve společné domácnosti a oba rodiče projevují zájem o onemocnění dcery a řešení situace. Jakákoliv jiná podoba tohoto systému (např. neúplná rodina, dcera žijící samostatně, rodiče v rozvodovém řízení, dysfunkční vztahy v rodině, neochota rodičů onemocnění být jen připustit, atd..) znamená také proměnu pohledu otce na nemoc a proměnu jeho potřeb. Čas, který otec potřebuje k přijetí nemoci, k jejímu připuštění a vyrovnání se, resp. i k přechodu do dalších fází boje s nemocí, je opět různě dlouhý. Závisí nejen na dceři, jejím věku, závažnosti a délce trvání poruchy, ale i na povaze otce, jeho ochotě, zkušenostech a možnostech zvládnout těžkou situaci společně s dcerou.

3.2.1 Odhalení onemocnění dcery

S podezřením na onemocnění dcery zpravidla přichází za otcem matka. Ať už se jedná o mentální anorexii, bulimii či přejídání, reaguje otec často lehkovážně, odmítavě, strach matky o dceru zlehčuje (tato reakce je o to častější, pokud dcera trpí

mentální bulimií a fyzicky se nijak nemění, často ani v jejím chování nejsou pro otce zaznamenané změny). Nápadně jiné chování je navíc často ze strany obou rodičů, zvláště otce, přičteno pubertě a dospívání, s typickým postojem „to ji zase přejde“. V další fázi vyrovnávání se se skutečností nemoci dcery se objevuje snaha po rychlých řešeních, znovunastolení normálního chování jak v jídle, tak ve vztazích. Otec se snaží využít své autority („prostě se pořádně najíš a bude to“, „zamkneme lednici a kuchyň a opovaž se přejídat a zvracet“, „přestaň si vymejšlet a chovej se normálně“), po skutečných problémech a pocitech dcery se však neptá. Jeho snaha je pochopitelná, snaží se rychle vyřešit krizi, která zasahuje celou rodinu včetně jeho partnerského vztahu s manželkou či partnerkou.

Z kvalitativní studie, jejíž respondenti byli také otcové dívek s poruchou příjmu potravy, vyplývá, že někteří pečující rozpoznali nástup nemoci, pozorovali změnu v chování, ale nedokázali nemoc dcery zastavit. Narazili buď na popírání nemoci dcerou či absolutní neochotu o tomto podezření pečujícího komunikovat. Po potvrzení onemocnění dcery často u otců docházelo k podcenění závažnosti onemocnění, většina z nich pak popisuje období zjištění nemoci jako období plné bezmoci, kdy nevěděli, co mají dělat, jak komunikovat, na koho se obrátit. (*Perkins et al., 2004, přel. autor*)

3.2.2 Hledání příčin a logiky nemoci

Pokud se nemoc opravdu rozvine a nejedná se o běžné konflikty a hledání spojené s pubertou a adolescencí dcery, začne si otec klást otázku, jak je možné, že jeho dcera je nemocná, kde se stala chyba a kdo za ni může. Často dochází k hádkám mezi rodiči, každý zastává jiné stanovisko, jak by se mělo s dcerou jednat a postupovat, otec je vystaven tlaku matky, kterou již dlouho svírá strach o dceru a očekává od něj, že také on konečně převezme zodpovědnost za nemoc a léčbu své dcery. Vzájemné obviňování a nekonstruktivní hledání chyb a příčin je v ideálním případě přerušeno odborníkem, kterého rodina vyhledá a dostane první informace o nemoci, zdravotním stavu dcery, možnostech léčby, podílu jednotlivých členů rodiny na léčbě.

Perkins (2004) ve svém výzkumu dochází k závěru, že většina otců dokázala sama sobě logicky zdůvodnit, že onemocnění není jejich chyba. „Lámte si hlavu nad tím, jestli to byla Vaše chyba. Co jsem udělal? Co jsem neudělal? Co jsem měl

udělat? No a já osobně jsem došel k závěru, že jsem nemohl dělat nic, že se to prostě stalo, nemůžete si donekonečna připomínat vinu.“ (Gregory, otec). Negativní emoce, které se u respondentů objevily v souvislosti se zjištěním poruchy příjmu potravy u dcery, nevymizely, naopak se v průběhu nemoci ještě zesílily. Respondenti hovořili o frustraci a vzteku, zklamání, pocitu, jako by byli chyceni v síti, pocitu nemožnosti situaci zvládnout a nezbláznit se. Intenzita těchto pocitů se snížila s jakoukoliv pozitivní proměnou (zlepšení stavu dcery, odchod dcery z domu, předání dcery do odborné péče,...). (Perkins et al., 2004, přel. autor)

3.2.3 Mobilizace sil a podpora dcery v léčbě

V této fázi se otec většinou snaží dozvědět o nemoci dcery co nejvíce informací - pochopit logiku nemoci, přijmout skutečnost, že porucha příjmu potravy je závažná nemoc a bude vyžadovat trpělivost a dlouhodobou odbornou pomoc.

Dlouhé měsíce hádek s dcerou i manželkou vystřídá částečné uklidnění a naděje, že existuje cesta ven a že problém je řešitelný. Otec potřebuje najít odpovědi na své konkrétní otázky, potřebuje konkrétní rady, jak se chovat v té které situaci. Jak s dcerou komunikovat, jak řešit situace vzniklé kolem stravovacích návyků, jak zacházet se strachem dcery z jídla, jak nepodléhat jejím manipulacím, jak zůstat pevný a zároveň citlivý ve svých rozhodnutích, jak se vyjadřovat o dceřině vzhledu, jak vystupovat spolu s manželkou jednotně co se týče chování k dceři, jak udržet chod rodiny, jak vysvětlit dalším potomkům chování a obtíže jejich sestry, atd.

Zprostředkování informací a odborné literatury je pro otce tou největší pomocí, kterou v tuto chvíli může odborník i laik nabídnout. Na Svépomocné skupině Anabell se opakovaně ukazuje, že v této fázi otec nepotřebuje sdílet své pocity a poslouchat příběhy jiných rodičů, ale potřebuje jasné a konkrétní rady, jak nemoc odstranit, jak eliminovat její dopady („Řekněte mi, kam se mám vrátit, kde a jak to mám opravit, ať je dcera zase zdravá!“ – citace účastníka svépomocné skupiny Anabell pro blízké v roli otce). Otázky často směřují k logice nemoci, k překvapení z nefungující racionální argumentace, k bezradnosti, co dělat, když se dcera nechová podle předpokladů a nefungují rady, které otec našel v odborných knihách či slyšel od odborníka. Pozornost otce je tedy maximálně nasměrována k nemocné dceři. Partnerský život, vlastní koníčky a péče o sebe a vlastní pocity jsou zatlačeny do pozadí.

O to více je frustrující, pokud dcera nespolupracuje, nesdílí odhodlání rodičů vyhledat odbornou pomoc a začít se léčit, dokonce reaguje negativně na obrovskou starost a péči rodičů a odmítá nejen léčbu, ale i samotnou existenci nemoci. Poučený otec ví, že ambivalence k léčbě je součástí onemocnění a je konfrontován s vlastní bezmocí cokoliv pro dceru udělat. Poprvé pocítuje na vlastní kůži to, co vyčetl v odborné literatuře – k léčbě se musí rozhodnout dcera sama.

Jednou z možností pro dívky mladší 18 let je nedobrovolná hospitalizace, ke které dají souhlas rodiče. Otec s matkou mají tedy v rukách možnost, se kterou jejich dcera nemusí souhlasit, ale přesto se tomu musí podvolit. Rozhodnutí, co je pro dceru lepší, je pro otce snazší, pokud zná pozitiva i negativa obou možností – hospitalizace a dalších pokusů o léčbu v domácím prostředí – a pokud může svůj názor a následné rozhodnutí opřít o doporučení odborníka. Opora odborníka může oslabit pocit viny z toho, že otec nechává dceru hospitalizovat proti její vůli. I přesto může díky hospitalizaci dojít k vyhocení vztahu mezi otcem a dcerou, bez odborníky doporučené hospitalizace zase hrozí zhoršení zdravotního stavu dcery. I nedobrovolná hospitalizace dcery však otce nemusí bezmoci zbavit, pokud po skončení pobytu zůstává dcera v podobném stavu jako před hospitalizací. Moc rodiče rozhodnout o dítěti mladším 18 let a tím zcela zvrátit onemocnění je tedy pouze zdánlivá.

Perkins (2004) v kvalitativní studii uvádí praktické obtíže, kterým se otcové při domácí péči o dceru museli postavit. Jednalo se o společné stolování a veškeré aktivity spojené s jídlem – nakupování, výběr potravin, schovávání jídla považovaného za snědené, finanční dopady, atd. Dále analyzuje strategie zvládání situace, které pečující používají. Jsou jimi: pozitivní způsob myšlení, humor, pokus akceptovat problém, udržet si vlastní zájmy a získat dostatek informací o nemoci. Důležité bylo také nepřemýšlet o ztracených letech a příležitostech, ale uvažovat v dimenzi „tady a teď“. *(Perkins et al., 2004, přel. autor)*

3.2.4 Vyčerpání možností, vztek na služby, na společnost

Doba, po kterou je pozornost otce i celé rodiny maximálně soustředěna na pomoc nemocné dceři, je různě dlouhá v závislosti na věku dcery (čím nižší věk, tím větší mobilizace sil celé rodiny), délce onemocnění, spolupráci dcery, možnostech léčby (ambulantní, pobytové, stacionární, svépomocné,...), trpělivosti a vytrvalosti

vyčerpány bez viditelného efektu a otec nevidí výsledky své snahy a aktivity dceři pomoci, začne hrát roli vztek. V první fázi se jedná o vztek na služby, které jsou dostupné či právě nedostupné, na nefungující systém. Poprvé za dlouhé období, kdy se dozvěděl a postupně vyrovnal se skutečností, že jeho dcera je nemocná a že rychlé a snadné řešení neexistuje, ventiluje také své pocity. Přestává být podporující v boji s nemocí, hledá vysvětlení a omluvy pro to, proč se léčba nedaří. V této chvíli může být jeho vztek profitem pro samotnou nemoc, která najednou vypadá neřešitelná a zcela pohlcuje nejen dceru, ale i její blízké. Zaujetí postoje „my“ (dcera, rodina a nemoc) versus „oni“ (odborníci, kteří v očích otce selhali) jen posílí nemoc jako takovou a změna je blokována nejen dcerou, která sama není odhodlaná se léčit, ale i rodinou, jež vysílá zprávu „nikdo nám nepomůže, všichni jsou na nemoc naší dcery krátcí, nikdo si s ní neví rady“. Teprve rozklíčování tohoto „zaklínadla“ může celý proces léčby posunout dál.

Ani širší okolí často nenabízí otci pochopení a možnost najít úlevu. Díky nezkušenosti s nemocí doporučuje rychlá laická řešení, která však v případě poruch příjmu potravy nefungují, a otec záhy zjistí, že svěřovat se s problémem nemoci dcery a celé rodiny nezasvěceným ho spíše staví do role obhájce vlastní bezmoci, než aby mu pomohlo se s těžkou situací lépe vyrovnat. I tak mu ale širší okolí může pomoci – tím, že mu umožní alespoň na chvíli zapomenout na nemoc dcery a přemýšlet o běžných všedních radostech a starostech.

3.2.5 Bezradnost, bezmoc, apatie

Není výjimkou situace, kdy dcera navštěvuje společně s rodiči renomované odborníky a u všech se jen díky postoji dcery a celé rodiny potvrdí rodinou přijaté výše uvedené „zaklínadlo“.

Ať už dcera spolupracuje či nikoliv, pro otce jsou opakované neúspěšné pokusy dceři zprostředkovat pomoc velmi frustrující, délka trvání řešení problému přímo úměrně zvyšuje pravděpodobnost pocitů bezmocnosti. Nefungují příručky, nefungují rady odborníků, vztah s dcerou i další vztahy v rodině se zhoršují a časová neohraničenost nemoci a jejího vyřešení vrhá otce do ještě větší bezradnosti.

Zatímco psychický stav dcery, pokud není k léčbě sama motivována, se absolvovanými pokusy vyléčit se příliš nemění, otec zažívá pocity bezmoci, někdy až

apatie. Sdílení zkušeností a pocitů spolu s dalšími rodiči, kteří jsou ve stejné situaci, může přinést úlevu v tom, že tuto situaci zná i někdo druhý a také z ní zatím nenašel uspokojivé východisko. To zmírňuje otcovy pocity bezmoci a viny, které naopak mohl umocnit postoj širšího okolí „tak s ní něco dělej, vždyť ti umírá před očima...“, „to já bych ji naučil jíst, to bys koukal...“, „jak sis ji vychoval, tak ji teď máš...“. Zároveň může být ve skupině přítomen někdo, kdo zažil podobnou situaci, cítil se stejně bezmocně a přesto se situace změnila a jeho dcera se uzdravuje. Svépomocná skupina či podpůrná edukační skupina vedená odborníkem může otci pomoci udržet si víru ve vyléčení, i když aktuální situace zlepšení nenaznačuje.

3.2.6 Vztek na dceru, rezignace

Je obvyklé, že otec po určité době rezignuje na jakákoli další opatření a řešení a přestane se o nemoc dcery i o dceru samotnou zajímat. Často tomu předchází hádky a vztek na dceru, protože v očích otce dcera nedělá pro uzdravení dost, neváží si pomoci rodičů, neslyší na smutek a pláč matky, neslyší na dobře míněné rady obou rodičů a dokonce ani odborníků. Otec zaujme obranný postoj „dělej si co chceš, je mi to jedno“. Méně se zdržuje doma, více se soustředí na svou práci, znovu se věnuje koníčkům, obnovuje vyčerpané síly. Nechce už poslouchat manželčiny obavy o dceru, diskuze na toto téma odmítá, maximálně manželce vyčítá její „věčně ochránářský“ vztah k dceři. S dcerou v této době málokdy komunikuje a pokud ano, tématu nemoci a dceřina zdravotního stavu se vyhýbá.

Obranný postoj jej dle mého názoru chrání před neúměrnou psychickou zátěží, kterou pro něj dlouhodobé onemocnění dcery bezpochyby je. Málokdy je ochoten zabývat se svými pocity, nevyhledává možnost pocity sdílet, nemá chuť využít pomoci svépomocných skupin či odborníků, nevidí v tom smysl. Nabídka odborné pomoci pro něj samotného je v této fázi většinou odmítnuta. Jakoby si dříve než matka dcery uvědomil, že rozhodnutí k léčbě musí padnout z úst dcery, nikoliv jen od něj či od matky. Svým obranným postojem nevědomky poskytuje prostor dceři, která musí sama převzít odpovědnost za nemoc a léčení. Kritizováním přístupu manželky k dceři přispívá k tomu, aby i manželka stáhla „ochrannou ruku“ nad dcerou a věnovala se také sobě a svým potřebám. Pokud však dcera ještě není připravena na osamostatnění se a převzetí odpovědnosti za svůj život i své léčení, může být odcizení a rezignace otce kontraproduktivní a nemoc se může nadále

zhoršovat. Neexistuje tedy jasně daná doba, po které je rezignace otce a matky, a tím i rozvolnění stereotypně fungujícího systému dcera – nemoc – rodiče, pro dceru uzdravující.

Chvála a Trapková (2004) v teorii sociální dělohy kladou důraz na terapeutovo správné rozpoznání situace v rodině. Úloha terapeuta podle nich spočívá buď v podpoře dcery separovat se od rodiny a v podpoře rodičů vytvořit prostor pro separaci, anebo v podpoře vztahového přiblížení se dcery s matkou či dcery s otcem. (Chvála - Trapková, 2004)

3.2.7 Radost ze zlepšení, strach a zklamání z relapsu

I drobný záchvěv zlepšení stavu dcery probudí otce opět k aktivitě a víře, že uzdravení je možné i pro jeho dceru. Jen obtížně je však ochoten připustit, že zlepšení může být pouze přechodné a neznamena konečné vítězství nad nemocí. Krok zpátky (nezvládnutý denní režim – vynechané jídlo, přejedení s následným zvracením,...) vnímá jako selhání a jen těžko skrývá pocit zklamání. Dobře informovaný otec však umí dceru v této chvíli podpořit a dodat jí odvalu k pokračování v započaté léčbě. On sám se znovu může opřít o odbornou literaturu, zkušenost ze svépomocné rodičovské skupiny a nepodlehnout díky tomu pocitu, že nemoc dcery nikdy neskončí. Možnost vystřídat se s jiným rodinným příslušníkem v podporování dcery i v době, kdy se léčba na chvíli zastaví a nepokračuje, může otci pomoci nepřenášet na dceru své pocity zklamání a netrpělivosti.

Perkins (2004) ve své studii nachází ve výpovědích otců, jejichž dcery se již uzdravily, také pozitivní aspekty péče o nemocnou dceru. Jsou jimi: vznik pevnějšího vztahu s dcerou, zlepšení vztahů a komunikace v rodině, osobní rozvoj a lepší zvládnání stresových situací ve svém životě, schopnost lépe porozumět druhým lidem, atd. (*Perkins et al., 2004, přel. autor*)

3.3 Rodinný systém

Ve výzkumu Vandereyckena (1995) byly srovnávány normální rodiny a rodiny, ve kterých se vyskytla porucha příjmu potravy. „Anorektické“ rodiny vykazují více rigidity v rodinném uspořádání, méně jasné interpersonální hranice a tendenci vyhýbat se otevřené diskuzi při nesouhlasu mezi rodiči a dětmi. „Bulimické“ rodiny naznačují pevnější interpersonální hranice, méně často se

vyhýbají vyjadřování nesouhlasu, ale také jsou méně stabilním rodinným uspořádáním. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s.220, přel. autor*)

Štichová (2002) nachází v rodinách dívek s poruchou příjmu potravy podobné rysy těchto rodin:

- členové těchto rodin jsou přehnaně ochraňující a pečující o sebe navzájem, nerespektují osobní hranice
- rodiny izolované, uzavřené, které mají pocit ohrožení, jsou semknuté, jako kdyby zvenku přicházelo nebezpečí
- rodiny rigidní, nepřízpůsobující se vývojovým změnám v rodině (udržování dospělého v roli dítěte)
- rodiny nevyjadřující emoce (zvláště negativní) a tak nedostatečně řešící konflikty
- vztahy rodičů jsou méně významné partnersky („my jsme především rodiče“, nebo skrytý partnerský problém)
- matky jsou většinou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte; matky, které samy trpí poruchou příjmu potravy
- otcové jsou nevýznamní, vzdálení, ať pro přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost, či neschopnost navázat s dítětem pevný vztah. (*Štichová in Vodáčková a kol., 2002, s.451-452*)

Rodinný systém hraje v procesu léčby důležitou roli zvláště u mladších dívek, které onemocní poruchou příjmu potravy. Výzkumy potvrzují, že největší úspěch v léčbě přináší kombinace individuální kognitivně-behaviorální terapie nemocné dcery a rodinná terapie, které se účastní všichni členové rodiny. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s.222, přel. autor*)

Při léčení poruchy příjmu potravy hraje roli i rodinná historie, postoje rodiny k psychickým onemocněním, jídelní zvyky v rodině, způsob komunikace mezi jejími členy, atd.

Winn (2004) se ve své studii zaměřila také na podporu rodiny a přátel, kterou pečující o nemocnou dceru dostává. Respondenti uvádí, že užitečné při péči o nemocnou dceru byla stabilní rodina, práce v týmu a prostředí, kde mohli ventilovat své emoce. Většina respondentů však uvádí, že existuje limit, kdy může ještě rodina a přátelé pomoci. Dle jejich výpovědí kolem nich bylo jen málo lidí, kterým se

svěřovali, většinou se totiž setkali s nepochopením, nepřátelskými reakcemi a to vyvolávalo pocity viny a studu za onemocnění dcery. (Winn et al., 2004, přel. autor)

3.3.1 Partnerský vztah

Partnerský vztah otce a matky je díky dlouhotrvající nemoci dcery vystaven velké zátěži. Odborníky doporučovaný jednotný postoj rodičů k nemocné dceři klade na rodiče požadavek dobře komunikovat, vzájemně naslouchat svým potřebám a názorům, ochotu najít kompromis. Uzavírání koalic jednoho z rodičů s dcerou většinou znamená posílení nemoci a narůstání konfliktů mezi rodiči či nebezpečí rozpadu partnerského vztahu.

Častěji lépe v tuto chvíli chrání vztah partnerů muž, který se snaží i přes nemoc dcery zachovat čas trávený pouze s manželkou, lépe se odpoutává od neustálých myšlenek na nemoc dcery a její utrpení. To může být ze strany manželky vnímáno jako nedostatečný zájem o dceru, o řešení její nemoci a znovu dochází ke konfliktům, k vyladování rozdílných názorů a postojů k dceři a k nemoci. Přizvaný odborník podporuje rodiče ke společnému postupu vůči nemoci dcery, učí je řešit spory konstruktivně, ukazuje nebezpečí nečitelnosti postojů rodičů a málo pevných hranic pro dceru, atd. Tím vším je partnerský vztah utužován a nemoc dcery pro něj neznamená tak velké nebezpečí.

3.3.2 Komunikace v rodině

Jak již bylo několikrát zmíněno, průběh nemoci dcery je ovlivněn mnoha proměnnými. Jednou z nich je také vztah dcery s otcem, jejich komunikace. Po rozvinutí poruchy příjmu potravy se otec většinou soustředí na nemoc dcery, komunikace je zúžena na jídlo a jídelní chování. Na Svépomocné skupině Anabell opakovaně zaznívá bezradnost otců „jak a o čem se s dcerou bavit“. Vyléčení dcery ale předpokládá zapojení se do normálního života, je proto třeba nevytvářet během nemoci umělé prostředí (strach se dcery na cokoli zeptat, tichá tolerance prapodivných jídelních návyků, nadbíhání typu „jen aby něco snědla“, uzpůsobení jídelních zvyklostí celé rodiny dle nemoci a manipulující dcery, atd.), ale co nejvíce udržovat komunikaci a chod v rodině v normálním režimu. Dcera se musí naučit jíst bez podmínek, je tedy žádoucí, aby otec i matka dceru podporovali v normálním jídelním chování a stejně tak s ní oba komunikovali (nejen o jídle a velikosti porce,

ale o běžných všedních záležitostech, o její představě o životě, budoucnosti, jejích přáních a potřebách, ale i potřebách ostatních členů rodiny, atd.).

Perkins (2004) se ve své studii zaměřila také na vztah otce a dcery. Byla zjištěna emoční bariéra mezi otcem a jeho dcerou během nemoci, obtíže v komunikaci a pocit, že je dcera na otci jako pečující osobě závislá. Respondenti také zmínili negativní dopad na další členy rodiny, kdy péče o dceru znamenala velkou zátěž na úkor manželky či partnerky a dalších dětí. Několik respondentů uvádělo lítost nad ztracenými možnostmi pro sebe a svůj život kvůli péči o nemocnou dceru. (*Perkins et al., 2004, přel. autor*)

3.3.3 Vliv nemoci dcery na vztah otce s dalšími dětmi

Nemoc ovlivňuje celý rodinný systém, má tedy vliv i na další děti v rodině a vztah otce s nimi. V jednotlivých fázích nemoci dcery může procházet vztah otce s dalším dítětem proměnami. Koncentrace otce na nemocnou dceru může v otci vyvolávat potřebu kompenzovat „odstrčení“ druhého dítěte, někdy funguje druhé dítě jako prostředek úlevy pro otce („alespoň jedno dítě mám normální“), někdy je druhé dítě dáváno za vzor nemocné dceři („proč nemůžeš být jako tvá sestra/jako tvůj bratr, s ní/ním žádné problémy nejsou“), někdy je zdravý sourozenec v roli naslouchajícího a podporujícího, tedy zcela mimo roli dítěte, která mu ve vztahu s otcem přísluší.

Bývá to právě zdravý sourozenec, který nejlépe udržuje rodinu v normálním chodu, pomáhá otci a matce zapomenout na nemoc své sestry, má největší náhled a odstup od nemoci, což se ukazuje při rodinných terapiích. Nepochybně ale nemocí své sestry trpí a jeho role mu přináší velkou zátěž, kterou nepozoruje ani blízká rodina a ani širší okolí. Sourozenci takto i jinak duševně nemocných lidí jsou stále opomenutou skupinou postižených.

3.4 Potřeby a pocity otce

Tak, jako se proměňuje onemocnění dcery, proměňují se v souvislosti s tím i pocity a potřeby otce. Ten zažívá v průběhu onemocnění dcery velké množství pocitů, které více či méně potlačuje nebo se s nimi vyrovnává náhradním způsobem. Tento způsob práce s emocemi je dle mého názoru do jisté míry ovlivněn samotnou nemocí dcery. K jejímu léčení je třeba citlivý, nedramatický a nedirektivní přístup, který často blokuje spontánnost a intenzitu ve vyjadřování emocí. Např. volný

průchod vzteku otce v případě, kdy dcera nedojedla jím stanovený objem jídla, je kontraproduktivní léčbě. Stejně tak dlouhodobá nutnost podpory a opory pro nemocnou dceru nedovoluje naplno prožívat smutek, zklamání a beznaděj, ale naopak nutí obrnit se trpělivostí, vytrvalostí a v určitých chvílích své potřeby potlačit. I proto je péče o člověka s poruchou příjmu potravy tak psychicky vyčerpávající.

Winn (2004) ve své studii zjišťovala potřebu otců začít s vlastní terapií. Většina otců však tuto možnost pro sebe nepovažovala za nutnou. Problémů je podle jejich názoru zbaví jedině to, že se dcera uzdraví. (*Winn et al., 2004, přel. autor*)

4. Partner nemocné poruchou příjmu potravy

V mnoha ohledech je situace partnera ve vnímání poruchy příjmu potravy partnerky podobná jako v případě otce a jeho nemocné dcery. Navážu tedy na předcházející kapitoly a doplním o specifika, která se váží k mužům v roli partnerů.

Základní rozdíl mezi mužem v roli otce a v roli partnera je v tom, že otec si svou roli nevybírání, nemá možnost z této role odejít, zůstává otcem dcery, ať už je zdravá či nemocná. V tom může být situace pro muže v roli partnera jednodušší, má vždy volbu, zda s partnerkou zůstane, či ne. Možnost volby je však pouze zdánlivým ulehčením, může naopak znamenat pro partnera obrovskou zátěž při rozhodování o této volbě.

4.1 Vztah partnerů a role nemoci ve vztahu

Situace, za které vstupuje partner do vztahu, je velmi důležitá pro další vývoj podoby vztahu a partnerovu roli v léčbě nemoci partnerky. Může totiž vstupovat do vztahu bez vědomí, že jeho partnerka trpí poruchou příjmu potravy, případně si nemusí uvědomovat, jaká rizika a jakou zátěž to pro něj do budoucna může znamenat. Zcela jiná situace nastává, pokud partner vstupuje do vztahu s plným vědomím a plnou informovaností, co porucha příjmu potravy obnáší. To, jak vnímá nemoc sama partnerka (zda si uvědomuje své onemocnění, zda je aktivní v léčbě, atd.) a jak její partner, má vždy vliv na rozložení sil ve vztahu, na míru kontroly, na stupeň závislosti jednoho na druhém, na přebírání odpovědnosti partnerem. Jen vzácně se totiž podaří oddělit vztah od nemoci a ta tedy zákonitě vztah nějakým způsobem ovlivňuje a proměňuje, ač si to zpočátku partneři nemusí nebo nechtějí uvědomovat.

Jednou z mnoha proměnných, které ovlivňují existenci vztahu a způsob, jak se partner vyrovnává s nemocí, je samozřejmě věk partnerů a délka jejich partnerského vztahu. Onemocnění partnerky je pro oba dva zátěžovou situací a jednou z možností pro partnera, jak ji překonat, je opuštění partnerky. Důvodem nemusí být porucha příjmu potravy jako taková, ale její následky, které limitují i partnera. Ten není ochoten v takovém vztahu setrvávat pro jeho nestabilitu a nenaplňenost – např. nemožnost chodit do společnosti na jídlo, celková izolace partnerky od společnosti, časté změny nálad a s tím spojené konflikty, závislost na

partnerovi, nechť k sexu, dlouhodobá zátěž spojená s nekonečnými rozhovory o postavě, jídle, pocitech či naopak neochota o problémech mluvit a řešit je, neochota partnerky se léčit, zdravotní potíže partnerky, strach z nemožnosti počít a přivést na svět dítě, atd. Čím stabilnější vztah a čím zralejší oba partneři jsou, tím větší šance je, že společně překonají i tuto zátěžovou situaci.

4.1.1 Způsob zjištění nemoci partnerem

Partner se může o nemoci partnerky dozvědět více způsoby a způsob zjištění má také pro každého jiný význam. Většinou je partnerem pozitivně hodnoceno, pokud se to dozví přímo od partnerky, ať už ústně, v dopise či přes např. ICQ. Náhodné zjištění onemocnění partnerky (např. přistižení při zvracení, při vyhazování jídla považovaného za snědené, atd.) většinou přinese velké překvapení a pocit podvedení a zklamání, že před ním partnerka něco takového tajila a svým způsobem byl klamán. O partnerčině nemoci se také partner může dozvědět od někoho z jejího blízkého okolí – kamarádů, rodičů, spolužáků. Tomuto oznámení sice nemusí uvěřit, ale může v něm vyvolat podezření a větší obezřetnost vůči chování a psychickému stavu partnerky.

Reakce partnera hodně závisí na jeho informovanosti o nemoci. Zpravidla se s nemocí ještě nesetkal, četl o ní jako o „nemoci modelek“ či „hloupých malých holek“ a nedovede si příliš představit, co všechno onemocnění znamená. Jeho reakce tedy nemusí být nijak dramatická, předpokládá totiž, že když se jedná o nemoc, může se i vyléčit, stejně jako chřipka. V tuto chvíli partner potřebuje získat informace (vyptává se partnerky, sám hledá informace nejčastěji pomocí internetu) a mobilizuje síly k pomoci partnerce. Je optimistický a hledá řešení problému. Zjištění nemoci mu také může přinést úlevu v případě, že již delší dobu pozoroval, že se partnerce a také ve vztahu „něco děje“. Nedokázal si vysvětlit změny nálad partnerky, některé podivné návyky - neochota partnerky odjet na delší dobu mimo známé prostředí, pravidelné odchody na toaletu po jídle, nápadná nárazovitá konzumace většího množství jídla, odmítání společného jídla s výmluvami typu „už jsem jedla, nemám teď hlad, vezmu si něco později“, pokles váhy, rychlé změny váhy, zvýšená únava či naopak nepřiměřené cvičení, ztráta zájmu o fyzický kontakt, zaměření se na jídlo a postavu, hodnocení vzhledu okolí, neochota komunikovat atd. Najednou dávají tyto opakující se návyky a změny smysl a zbaví partnera pochybností o tom, že by ve

vztahu něco dělal špatně. Vše negativní v chování partnerky přičte právě zjištěné nemoci.

4.1.2 Nebezpečí snahy partnera pomoci

Partner může ve své snaze co nejrychleji pomoci a stabilizovat tak vztah přebírat za partnerku odpovědnost - rozhoduje za ni, přebírá iniciativu v léčbě - ačkoliv jedinou cestou z poruchy příjmu potravy je převzetí odpovědnosti za rozhodnutí léčit se samotnou nemocnou.

Pokud partner začne přebírat za partnerku odpovědnost – např. začne rozhodovat o tom, kdy a co bude partnerka jíst, chystá jí jídlo, upozorňuje ji, kdy jí málo a kdy už je to moc, rozmlouvá s ní o tom, jak se cítí, jak prožívá své tělo, sdílí s ní její beznaděj a smutek, snadno se může dostat spíše do role „terapeuta“ než rovnocenného partnera. Z původní snahy pomoci partnerce s jídlem se stává dobrý zvyk a partner začíná rozhodovat i o dalších věcech, které už přímo s poruchou příjmu potravy nesouvisí. Tímto způsobem může nevědomě kompenzovat zátěž, kterou díky nemoci partnerky nese. Převzetí kontroly nad celým životem partnerky je jednodušší než setrvání v roli rovnocenného partnera s omezenými možnostmi ovlivnit její nemoc. Na Svěpomocné skupině Anabell pro blízké partner v takové roli často mluví v množném čísle „my už jíme i knedlíky“, opakovaně zdůrazňuje svůj vliv na partnerku „to zvládnou, přesvědčím ji, kvůli mě to udělá“, v jeho hlase zaznívá hrdost nad tím, jak dobře proces léčby partnerky řídí a někdy i kritika odborné pomoci, která „vůbec netuší, co partnerka potřebuje, do nemocnice bych ji nikdy nedal, zvládneme to sami“. Při pozorování obou partnerů z páru je vidět dominance partnera – častěji mluví, odpovídá i na otázky, které jsou kladeny partnerce, ta při odpovědi hledá oční kontakt s partnerem, jakoby chtěla jeho souhlas k tomu, co sama říká. Spíše než v pozici partnerů se tak oba ocitají v jiných rolích, v roli rodiče (partner) a dítěte (partnerka), v takovém rozložení sil se sice může stav partnerky přechodně zlepšit, ale jen obtížně to může být udržitelný stav.

Perkins (2004) popisuje, že někteří partneři zjistili, že to, co považují za základní pro uzdravení partnerky z poruchy příjmu potravy, o kterou se starali, je udělat krok zpět a nechat nemocnou převzít kontrolu nad svou nemocí a celým životem. Frank, partner, k tomu říká: „Měla by mít kontrolu nad svým životem, to je to, co může tu nemoc začít ničit“. (Perkins et al., 2004, přel. autor)

4.1.3 Nebezpečí pasti manipulace ze strany partnerky

Stejně jako otec nemocné dcery, také partner nemocné partnerky po zjištění nemoci většinou soustředí svou pozornost na partnerku a možnost léčby, zapomíná na své koníčky, méně se setkává s přáteli, uzavírá se více do partnerského vztahu s úmyslem partnerce pomoci – být s ní, zachránit ji od špatných nálad, být k dispozici kdykoliv partnerka potřebuje. Ztrácí tak své hranice, stává se zachráncem, ale i obětí. Svou bezhraniční snahou napomáhá vytváření závislosti partnerky na sobě a dostává se tak do bludného kruhu (v jeho přítomnosti partnerka nemoc zvládá, jakmile je sama, příznaky nemoci se zhorší). Nemoc dostává novou moc a partnerka může podvědomě i vědomě této manipulace využívat. To, co by jí jiný partner v rovnocenném vztahu netoleroval, nemocí chycený partner akceptuje. Optikou pozorovatele pak lze sledovat vztah, ve kterém nemoc diktuje pravidla. Partner vždy ustoupí ze svých potřeb, když je partnerce špatně, když nechce jíst, když zruší na poslední chvíli schůzku či společnou dovolenou. Jako alibi spolehlivě funguje nemoc. Partner chování své partnerky omlouvá, toleruje, chrání ji i před negativními reakcemi okolí, které není tak tolerantní jako on.

Po čase se však může objevit zlost a vztek na partnerku, což u partnera vyvolává pocit viny, vyčítá si skutečné pocity a opakuje si sám pro sebe, že „ona je přece nemocná, není to pro ni lehké, nemám právo se na ni zlobit“. A opět hraje roli čas, po který partner své skutečné pocity raději skrývá a omezuje své potřeby. Na Svěpomocnou skupinu Anabell často přicházejí vyčerpaní partneři bez víry v uzdravení partnerky a bez vize jakéhokoli zlepšení či změny. Často říkají: „Nevím, jak dlouho to ještě vydržím, ale mám ji rád, přece ji neopustím.“ Ventilace těchto pocitů je v tuto chvíli klíčová, možnost vyjádřit negativní pocity ve skupině a vyslechnout další možnosti, jak nakládat se svými emocemi a potřebami, je konkrétní pomocí, kterou pak partneři oceňují. I když to jejich situaci plně nevyřeší, načerpají inspiraci a chuť do další podpory své partnerky. Pomoc jim samotným tedy v této fázi spočívá ve sdílení pocitů a zkušeností, v poskytnutí informací (umožnit náhled na logiku nemoci a na prožívání vlastních emocí) a v podpoře dohodnout a následně dodržovat pravidla, na kterých se s partnerkou partner domluví tak, aby tato pravidla respektovala také přání, pocity a potřeby partnera.

Pokud se nepodaří zmírnit dopady, které na partnera má onemocnění partnerky a nefungující partnerský vztah, může partner začít uvažovat o rozchodu.

Jeho volba je díky existenci nemoci zatížena a ovlivněna mnoha faktory: délkou vztahu, pocitem viny z případného opuštění partnerky v době její nemoci, strachem ze selhání při útěku ze vztahu a neschopnosti řešit situaci jinak, finančními závazky, ale také vidinou úlevy, kterou rozchod přinese, nadějí vrátit se k normálnímu životu v novém plnohodnotném vztahu.

4.1.4 Společné soužití, manželství, děti

Poruchy příjmu potravy typicky postihují adolescentní dívky. Nicméně tyto poruchy jsou často pozorovány i u dospělých žen, buď jako pokračování poruchy vzniklé během dospívání, nebo nově rozvinuté v dospělosti. Protože většina z těchto starších žen je vdaná, je otázkou, jaký vliv má porucha příjmu potravy na vztah a jak manželský vztah ovlivňuje průběh onemocnění. Pokud existuje signifikantní spojení mezi výskytem poruchy příjmu potravy a vlastnostmi manželského svazku, je jasné, že také s partnerem-manželem musí být v léčbě počítáno. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s. 221, přel. autor*)

Lze se tedy domnívat, že kvalita partnerského vztahu ovlivňuje průběh poruchy příjmu potravy. Jeden z velkých, v klinické literatuře často zmiňovaný, výzkumů ukazuje, že vdané nemocné ženy a jejich partneři často vykazují významný stupeň nespokojenosti s jejich vztahem. Zatímco sami manželé-partneři obvykle považují manželské problémy za následek problémů s jídlem ženy, odborníci uvažují o opaku: vyvozují existenci tajné dohody, nedostatku intimity, komunikační nedostatky, vyhýbání se konfliktu nebo skrytého boje mezi oběma partnery. Tyto názory jsou založeny na subjektivním dojmu kliniků, měly by být tedy považovány za předběžné. (*Vandereycken in Brownell- Fairburn, 1995, s. 221, přel. autor*)

V jediné kontrolované studii, ve které bylo užito obojí – zjištění ze sebezpozorování a data získaná videointerakcí, bylo zjištěno, že páry s poruchou příjmu potravy postrádají dovednosti konstruktivní komunikace párů takto nepostížených, ale brání se tak i destruktivnímu komunikačnímu stylu párů v manželské krizi. Celková úroveň intimity byla nižší než u „normálních“ párů, ale vyšší než u párů v manželské krizi. Zatímco tento kvantitativní rozdíl může odrážet rozdílnost manželské spokojenosti u párů, další kvalitativní odlišení by mělo být provedeno mezi páry s poruchou příjmu potravy a dalšími dvěma kontrolními skupinami na základě předchozí relativně nízké úrovně otevřenosti a intimity. Tato

kombinace (pravděpodobně provázaných) interakčních problémů – nedostatek otevřenosti, nízká úroveň intimity a deficit v komunikačních dovednostech – může představovat významnou překážku v konstruktivním vývoji manželství a pro uzdravení z poruchy příjmu potravy. (*Vandereycken in Brownell- Fairburn, 1995, s. 221, přel. autor*)

V rámci V. a VI. mezioborové konference o poruchách příjmu potravy s mezinárodní účastí zaznělo několik příspěvků na téma asistované reprodukce u žen s poruchou příjmu potravy v současnosti či v minulosti, žena s poruchou příjmu potravy jako matka, geny a prostředí u poruch příjmu potravy. Schopnost otěhotnět, průběh těhotenství a vliv matky s poruchou příjmu potravy v anamnéze na dítě je i pro muže důležitým tématem. Výzkumy v oblasti genetiky a poruch příjmu potravy naznačují, že existují určité genetické dispozice pro vznik poruch příjmu potravy. Definitivní závěry ještě není možné vyslovit. Výsledky výzkumu s názvem Osmnáctileté sledování mentální anorexie vzniklé v adolescenci: psychiatrické poruchy, škály pro hodnocení celkových funkcí, prognostické faktory, těhotenství, děti (*Wentz et al., 2007*) v oblasti vlivu anorektických matek na dítě ukazují, že matky s mentální anorexií v anamnéze jsou úzkostnější, méně jisté co se týče krmení dítěte, potřebují větší oporu svého okolí, aby se ujistily v tom, že jsou dobré matky. Výzkum ale neprokázal, že by tyto matky měly méně dětí, více problémů s početím a donošením dítěte, než měla kontrolní skupina z normální populace. Jediný rozdíl byl zaznamenán ve věku prvorodiček. Matky s mentální anorexií v anamnéze měly dítě o 2-3 roky dříve než je obvyklé v jejich věkové skupině. To mohlo být způsobeno snahou ženy dokázat si, že je schopná dítě mít i navzdory prodělané či stále probíhající nemoci. Na základě výzkumu lze říci, že muž v roli partnera nemocné ženy může mít obtížnější pozici ve zvládnání rodičovské role vzhledem k větší míře podpory, kterou musí dát své partnerce – matce dítěte. (*Wentz et al., 2007, s.19-20, přel. autor*)

4.2 Pocity partnera a jeho prožívání nemoci

Jak již bylo výše popsáno, u partnera se během jednotlivých fází onemocnění partnerky objevuje mnoho pocitů, které si více či méně připouští a dovoluje prožít. Roli hraje také osobnost partnera.

4.2.1 Osobnost partnera

Na průběh onemocnění partnerky a zvládnání tohoto stavu partnerem má vliv také jeho osobnostní založení. Jak velkou zátěž je schopen unést, jakými strategiemi se s dlouhodobou zátěží vyrovnává, jak je nastaven temperamentově, zda je spíše intuitivní či racionální typ, atd. To vše hraje roli ve vyrovnání se s nemocí a jejím zvládnání.

Odborníky doporučovaný spíše direktivní, nedramatizující a trpělivý přístup je pro partnera s převahou temperamentu cholera velmi těžký úkol. Dodržování pravidel a hranic a do jisté míry vyžadující přístup může být obtížný i pro partnera s nepříliš pevnými hranicemi s tendencí být spíše submisivní a přizpůsobovat se tomu, co vyžaduje okolí – v této situaci tedy partnerka a její porucha příjmu potravy.

U osobnostně nezralého partnera se může snadno stát, že se stane obětí v trojúhelníku partner-nemoc-partnerka, či naopak zneužije nemoc k ovládnání a kontrole partnerky. Partner může redukovat vztah na jídlo a jeho zvládnání (vše se točí kolem jídla, jídlo rozhoduje o bytí a nebytí vztahu, partner podmiňuje svou lásku a přízeň zvládnáním jídla,...), může přebírat odpovědnost za partnerku i v oblastech, kde je to pro léčebný proces kontraproduktivní. Pocit převahy partnera nad partnerkou („já vím nejlépe, co je pro ni dobré“), kontrola a moc připomíná, jak již bylo výše uvedeno, spíše rodičovskou než partnerskou roli, stejně tak mesiášství („nikdo jiný než já jí pomoci neumí, musím tu zůstat a zachránit ji“) není z hlediska dlouhodobého partnerského vztahu perspektivní.

4.2.2 Boj s vlastními emocemi

Sám u sebe partner dříve či později nalézá celou škálu pocitů:

- strach o partnerku – o její zdraví, v případě mentální anorexie často i o její život (také v souvislosti se sebevražednými myšlenkami a tendencemi partnerky)
- pocit bezmoci – nemožnost stav partnerky ovlivnit, změnit, zvrátit
- lítost – nad partnerčinou i svou situací
- soucit – jako pochopitelný doprovod lásky k partnerce
- prožívání tlaku okolí na sebe i partnerku – pro partnera je obtížné onemocnění partnerky před okolím tajit a zároveň je také těžké odpovídat na opakující se otázky, na které nezná odpovědi ani on sám

- netrpělivost – v léčbě, v časově neohrazeném horizontu uzdravení či alespoň zlepšení stavu partnerky a tím i partnerského vztahu
- psychické napětí a psychická zátěž – vznikající v souvislosti s náročnou rolí partnera takto nemocné dívky či ženy
- sklon ke konfliktnosti – často způsobený netrpělivostí ze stagnace či odmítání léčby, kdy psychická zátěž přesahuje pro partnera únosnou mez
- pocit podvedení – při opakovaném lhaní, podvádění a neplnění slibů partnerky
- nedostatek tělesného kontaktu – odmítání ze strany nemocné dotyky přijímat, ale i poskytovat
- sexuální frustrace – vznikající v důsledku odmítání intimního kontaktu partnerkou, příp. je tento kontakt pouze občasný či nenaplněný (jeho nenaplněnost partner prožívá jako svou neschopnost partnerku vzrušit či dovést k vyvrcholení)
- pocity viny – související s hledáním příčin onemocnění u sebe, pocity viny za myšlenky opustit partnerku
- vztek a agrese – na nemoc, na okolí (vztek např. na rodiče partnerky jako příčinu onemocnění), na služby, na partnerku (často kvůli odmítání léčby či nedostatku její iniciativy v léčbě)
- bilancování svého života – přemítání o vlastních nesplněných přáních a potřebách
- racionalizace a popírání - nutné pro setrvání ve vztahu, zavírání očí před realitou jako obrana před sebou samým
- pocit ukřivdění – spojený s velkými nároky, které jsou na partnera kladeny (neustálá dlouhodobá podpora partnerky) v souvislosti s jejím nevděkem („tolik toho pro ni dělám, tak moc omezují své potřeby, kdo jiný by to pro ni udělal a ona si toho stejně neváží, k ničemu to není...“)
- strach z budoucnosti – vycházející z nebezpečí, že se nemoc může vrátit, že může mít následky (např. nemožnost mít s partnerkou děti, trvalé zdravotní potíže,...)
- strach ze selhání – z opuštění partnerky spojené s úvahami typu „jak dlouho to ještě takhle musím vydržet?“, „co když si něco udělá, když se s ní rozejdu?“ a další...

Perkins (2004) ve své studii cituje partnera, který popisuje obtíže ve vztahu s partnerkou, hlavně co se týče zvládnání bulimického chování a komunikace: „Neustále přemýšlíte o svých krocích. To je ta nejtěžší věc, pořád přemýšlíte, co jste právě udělal v této situaci, v této minutě, zda je to správné a pokud to není správné, jaký efekt to bude mít?“ (Frank, partner). Dalšími partnery byla jako stresující prožívána nutnost vrátit partnerce sebedůvěru a podpořit ji: „Od určitého momentu je velmi těžké pokračovat v podpoře někoho typu, však víte, no - jsi toho schopná, půjde ti to - ale já začal pochybovat, že opora má vůbec nějaký smysl, bylo těžké pohnout se z místa.“ (Frank, partner). (Perkins et al., 2004, přel. autor)

4.2.3 Reakce širší rodiny

Pro partnera může být důležité také to, jakým způsobem se k problému poruchy příjmu potravy staví jeho rodiče i rodiče partnerky. Ti nemusí o nemoci vůbec vědět, a pokud si partnerka přeje, aby to tak i zůstalo, může se partner často dostávat do situací, kdy je svědkem výmluv a lží partnerky či musí čelit přímým otázkám sám bez možnosti pravdivě odpovědět, pokud chce respektovat přání partnerky. To samozřejmě může vést ke konfliktům uvnitř páru.

Výjimečná není situace, kdy partner obviňuje ze vzniku nemoci rodiče partnerky, odmítá se s nimi stýkat a totéž očekává od partnerky. I když je možné, že rodiče mohou mít podíl na vzniku nemoci, hledání viny a kritika rodičů je nekonstruktivní a neřeší situaci partnerky "teď a tady".

Také rodiče partnera někdy zasahují do partnerského vztahu svého syna. Usilují o jeho spokojenost, kterou v jejich očích narušuje jeho nemocná partnerka. Může se tedy stát, že se proti partnerce syna staví negativně, odrazují syna od vztahu s ní, snaží se syna chránit.

Ať už je rodičovská konstelace a povědomí o nemoci partnerky v rodině jakékoliv, vždy záleží na tom, jak se partneři vymezí vůči oběma rodičovským stranám, jak ohraničí své nové rodinné zázemí. Toto nemoc partnerky jistě komplikuje, pro zachování vyváženého partnerského vztahu a vytvoření nové rodiny je to však zásadní.

4.2.4 Chronifikace nemoci a její následky pro partnerský vztah

Počáteční nasazení partnera pro co nejrychlejší pomoc partnerce překonat poruchu příjmu potravy po nějaké době ztratí intenzitu a partner se svým způsobem na život s nemocí partnerky adaptuje. Adaptací mám na mysli částečnou rezignaci nad tím, zda a co partnerka jí, nad jejími pocity spojenými s vnímáním vlastního těla (partner postupně ztrácí energii na neustálé ubezpečování partnerky o její reálné štíhlosti a kráse), nad opakujícími se pokusy se vyléčit, ale bez úspěchu. Rezignace mu pomáhá zaměřit se i na jiné oblasti života než je jen porucha příjmu potravy, zároveň jej však připravuje o víru v uzdravení, ve změnu, kterou uzdravení přinese. Určitá tolerance nemoci mu tedy pomáhá udržet stávající situaci tak, jak je, a chrání jej před pocity viny ze selhání partnerce pomoci.

Pro okolí může být život s nemocnou partnerkou naprosto nepředstavitelný, partner však jako kdyby neviděl možnosti a příležitosti, které si odpírá a o které přichází, případně má pro to sebeochraňující a vztahochraňující argumentaci. Trvá-li však tento stav příliš dlouho (pro každého partnera je to opět jinak dlouhý čas), partner postupně začne přesouvat pozornost zpět do společnosti k přátelům, k zaměstnání, ke koníčkům, což může vést k náhledu a bilancování partnerského vztahu a touze najít plnohodnotnější a méně komplikovaný vztah se ženou bez poruchy příjmu potravy. Odchod od partnerky ztěžují myšlenky o vlastním selhání a zradě, strach z ponechání nemocné partnerky vlastnímu osudu. Pocity viny u některých partnerů přetrvávají i po navázání nového partnerského vztahu, nutí jej vracet se zpět a o bývalou partnerku se přece jen postarat (partner je stále k dispozici partnerce, téměř kdykoliv slyší na její volání o pomoc, překračuje hranice vůči ní i vůči sobě a své nové partnerce ve snaze pomoci a také odčinit svou „zradu“). Zpracování těchto pocitů je důležité pro jeho další partnerské vztahy.

4.4 Potřeby partnera

Pokusím se nyní shrnout základní potřeby, které muž žijící s nemocnou partnerkou má a které jsou ve své podstatě stejné, jako potřeby muže žijícího ve vztahu se zdravou ženou. Vzhledem k nemoci a výše popsáním nebezpečím však některé z potřeb nabývají větší důležitosti, často právě tím, že nejsou dlouhodobě uspokojovány.

Ve vztahu muž obvykle nemá plně uspokojenou potřebu:

- důvěry (díky častému lhaní a podvodům partnerky, či popírání a tajení nemoci)
- sdílení a vzájemného porozumění (to je způsobeno určitou sebestředností partnerky na sebe a jídlo)
- vyváženosti vztahu (partner je dlouhodobě pod tlakem nutnosti být silný, být oporou, nemít problémy,...)
- intimity a sexu (nemoc snižuje u partnerky sexuální apetenci)
- vize smysluplné budoucnosti (partnerka není schopna plánovat společný život, je často více zaměřena na sebe a své potřeby).

Winn (2004) ve své studii označuje tři hlavní oblasti potřeb, které ve výzkumu určili sami partneři a které byly zmíněny již v souvislosti s nejčastěji vyjadřovanými potřebami otců:

- Potřeba informací – partner potřebuje znát informace o příčinách nemoci, o tom, proč se rozvinula, detaily o možnostech léčby; partneři upozorňovali na potřebu dozvědět se o nemoci všechno dříve, včas, ještě ve fázi, kdy na tom jejich partnerka nebyla tak špatně. To je zřejmé z výpovědi jednoho z dotázaných partnerů: “Vědět dřív, jak by se to mohlo zlepšit...rychleji se v tom vyznat, to je klíčem, však víte, kdybych toho věděl dříve víc, tolik co vím teď, tak když se dívám zpátky, myslím si, že by to pro nás oba mohlo být mnohem lepší”. Partneři se také domnívali, že je stále málo informací o nemoci, že neměli kde zjistit to, co je zajímavé, co potřebovali.
- Potřeba průvodce, manuálu, “pomocníka” – mnozí partneři se cítili nejistí v tom, zda dělají věci správně a cítili, že by potřebovali radu a ujištění o tom, jak jednat s osobou, o kterou se starají.
- Potřeba mluvit, sdílet, vypovídat se – kombinace odsuzování problémů poruch příjmu potravy veřejností, negativních reakcí okolí a pocitů studu vede u mnoha partnerů k pocitu, že pouze lidé se stejnou zkušeností mohou rozumět, jaké to je žít s někým s poruchou příjmu potravy. Toby,

jeden z dotázaných partnerů, k tomu říká: “Mít možnost mluvit s někým, kdo tím prošel nebo prochází, to byla pro mě nejdůležitější věc.” Většina partnerů proto věřila, že by pro ně mohla být účast na svépomocné podpůrné skupině užitečná, mohla by snížit jejich pocity izolace a umožnit jim sdílet informace a zkušenosti. Jeden z partnerů, James, však preferoval skupinu určenou pouze partnerům: “Všechny tyto podpůrné skupiny jsou zaměřené na rodiče a jejich dospívající dcery, mám pocit, že by tu měla být i skupina pro partnery.” (Winn et al., 2004, přel. autor)

4.4.1 Potřeby partnera vyjadřované na svépomocné skupině

Zkušenost ze Svépomocné skupiny Anabell pro blízké nemocných poruchou příjmu potravy ukazuje, že otevřenost partnera v některých tématech je větší, pokud je skupina homogenní, tedy jen s účastí mužů - partnerů a koordinátorů. To potvrzuje i výše uvedená studie Winn et al. (2004).

Partneři na skupinu přicházejí s očekáváním návodu, jasného doporučení. Na konkrétní otázku chtějí dostat konkrétní odpověď. Po vyjasnění toho, co může skupina partnerům skutečně nabídnout, využijí prostor skupiny pro sdílení - ptají se sami sebe navzájem, hledají paralelu i odlišnost, vyjasňují si své motivace s partnerkou zůstat, hledají náhled. To vše právě prostřednictvím příběhů druhých.

Častým tématem bývá nespokojenost v intimním životě. Začít mluvit o tomto tématu se partner většinou stydí, ale pokud je koordinátorem otevřeno jako jedno z možných témat, s úlevou se vypovídá. Dostane se mu informací o tom, jak mentální anorexie i mentální bulimie (případně také užívaná psychofarmaka) ovlivňují vztah k sexu a k tělu partnerky. Získává tak potřebné informace k tomu, aby nehledal pocity viny u sebe, aby se zbavil úzkosti a strachu z toho, že už partnerku nepřitahuje, obavy, že má partnerka někoho jiného, případně že není schopen ji jako muž plně uspokojit. Pokud by totiž toto téma otevřel mezi svými kamarády, s největší pravděpodobností by se mu dostalo rady typu “tak se na ni vykašli, najdi si jinou” a on by zůstal na své pocity znovu sám.

Dalším, pro partnery specifickým tématem, je dilema ohledně komentování vzhledu partnerky. Partner si často neví rady, jakým způsobem reagovat na její otázky ohledně postavy. Zjišťuje, že ať řekne co řekne, vždy je odpověď špatná a partnerka nešťastná. Pro něj je to navíc tak jednoduché – líbí se mu taková, jaká je a

nechápe, proč to ona nemůže přijmout jako fakt. Sdílením zkušeností a edukací koordinátory se učí nové způsoby reagování, což může využít i v dalších oblastech - zvládání jídla, dodržování pravidel a hranic, komunikace s partnerkou o jejích i svých potřebách.

5. Život po vyléčení očima otce či partnera

Partner či otec si během nemoci partnerky či dcery přirozeně přeje co nejrychlejší uzdravení a návrat do normálního zdravého stavu. Často opakuje “chtěl bych, aby to bylo s mou dcerou, resp. mezi námi jako dřív”. Málokdo si však uvědomí, že se nelze vrátit do stejného stavu jako před vypuknutím nemoci, jednak vzhledem k plynoucímu času a také vzhledem k prožité zkušenosti s těžkou nemocí, která více či méně změny v dalším životě přináší.

5.1 Dopady změn v chování a způsobu života dcery na otce

Během dobře probíhající terapie se dcera učí mimo jiné odstranit nefungující či patologické vzorce chování, které nemoc udržují, a osvojuje nové, pro život bez poruchy příjmu potravy životadárné. Pokud otec není zahrnut do léčby, není připravován na změnu postojů, priorit a hodnot, může být zaskočen novými požadavky, novým očekáváním a novými potřebami dcery.

Pokud je dcera v mladším věku, je často součástí léčby také rodinná terapie, která na změnu připraví i otce. Otec sám může sledovat dceru na její cestě k náhledu na vlastní chování související s poruchou příjmu potravy a také společně za podpory terapeuta mohou objevovat komunikační a vztahové stereotypy v rodině, které ovlivňovaly onemocnění dcery.

U adolescentních dcer je změna často spojená i s procesem separace, případně s jejím dokončením. Nemoc, která na určitou dobu celý proces zastavila, ustupuje právě ve chvíli, kdy je téměř dospělá dcera přijímána otcem jako žena a kdy se jí od něho dostává patřičné pozornosti. Na otce je nejprve kladen nárok, aby se dceři přiblížil, poskytl jí bezpečnou otcovskou náruč a vzápětí, aby ustoupil do pozadí a ponechal dceři prostor pro utvoření si světa dle jejích představ a nově nabytých možností a kompetencí. V ideálním případě zůstává bezvýhradnou oporou, nezasahuje však již do života téměř dospělé dcery.

Tento náročný vývojový úkol, který otec plní, mu může ulehčit podpora manželky či partnerky. Separací dcery z rodiny totiž vzniká nový prostor a čas pro oba rodiče – pro jejich vztah, pro jejich zájmy, oba si mohou oddychnout od nemocí ztížené rodičovské role a věnovat se po dlouhé době sami sobě navzájem.

5.2 Dopady změn v chování a způsobu života partnerky na partnera

Partner mívá s přijetím a adaptací změn v chování a postoji větší obtíže. Pokud poznal partnerku již nemocnou, je její proměna o to výraznější. Mezi partnery pak může docházet k zásadním neshodám a nezřídka i k rozchodu. Neslučitelnost pohledů na společný život a vnímání světa byla v době nemoci partnerky utlumena, ve vztahu docházelo k hádkám spíše kvůli jídlu, náladám, neochotě partnerky se léčit, atd. Během vztahu tedy nedocházelo k vyladování zásadních představ o životě, partneri neměli prostor vytvářet kompromisy a učit se žít společně, protože je více zaměstnával boj s nemocí.

Po uzdravení dochází k přeskupení sil ve vztahu. Partnerka již nechce být submisivní, chce o svém životě rozhodovat zcela sama, bez kontroly partnera. A to o to více, čím déle ji nemoc sužovala a kolik příležitostí a možností (nyní již očima uzdravené) promarnila. To se může stát právě tehdy, pokud partner během nemoci rozhodoval o partnerčině jídlu, ale i o jejích zájmech a aktivitách, o podobě společného života.

Úvahy o rozchodu a samotný rozchod může být uměle oddalován partnerkou z vděčnosti za to, co vše pro ni partner v době její nemoci udělal, a těžkými pocity viny z plánovaného rozchodu z její strany. Záchrana vztahu je ale už jen zřídka možná. Dá se totiž říci, že pouze nemoc udržela vztah partnerů pohromadě a kdyby nebylo nemoci, partneri by se spolu patrně rozešli po mnohem kratší době, s ohledem na různé životní priority a názory neslučitelné s dlouhodobým soužitím.

Páry, které se znaly již před vypuknutím nemoci u partnerky a společně nemoc překonaly, často svůj vztah ještě upevní a přeformulují na zkušenost, která jim oběma něco přinesla.

Perkins (2004) ve své studii sledovala právě tyto pozitivní faktory, které pečující o nemocnou dceru či partnerku zaznamenali. Většina mluvila o vytvoření užšího vztahu s nemocnou, o zlepšení rodinných vztahů a jejich fungování. Skoro polovina dotázaných věřila, že osobnostně vyrostli díky prodělané zkušenosti. Někteří poukazovali na pozitivní změny v jejich vnímání a pocit větší síly, jiní věřili, že rozvinuli schopnosti pro zvládání vlastních těžkostí nebo zdokonalili předtím chybějící schopnosti rozumět druhým. Jeden z dotázaných partnerů, Marcus, k tomu říká: "Změnilo mě to, změnilo to můj život, můj pohled a to, jak věci vidím, v tomto

smyslu to pro mě bylo užitečné, opravdu to otestovalo mou sílu.” (Perkins et al., 2004, přel. autor)

5.3 Strach z relapsu a z budoucnosti

Zpočátku může být otec či partner nedůvěřivý k ukončení léčby a k prohlášení dcery či partnerky, že je zdravá. Jeho opakovaná zkušenost s neúčinnou či nedokončenou léčbou jej vede k opatrnosti a nedůvěře v to, že “už to konečně skončilo”. Z literatury navíc často ví, jak rizikový a poměrně častý je relaps tohoto onemocnění.

Strach z recidivy onemocnění může být ale jedním z jejích spouštěčů. Nadměrná opatrnost ze strany partnera či otce, pečlivé sledování jídla nemocné a jejího chování může nemocnou zatížit a znovu přispět k jejím pochybám o sobě samé a o svých schopnostech jídlo a vše s ním spojené zvládnout. Úměrně s délkou onemocnění je třeba také delší čas k tomu, aby se vztah mezi otcem a dcerou, respektive mezi partnery normalizoval a osvobodil od nemoci. Ve chvíli, kdy se běžná otázka typu “Jak se máš?” osvobodí od odpovědi “dobře, jedla jsem”, popř. “ani se neptej, zase jsem zvracela”, je partnerka či dcera na cestě k normálnímu vztahu s člověkem, který se jí ptá. Stejně tak partner či otec směřuje správným směrem, pokud otázku “Jak se máš?” nevyslovuje s úzkostí a strachem a s očekáváním odpovědi, jak se dařilo v jídle.

Také v případech, kdy se partnerskému páru nedaří počít dítě, může partnera napadat souvislost s prodělanou poruchou příjmu potravy partnerky. Jeho obava z nedařícího se těhotenství tak ještě zesílí, partner hledá vinu v minulosti a nezdědka i v partnerce. Poruchu příjmu potravy pak vlečou oba partneři jako těžký balvan, i když objektivně žádné následky v tomto směru nezanechala.

Zvláště v období bezprostředně po uzdravení a stabilizaci jídelního chování i postojů k sobě a druhým u dívky či ženy vyléčené z poruchy příjmu potravy je velmi důležité, aby ona a její blízcí nadále komunikovali o svých potřebách, vyjasňovali si očekávání, aby nedocházelo k nedorozuměním, která mohou přispět k relapsu onemocnění.

6. Praktická část - kvalitativní analýza potřeb a pocitů pečujících otců a partnerů

Pro účely Brožury pro muže byl realizován kvalitativní výzkum potřeb mužů v roli partnerů/otců nemocných dcer/partnerek poruchou příjmu potravy. Ze získaných dat byla provedena kvalitativní analýza.

6.1 Úvod

Teto typ výzkumu s cílovou skupinou mužů v roli pečujících nebyl v českých podmínkách dosud realizován, podobný výzkum se uskutečnil ve Velké Británii, jehož výsledky cituji ze studií Perkins et al. (2004) a Winn et al. (2004) výše.

Cílem výzkumu bylo zjistit a empiricky ověřit předpokládané potřeby a pocity otců/partnerů, lépe jim porozumět a na základě těchto zjištěných dat a praktických zkušeností z koordinace Svépomocné skupiny Anabell pro blízké nemocných poruchou příjmu potravy vytvořit praktickou brožuru určenou mužům pečujícím o dceru/partnerku s poruchou příjmu potravy.

6.2 Metoda

6.2.1 Respondenti

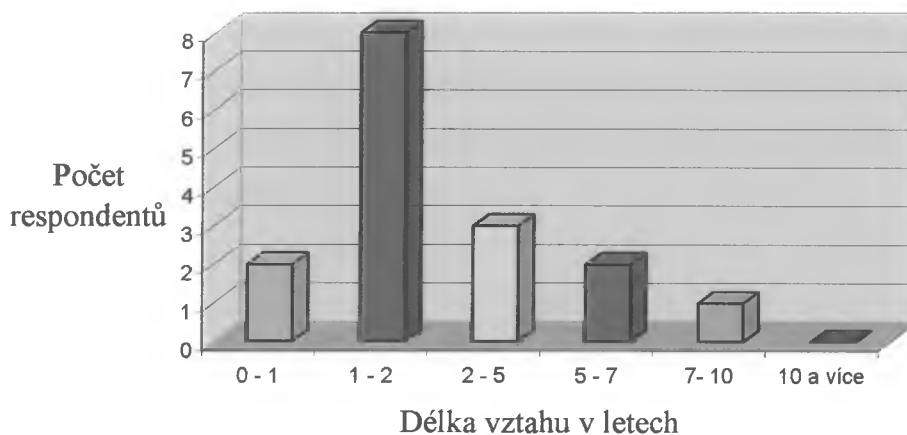
Pro účely výzkumu se respondentem rozumí muž, který žil či nadále žije a stará se o dceru/partnerku nemocnou poruchou příjmu potravy. Vzhledem k nesnadnému přístupu k respondentům nelze přesně určit, kolik mužů se o výzkumu dozvědělo, ale z nějakého důvodu se do něj odmítlo zapojit.

Do zkoumaného vzorku byli tedy zařazeni pouze ti, kteří se dobrovolně výzkumu zúčastnili a také ti, kteří svou účast na výzkumu s odůvodněním otevřeně odmítli a data neposkytli. Celkem se k výzkumu vyjádřilo 28 respondentů – 16 partnerů a 9 otců, kteří data poskytli, a 2 partneři a 1 otec, kteří data s odůvodněním odmítli poskytnout. Uváděnými důvody byly neochota vracet se k tématu, nechut' vyplňovat dotazník, pocit, že to vše je soukromá záležitost a nikdo nemá právo do ní zasahovat.

Výzkumný vzorek, který bude dále analyzován, tedy tvoří soubor 25 mužů (16 partnerů a 9 otců). 15 z nich označilo dceru/partnerku jako nemocnou mentální anorexií, 10 z nich mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním. Průměrný věk otců

v době nemoci dcery byl 53 let (průměrný věk dcer byl 22,2 let), průměrný věk partnerů v době nemoci partnerky byl 24,6 let. Partnerky uvedená délka partnerského soužití je patrná z Grafu 1 - Délka partnerského vztahu. Pouze jeden partner uvedl, že žije v manželství a vychovává s manželkou děti. 15 respondentů (60%) s dcerou/partnerkou nebydlí ve společné domácnosti, 10 respondentů společnou domácnost sdílí. 20 respondentů uvedlo, že jejich dcera/partnerka je stále nemocná, pouze 5 respondentů považuje dceru/partnerku za vyléčenou.

Graf 1 - Délka partnerského vztahu



6.2.2 Sběr dat

Respondenti výzkumu byli osloveni několika způsoby:

- osobně či e-mailem na základě alespoň jednorázové účasti na Svěpomocné skupině Anabell pro blízké nemocných poruchou příjmu potravy
- osobně na Klubu pro rodiče při Jednotce specializované péče poruch příjmu potravy Psychiatrické kliniky VFN Praha
- výzvou k zapojení se do výzkumu na informačním portálu o poruchách příjmu potravy www.idealni.cz - v diskuzním fóru a na webových stránkách O.s. Anabell www.anabell.cz
- osobně, e-mailem či dopisem prostřednictvím odborné veřejnosti (ambulace psychologů, psychoterapeutů a psychiatrů), která přijde do kontaktu s nemocnými poruchou příjmu potravy a jejich blízkými ve své praxi (odborníci poskytli svým klientům informační letáčky o výzkumu,

či tyto letáčky vyvěsili ve své ordinaci, případně oslovili své klientky k předání informací o výzkumu jejich partnerům a otcům)

- osobně prostřednictvím klientek Svépomocné skupiny Anabell pro nemocné anorexií a bulimií v Praze a v Brně, které byly požádány o předání informací o výzkumu svým otcům a partnerům.

Oslovení respondenti byli požádáni o elektronické či písemné vyplnění dotazníku s otevřenými otázkami. Otázky v dotazníku byly sestaveny s pomocí bývalého partnera dívky nemocné mentální bulimií. Otevřené otázky byly zaměřeny na zjištění potřeb a pocitů mužů, na jejich informovanost o nemoci, na jejich vnímání průběhu onemocnění a vlivu nemoci na vztah v páru či v rodině.

Metoda anonymního dotazníku byla zvolena vzhledem k obtížnosti získávání respondentů a tato forma se jevila pro cílovou skupinu výzkumu jako nejjednodušší (anonymita, relativní časová nenáročnost, otevřenost otázek podporovala volnost ve vyjádření otce či partnera).

6.2.3 Analýza dat

Tzv. tvrdá data (věk respondentů, věk nemocných dcer či partnerek, délka partnerského vztahu) byla vyhodnocena pomocí aritmetického průměru. Diagnostika, způsob bydlení, sezdanost páru a aktuální stav dcery či partnerky jsou vyjádřeny rozložením v celkovém vzorku.

Tzv. měkká data, tzn. subjektivní výpovědi otců a partnerů, byla kategorizována a použita pro praktickou část práce - Brožura pro muže - otce/partnera nemocné dcery/partnerky poruchou příjmu potravy. Uvedená procenta slouží k rychlejší představě o rozložení vzorku, vzhledem k malému vzorku však nemají vysokou prediktibilitu.

6.3 Výsledky

6.3.1 Zjištění nemoci a jeho dopady (otázky č.1-2 z dotazníku pro otce, č.1-4 pro partnerky)

Doba, po kterou respondenti vědí/věděli o nemoci dcery/partnerky, a s takto nemocnou žili/žijí či o ní pečovali/pečují, je průměrně téměř 3 roky.

13 partnerů (81%) žilo s partnerkou už před vznikem onemocnění. 12 partnerů (75%) nevědělo o nemoci partnerky před vstupem do vztahu, partneri se o

tom dozvěděli až v jeho průběhu. 3 partneři věděli, čím jejich partnerka trpí. Otázkou zůstává, zda si uměli představit, jaké komplikace může ve vztahu nemoc znamenat a jakou roli hrají osobnostní dispozice partnera (touha po kontrole a moci nad partnerkou,...).

Většina respondentů pozorovala změny v jídelním chování dcery/partnerky (omezování se v jídle, preference zdravé výživy), nadměrné cvičení nemocné, změny ve vzhledu, divné chování. *"Podezíral jsem ji, že mi zahýbá, protože se chovala divně, pak mi pod tlakem sdělila sama, co je příčinou jejího divného chování."* (partner). 7 respondentů (30%) uvedlo, že se jim dcera/partnerka svěřila sama. 2 respondenti uvádějí zkušenost s poruchou příjmu potravy v minulosti (u první dcery, u minulé partnerky), což jim usnadnilo rozpoznat psychopatologii poruchy příjmu potravy. Další 2 respondenti přistihli svou partnerku při zvracení a ta se pak k nemoci přiznala. 1 respondent se dozvěděl diagnózu od dětské lékařky nemocné dcery, 1 respondent od matky nemocné partnerky, 1 respondent se o nemoci dozvěděl e-mailem od partnerky a 3 respondenty o nemoci informovala manželka.

6.3.2 Reakce na objevení nemoci (otázky č.3-4 z dotazníku pro otce, č.5-6 pro partnery)

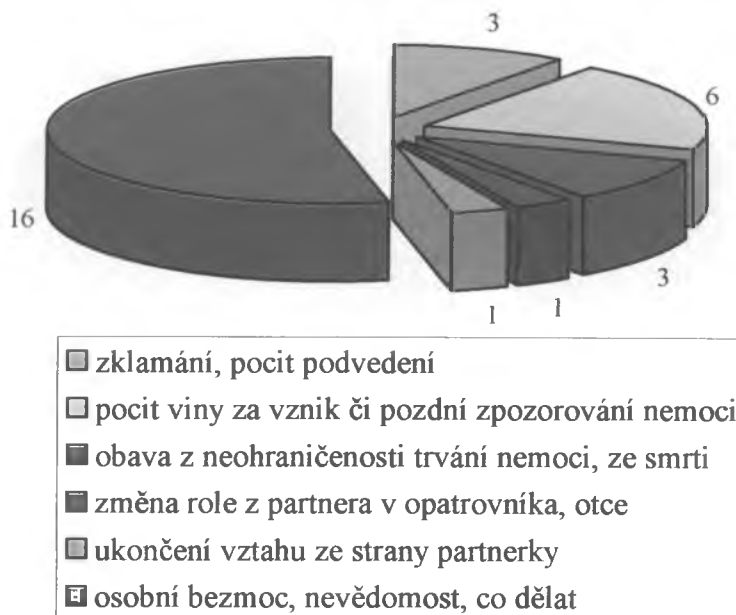
Pouze 2 respondenti uvedli, že v jejich bezprostřední reakci nemoc podcenili a neuvědomili si její vážnost. *"Ze začátku jsem si neuvědomil vážnost celé situace, ale pak jsem to začal brát jako velmi vážný problém a chtěl jsem ho pomoci řešit. Osobně to pro mě bylo velké utrpení. Jsem otec a mám potřebu hledat příčiny, jinými slovy - co jsem udělal špatně."* (otec). Dalších 5 respondentů předpokládalo hladký průběh se slovy: *"Zvládneme to rozumem a argumentací."* (otec), *"Nikdo není dokonalý, každý má problémy, tak je budeme řešit."* (partner), *"Nic strašného jsem neprožíval, bral jsem to normálně."* (partner), *"Sám jsem zažíval příznaky anorexie, nijak mě to nevzalo."* (partner).

U většiny respondentů se objevily v reakci na zjištění pocity beznaděje, bezmoci, viny, dále stres, strach, úzkost, pláč, sklíčenost, nepochopení, velké utrpení, hledání příčiny a toho, co udělali špatně, snaha urovnat si to a nějak to přijmout. 1 respondent uvedl naději, 2 respondenti popisovali také úlevu, že konečně ví, co partnerku trápí. *"Věděl jsem, že něco není v pohodě, takže na jednu stranu jsem byl rád, že vím o co jde a není mezi námi něco cizího, tajemného, nesvěřeného, na*

druhou stranu mi bylo jasné, že to není dobré mít bulimii, tak jsem byl i smutný." (partner). 5 respondentů bylo v šoku a nemoc pro ně byla velkým překvapením, zpětně nechápou, jak to, že si ničeho nevšimli už dříve. 1 respondent uvedl, že se s tím stále nevyrovnal a je to pro něj čím dál obtížnější. *"Neuvěřitelné, nepochopitelné, skličující. Nechápete důvody, protože je nevidíte"* (partner), *"Cítil jsem se bezmocný v tom, že bych jí rád pomohl, ale že to hlavní a nejdůležitější bude záviset na ní."* (partner), *"Ještě nikdy jsem se s touto nemocí nasetkal. Samozřejmě mi bylo mé přítelkyně líto a chtěl jsem jí pomoci, ale tvrdě jsem narazil. Moje neschopnost jí pomoci mě doprovází až dosud."* (partner).

Na otázku: Co bylo na zjištění nemoci nejhorší? odpověděli 3 respondenti, že byli zklamáni a cítili se podvedeni tím, že jim o nemoci neřekla sama partnerka. *"Bral jsem to jako podvod - já jsem astmatik a řekl jsem jí o tom hned, tak proč ne ona?"* (partner). 6 respondentů uvádělo pocit viny za vznik onemocnění či pozdní zpozorování nemoci. *"Výčitky, že já, potenciální celoživotní partner, jsem nic nezaregistroval už dříve."* (partner). Většina z nich popisovala osobní bezmoc a nevědomost, co se od nich čeká, jak mohou pomoci. *"Nejstrašnější je reálná bezmocnost ve snaze jí pomoci."* (otec), *"I když se snažíte, vytváříte vše pozitivní, tak nemoc opětovně vstoupí do Vašeho vztahu a zamoří ho."* (partner), *"Nejhorší bylo, že jsem absolutně nevěděl, co mám dělat, a jak pomoci. A vůbec nejhorší bylo, jak jsem se krátce na to zachoval. Místo abych pomohl, jsem spíše „zbaběle utekl“ od problému."* (partner). 3 respondenti se obávali nedohledného konce nemoci a také smrti partnerky/dcery. *"Nejhorší byla představa, kam až to může dojít."* (otec). 1 respondent vnímal změnu své role: *"Najednou jsem se stal z rovnocenného partnera spíše opatrovníkem, otcem. Ne vinou vlastního vnímání, ale ze strany přítelkyně. Do té role mě vlačila a já se dlouhou dobu snažil bojovat spíše za ni, než jsem pochopil, že si s tím musí poradit hlavně sama, že je to její boj."* (partner). 1 respondent musel čelit rozhodnutí partnerky vztah ukončit a už se nevidět: *"Nejtěžší na tom bylo, že se ve svěřovacím dopise psalo, že má přítelkyně je hrozná, nejhorší, že si ji nezasloužím a nechce mě s tím zatěžovat, takže se už nevidíme. Zlá podmínka."* (partner).

Graf 2 - Reakce na zjištění nemoci

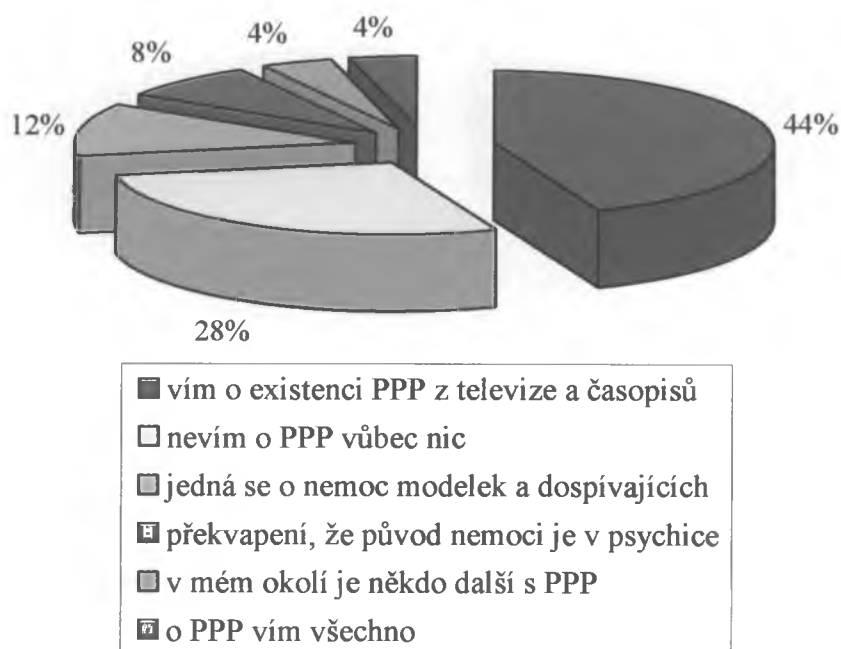


6.3.3 Informovanost mužů o poruchách příjmu potravy a možnostech léčby

(otázky č.6-8 z dotazníku pro otce, č.8-10 pro partnery)

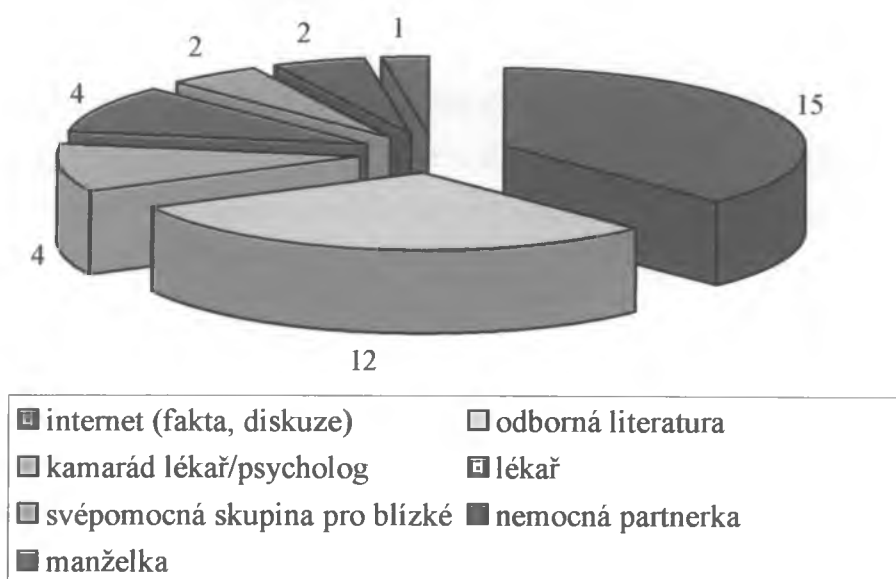
11 respondentů (44%) uvedlo, že věděli, že poruchy příjmu potravy existují (zaslechli to v televizi nebo viděli v časopise), ale nedokázali rozlišit a popsat jejich specifika, znali jen označení anorexie a bulimie. *“Věděl jsem ne mnoho – žádné jídlo, hubnutí, smrt.”* (partner). 7 respondentů (28%) nevědělo o této nemoci vůbec nic či jen velmi málo. *“V době, kdy mi řekla, čím trpí, jsem o této nemoci nevěděl téměř nic.”* (partner). 3 respondenti se domnívali, že se jedná o nemoc modelek a dospívajících. *„Znal jsem MA jako nemoc modelek. Protože jsem nikdy od dcery neslyšel nic na toto téma (žila školou a sportem), neměl jsem žádný varovný signál. Mimo snižování dávek jídla („to ale holčičky dělají“ – tak k tomu přistupoval i dětský lékař, kterého jsme příležitostně při léčení nachlazení apod., informovali).“* (otec). 2 respondenti nevěděli, že původ nemoci je v psychice, překvapila je hloubka problému. Další respondent uvedl, že znal někoho dalšího, kdo nemocí trpěl, 1 respondent se domníval, že ví o poruchách příjmu potravy všechno.

Graf 3 - Informovanost o poruchách příjmu potravy



Co se týče zdrojů, které respondenti používali ke zjišťování informací o nemoci, téměř všichni uvedli více zdrojů a jejich kombinování. 15 respondentů (65%) využilo jako informační zdroj internet (často navštěvovanými stránkami byl web www.pppinfo.cz, dnes www.idealni.cz, a dále www.doktorka.cz). Na internetu respondenti využívali také diskuzní chaty, kde se o nemoci dozvídali přímo od nemocných dívek a žen. Téměř polovina respondentů si o nemoci přečetla v odborné literatuře, 5 respondentů konzultovalo nemoc dcery/partnerky s kamarádem či kolegou psychologem či lékařem, 5 respondentů získalo informace od lékaře. 2 respondenti se zúčastnili také svépomocné skupiny, stejný počet respondentů se dokázal na informace ptát přímo dcery/partnerky. Pro 1 respondenta byla zdrojem informací hlavně manželka, pro 1 respondenta přátelé a známí.

Graf 4 - Zdroje informací o nemoci



Orientace respondentů v možnostech léčby pro dceru/partnerku a pro sebe ukazuje, že respondenti si většinou věděli rady, kam se obrátit, kde najít pomoc. 2 respondenti věděli velmi dobře, kam se obrátit, ale jejich dcera/partnerka to neakceptovala. „Měl jsem výhodu, že jsem byl schopen cesty nalézt, a o to více jsem prožíval bezmoc, že vše závisí jen na vůli partnerky. Věřím, že pro ostatní je hledání obtížnější.“ (partner). 9 respondentů k tomu využilo pomoc známých a přátel (kontakt na dobrého odborníka), 5 respondentům pomohl k zorientování internet. 2 respondenti by kontaktovali nějakého lékaře, pokud by to bylo třeba. Další 2 respondenti kritizovali nedostupnost služeb a těžkou orientaci v těchto službách. „Vše jsme našli docela rychle a snadno na internetu. Horší bylo se orientovat v nevhodnějších zdravotnických zařízeních a v metodách léčby. Nevěděli jsme, zda rovnou začít s hospitalizací, nebo psychoterapií apod.“ (otec). Další respondenty informovala o možnostech léčby sama partnerka, manželka, příp. partnerka už v odborné léčbě byla a nebylo třeba ji vyhledávat. 1 respondent uvedl, že dodnes žádnou pomoc nevyhledal ani on, ani jeho partnerka. „Bohužel jsem o ničem nevěděl a zatím jsem nikoho nepožádal o pomoc. Nejspíš si stále myslím, že to zvládneme ve dvou. Ze začátku si to myslela i moje partnerka, ale nyní má opačný názor. Má pocit, že se to neustále zhoršuje a že potřebuje pomoci. Návštěva psychologa či psychiatra

nepřipadá v jejím bydlišti v úvahu, neboť její matka je doktorkou, a proto se bojí, že se to může dozvědět.“ (partner).

6.3.4 Muž a jeho potřeby v době nemoci dcery/partnerky

Možnost sdílení nemoci (otázky č.5 a 9 z dotazníku pro otce, č.7,11,22 pro partnery)

Jako důležitý faktor zvládnání nemoci se jeví i to, zda o nemoci ví ještě někdo další kromě otce/partnera, a ten to tedy může s někým sdílet. 7 respondentů uvedlo, že o nemoci dcery/partnerky zpočátku nevěděl vůbec nikdo, 2 z nich uvedli, že tento stav trvá dosud a oni jsou jediní, kdo o nemoci ví. *“Ne, nevěděl o tom nikdo, vše jsem vyzradil až já sám a to mi nebylo nikdy odpuštěno. Řekl jsem to rodičům jejím i svým, aby ji zbytečně „netlačili“ do jídla, jak to u rodičů chodívá, oni to ale s náma myslí dobře... Postupem času jsem se „svými“ problémy svěřil i jednomu kamarádovi z práce.*“ (partner). 7 respondentů může problém sdílet s celou rodinou, která je s vědomím dcery/partnerky informována. Také přátelé jsou oporou v možnosti sdílet problém pro 7 respondentů. 3 respondenti vypověděli, že nemoc nešlo nevidět a ví o ní tedy celé okolí. *“Věděli to všichni, bylo to na ní vidět.*“ (otec). Pro 5 partnerů byla oporou ve sdílení nemoci jejich matka, 4 respondenti označili jako spřízněnou osobu dcery/partnerky její psycholožku.

I když o nemoci dcery/partnerky někdo další kromě otce/partnera věděl, nemuselo to znamenat, že otec/partner využil tuto možnost ke sdílení svých obav a nejistot ohledně nemoci. V případě otců sdílení fungovalo lépe, všech 9 otců (100%) sdílelo problém s manželkou, 4 z nich i s širší rodinou. 1 otec uvádí, že zpočátku sdílel problém i se starším synem, čehož dnes trochu lituje. Naproti tomu téměř dvě třetiny partnerů nesdílely problém s nikým. *„Ano, možnost jsem měl, ale nikomu jsem o tom neřikal. Především partnerka si nepřála, abych se o tom někde zmiňoval. A ze začátku jsem neměl potřebu to někomu říkat. Až později jsem zjistil, že je lepší se o problému s někým poradit.*“ (partner). Ti, co problém sdíleli, si pro to vybrali sestru, rodiče přítelkyně, vlastní matku, kamaráda, internetovou diskuzi s podobně postiženými či psycholožku.

Polovina partnerů uvedla, že neměli o problému s kým hovořit, zdálo se jim to těžké. Uváděnými důvody byly: respekt k tomu, že si to partnerka nepřeje, setkání s nepochopením ze strany okolí, nenalezení vhodného člověka, který by to mohl pochopit. *„Nikoho takového jsem nehledal a určitě bych nikoho nekontaktoval bez*

partnerčina souhlasu.“ (partner), „*Bylo to těžké, před mými rodiči to moc nešlo, protože jsem se svým způsobem styděl a nechtěl je trápit. Něco jsem řekl jejím rodičům, ale vlastně až už když jsem nevěděl co dál a byl sám psychicky vyčerpaný – potřeboval jsem to někomu říct, ale byl jsem na to sám...*“ (partner). Většina partnerů přitom vyjádřila, že možnost sdílet problém jim později velmi pomohla, 3 partneři se obrátili samostatně přímo na odborníka, 3 partnerům stačilo mluvit o všem s partnerkou a nepotřebovali nikoho dalšího. „*Nehledal jsem nikoho, protože se můžu bavit s partnerkou a to otevřeně.*“ (partner). 2 respondenti o povídání s někým vůbec neuvažovali.

Potřeby a pocity (otázky č. 10, 19, 21-23, 25-26 z dotazníku pro otce, č. 12, 24, 26, 28-29, 31-32 pro partnery)

Většina respondentů na otázku: Co jste v době zjištění nemoci nejvíce potřeboval? odpovídala vždy v kontextu nemoci dcery/partnerky. Jejich uvažování je tedy poruchou příjmu potravy ovlivněno i co se týče jich samotných a jejich osobních potřeb. „*Já nic nepotřeboval, nejvíc toho potřebovala ona.*“ (otec). 6 respondentů toužilo po tom, aby jejich dcera/partnerka našla pro řešení pomoc odborníka, v tom viděli možnost, která později přinese zlepšení i pro ně samé. „*Potřeboval jsem, aby se partnerka obula do léčení a dostala se z toho, chyběla mi po všech stránkách, viděli jsme se málo, vyřešily by se tak všechny moje potíže - smutek, osamělost, bezmoc, zoufalství.*“ (partner). Pro 4 respondenty byla důležitá upřímnost dcery/partnerky. „*Přál jsem si, aby přede mnou přítelkyně přestala vše „zatloukat“ a skrývat a aby sama začala hledat pomoc – udělal bych pro ni všechno na světě.*“ (partner), „*Potřeboval jsem její důvěru a snahu něco řešit.*“ (partner). 6 respondentů potřebovalo více informací, aby se ujistilo ve své roli a v tom, co se od nich čeká. „*Potřeboval jsem informace, vědět, jaká je moje role a co ode mě partnerka potřebuje.*“ (partner). 2 respondentům chybělo ujištění, že vše dobře dopadne a stejný počet respondentů toužil po lepší komunikaci s dcerou/partnerkou. Dále se v odpovědích objevilo: víra v zázrak, pevné nervy, potřeba návodu, jak odolat psychickému tlaku, trpělivost. 1 respondent uvedl, že potřeboval bezpečné místo pro sebe, kde by byl klid a pokoj od nemoci.

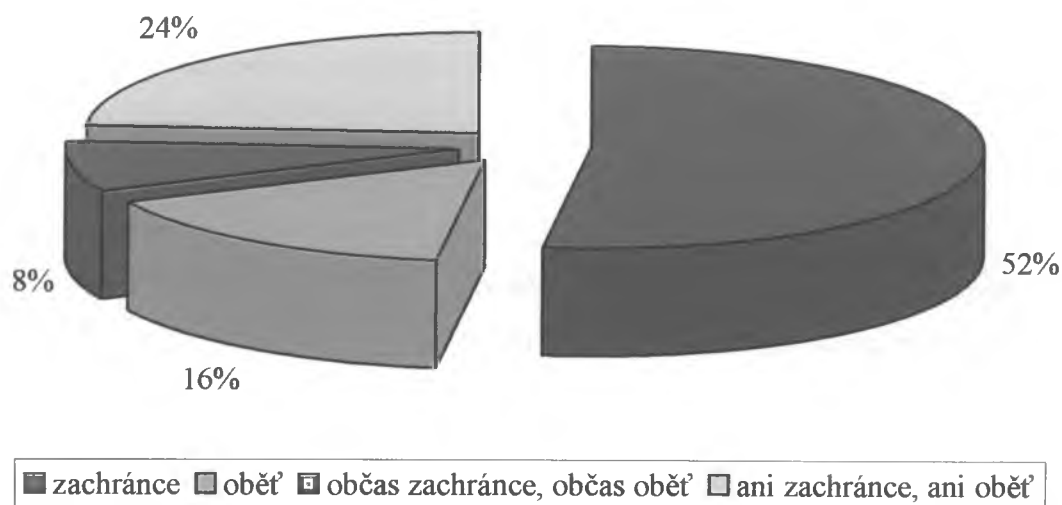
Nejčastějšími pocity, které respondenti zažívali v souvislosti s nemocí dcery/partnerky, byly bezmoc a zoufalství (16 respondentů, tj. 67%). „*Někdy*

zažívám pocity bezmoci a zoufalství z toho, že jí nemohu nijak přímo pomoci.“ (partner), *“Zažívám bezmoc a zoufalství - vše však udusím v nitru.“* (otec). U víc než poloviny respondentů se objevoval také vztek na dceru/partnerku a na nemoc. Někteří popisovali výčitky svědomí kvůli včasnému nerozpoznání nemoci či vlastním chybám. *“Ano, měl jsem na ní vztek pokaždé, když jsem zjistil, že zvracela, že mi pak následně lže do očí, že se opila, že ve svém amoku rozbíjí věci, které jsme si společně koupili... Byl to vztek, bezmoc a zoufalství dohromady, protože já jí pomoci chtěl a ona mou pomoc odmítala těmi nejhoršími prostředky.“* (partner), *„Nepatřím zrovna k trpělivým lidem, jsem trochu výbušný a náladový. Po zkušenostech vím, že tyto vlastnosti musím rozhodně eliminovat, nejlépe je úplně zamezit. Je to pro mě složité, ale vím, že to opravdu jinak nejde. Moje rozčilování a vztek již napáchalo tolik „škody“. Když už se zdálo, že se partnerce daří v boji proti této nemoci, stačilo jen málo a bylo naše snažení zničeno a my se ocitli zase na začátku.“* (partner). Co se týče vyrovnávání se s těmito pocity, každý z respondentů si musel najít nějaký způsob, jak s negativními pocity zacházet: „Věřit, nechat odeznít, popovídat si o tom, ututlat to v sobě, uvědomit si, že to není moje vina, uvědomit si, že jsem pomohl a z toho se radovat, výlet s kamarády, rychlá jízda na kole, koukání na nebe, zamezit vzniku pocitů, udusit je v nitru a vysvětlit si to racionálně, konflikty řešit pozitivně, alkohol.“ Pouze 3 respondenti negativní pocity zcela popřeli, např. s tvrzením: *„Říkám si, že partnerka nemůže za to, jak se chová v důsledku své nemoci.“* (partner), *„Opakuju si, že to není moje chyba.“* (partner).

Podobné pocity se objevily u většiny respondentů také v souvislosti s nemocí v každodenním boji o jídlo, postavu, lhaní, výmluvy, změny nálad dcery/partnerky. Jeden otec popsal své pocity takto: *„Prožíval jsem bezmoc. Vytáčelo mě to, nejradši bych dceru seřezal, aby přišla k rozumu. Nechápal jsem to. Prostě, ať začne normálně jíst a bude to.“* (otec). V partnerských vztazích bylo zvládnutí tohoto chování pro partnery to nejtěžší. Vnímali to jako ohrožující pro samotnou existenci vztahu. *„Ničí to náš vztah i integritu mé osobnosti. Prožívám to vždy těžce.“* (partner), *„Lhaní bylo to nejhorší. Ostatní konflikty jsem se snažil brát s nadhledem, časem jsem poznal, že je to jen její metoda jak mě odradit, aby její PPP dosáhla svého. Později se některé věci daly brát i s humorem, jako například „tak co si dnes vymyslí?“ (představivost má opravdu velkou!), aby nemusela jíst a ubránila se výčítkám.“* (partner).

Jak již 1 respondent zmínil, v souvislosti s poruchou příjmu potravy může dojít k přeskupení sil ve vztahu a ke změně role (z partnera na opatrovníka, otce). 13 respondentů (52%) sebe sama označilo jako zachránce, 4 respondenti se cítili spíše jako oběť, 2 zažívali oba extrém, 6 respondentů se necítilo ani jako oběť ani jako zachránce. „Jsem určitě spíše zachránce. Nemůžu se cítit jako oběť vedle svého dítěte, které je fakt vážně nemocné a prožívá určitě hrozné utrpení.“ (otec), „Řekl bych, že ani jedno. Podle partnerky stojím tak trošku mimo tento problém. Nechovám se ani jako zachránce, ani jako oběť. Prý jsem si ponechal jistý odstup.“ (partner). Logicky na toto navazují pocity, které muži zažívali v roli zachránců – svůj úkol vidí ve vyléčení, uzdravení partnerky, prošlapání cestičky životem, cítí zodpovědnost za dceru/partnerku. U respondentů v roli oběti pak figuroval vztek, agrese vůči druhým, uzavření se do sebe.

Graf 5 - Zachránce nebo oběť?



Respondenti měli také možnost něco si přát, cokoliv. 15 respondentů (65%) si přálo zdraví pro svou dceru, 4 respondenti pak zdraví pro celou rodinu. Dalších 5 respondentů uvažovali nad tím, že by bylo skvělé, kdyby nemoc vůbec dceru/partnerku nepotkala, naproti tomu 1 respondent dokázal vidět i pozitivní aspekt nemoci a přínos pro sebe i svou partnerku. 2 respondenti toužili po spokojené rodině a dětech s partnerkou. Jen jediný respondent zmínil také své přání a zároveň doplnil, že se asi očekává, že by si měl přát zdraví pro partnerku.

Potřeby, které respondenti označili při zjištění nemoci, se velmi liší od jejich aktuálních potřeb po určité době života s nemocí. Objevuje se méně bezmoci a beznaděje. Respondenti jsou také více schopni mluvit o sobě a svých potřebách, přáních a touhách. Cítí se silnější ve zvládnání nemoci dcery/partnerky, z odpovědí je znát alespoň částečný nadhled a vyrovnanost.

Vztah a komunikace (otázky č.11,14-15 z dotazníku pro otce, č.13,16-19,21 pro partnerky)

Proměnu vztahu v souvislosti s nemocí zaznamenali až na 3 všichni respondenti (88%). V počátečních fázích nemoci se ztížila komunikace s dcerou/partnerkou, přibýlo hádek a konfliktů, také strachu a nervozity, ve fázi uzdravování však respondenti považovali vztah s dcerou/partnerkou za otevřenější a pevnější než v době před vypuknutím nemoci. *“Ve vztahu je více důvěry, společný boj. Naděje, že zvítězíme.”* (partner). 6 partnerů (38%) se s partnerkou během nemoci rozešlo právě kvůli nefungující komunikaci, nenaplněnosti vztahu. *“Neuvěřitelným způsobem narušila nemoc vše hezké, pokud se celou svou bytostí soustředíte na to špatné, tak je to špatné. Nebyl jsem za přítele, sex neexistoval, žádná rozkoš, žádný respekt, jen hádky a sebelítost, pláč a slzy, nikam jsme nechodili a já se tolik pokoušel vše zvrátit.”* (partner).

Téměř všichni respondenti vypověděli, že na vztahu s dcerou/partnerkou by nic neměnili. Zároveň ale dodávali, že stačí, když se dcera/partnerka uzdraví a vše bude v pořádku a jako dřív. Jako by si neuvědomovali, že nemoc nejen mění vztah v jejím průběhu, ale i po jejím vyléčení. Zvláště partneři vnímali nemoc ve vztahu jako něco cizorodého, čemu oni sami nijak nepřispívají, neovlivňují to, necítili se součástí systému. 1 respondent naopak chtěl ve vztahu změnit všechno, protože cítil, že nemoc ovlivňuje společný život ve všech aspektech. 1 respondent si přál, aby s ním dcera více komunikovala. 1 respondent by rád změnil partnerčiny špatné nálady a nechuť k sexu a mazlení.

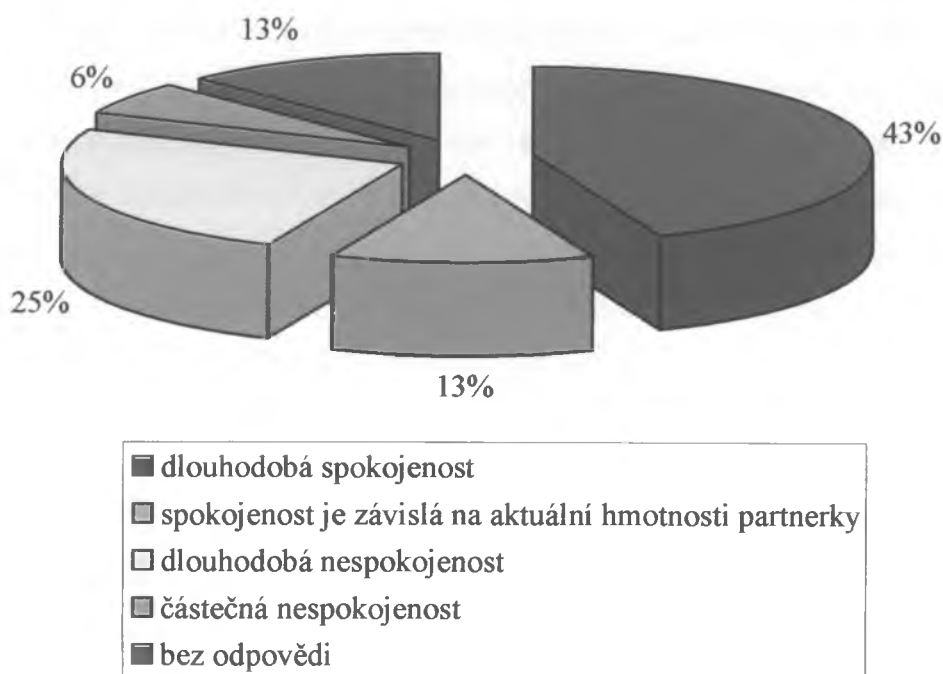
Komunikace mezi otcem a dcerou, resp. partnerky se pohybuje u většiny respondentů mezi dvěma extrémy. 15 respondentů (60%) o nemoci mluvilo s dcerou/partnerkou velmi často a bylo to pro ně často velmi únavné. Potlačili však únavu a nechuť k opakujícím se hovorům a naslouchali dceři/partnerce tak, jak potřebovala ona. *„Je to neuvěřitelně vyčerpávající, snažte se prostě vzít ten balvan*

na sebe, po takových rozhovorech jsem měl pocit, že jsem vyložil vagón uhlí. Totální únava. Hlavně asi z toho, že jsme vlastně nikam moc nepostoupili a že to přijde znovu. Mluvili jsme o tom hodně, hlavním „komunikátorem“ však byla manželka, ona byla ta „zlá“, já ten „hodný“, nikomu bych podobnou situaci nepřál zažít.“ (otec), „Dřív partnerka čekala, že já něco udělám, a já jsem čekal, že mi řekne, co mám udělat. Teprve když jsme se k sobě vrátili po rozchodu, jsme se o její nemoci začali opravdu bavit. Pro mě je důležité, že z toho cítím důvěru, kterou ke mně partnerka má.“ (partner). 10 respondentů (40%) mělo naopak v komunikaci o nemoci velké problémy. Dcera/partnerka s nimi komunikovat odmítala či to pro ně bylo tak obtížné, že téma raději neotvírali. „Komunikace byla dost obtížná, z její strany velmi neochotná, často lhala. Ani teď se o tom raději nebavíme.“ (otec), „Ona o tom nerada mluví – přála by si klid jako na začátku vztahu – lituje, že mi to řekla – prý nejsem šťastný.“ (partner).

Spokojenost v partnerském vztahu bez dalších připomínek vyjádřilo 8 partnerů (50%). Další partneři uváděli nemoc jako to, co jejich spokojenost limituje a ničí. „Ano, byl jsem spokojený, jen mi vadil neustálý strach o partnerku.“ (partner), „Těžko říct, s partnerčinou PPP být spokojený nelze, bez PPP asi být spokojený lze.“ (partner). 4 partneři popisovali fáze vztahu, kdy spokojeni byli a fáze, kdy to bylo právě naopak. „Existovaly „dvě“ přítelkyně – jedna, ta skvělá, kterou bych si z „fleku“ vzal a měl s ní rodinu, a ta druhá, nepříjemná, rejpavá, opilá, prolhaná a naštvaná, kterou bych zase pro změnu „z fleku“ vyrazil z baráku. Asi tak jsem byl spokojený – vyberte si.“ (partner).

Co se týče spokojenosti v oblasti sexu a intimity, 7 partnerů bylo spokojeno i navzdory nemoci, 2 partneři uvedli, že spokojenost v sexu se odvíjela od hmotnosti partnerky – čím nižší hmotnost, tím víc sex partnerka odmítala. „Asi třičtvrtě roku sex za moc nestál, pak to bylo skvělé – nevím, co se zlomilo. Co se týká tělesného kontaktu, přišlo mi, že jej ze začátku přítelkyně moc nemusela, ale pak se jí to začalo líbit. Pro mě je tělesný kontakt hodně důležitý.“ (partner). 4 partneři byli v této oblasti dlouhodobě nespokojení, 1 částečně nespokojený, 2 partneři na tuto otázku neodpověděli.

Graf 6 - Spokojenost v oblasti sexu a intimity



Úvahy o rozchodu potkaly 9 respondentů (56%), 5 z nich se nakonec s partnerkou rozešlo. Důvodů k rozchodu uváděli partneři více: snaha ochránit děti a jejich prožívání, lhaní a nedůvěra ve vztahu, hádky, opilost partnerky, nespokojenost, nenaplněnost vztahu, nedostatek zájmu ze strany partnerky, neochota něco se sebou dělat. „*Ano, zvažoval jsem rozchod, po skoro 2 letech, z důvodu, že náš vztah vlastně pro mě není vztah, přál jsem si to jinak, byl jsem hodně sám, a chtěl jsem být mnohem víc s ní.*“ (partner).

Pozitivní a negativní dopady nemoci na muže (otázky č.12-13,17,20 z dotazníku pro otce, č.14-15,25,27 pro partnery)

Pro 18 respondentů (72%) znamenala nemoc dcery/partnerky nějaké omezení, 7 respondentů si omezení neuvědomovalo či uvedlo, že se omezují rádi, když to může pomoci. Nejčastějším omezením bylo narušení rytmu rodiny či partnerského vztahu - nutnost plánovat jídlo, vaření, dovolenou, volný čas, pracovní dobu, finanční rozpočet (nákladnost léčby), sexuální život, návštěvy restaurací, fyzicky náročné aktivity, vyčítavý pohled partnerky při jídle partnera. „*Prostě žijete s nemocným člověkem, který má problém s jídlem. Všechno, co bylo spojeno s jídlem,*

přinášelo problémy. Restaurace, dovolená, společné snídaně, obědy, večeře. Buď chodíte kolem problému a snažíte se ho nevidět (a trpíte) nebo ho chcete řešit a to přináší konflikt. Nejvíce se nemoc odrazila na napětí v rodině a to odnášel syn. O utrpení dcery ani nemluvě“ (otec), „Samozřejmě, že nemoc změnila rytmus rodiny. Snažili jsme se ji nenechávat samotnou, což vedlo i k tomu, že si manželka zkrátila pracovní dobu. Každý den se řešilo co k večeři, neustálé ukryvání potravin, protože především sladkosti znamenaly "převedení" a zvracení. Také se řešila organizace víkendů, dovolených atd. 5 let žijeme pod vlivem nemoci. Vědět, že dcera v koupelně zvrací a že nemůžete nic dělat je deprimující zážitek.“ (otec), „Nemoc partnerky mě omezovala, dost. Málo jsem dostával a víc než obvykle dával.“ (partner).

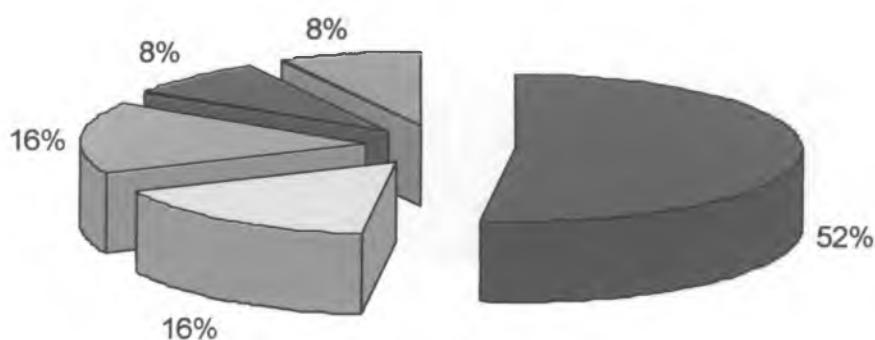
Při zamyšlení se nad otázkou, zda nemoc přinesla do života respondentů i něco pozitivního, odpovědělo záporně 8 respondentů (32%), kladně 17 respondentů (68%). Respondenti se naučili více naslouchat, být trpělivější a pokornější, lépe komunikovat, dozvěděli se něco o sebe, objevili své vlastní síly obstat i v kritické situaci, víc dávat pozor na své zdraví a pravidelnou stravu, 1 respondent uvedl, že rychleji dospěl.

Zkoumán byl také vliv nemoci na vztah rodičů nemocné dcery a naopak vztahu rodičů na nemoc dcery tak, jak jej vnímají otcové nemocných dcer. 6 otců uvedlo, že nevnímali vliv nemoci na jejich vztah s manželkou, spíše je to posílilo. „Strach o osud dítěte nás určitě semknul.“ (otec), „Na vyléčení má pohodový vztah manželů zcela určitě zásadní vliv, příčiny nemoci nejsem schopný identifikovat, nemoc náš vztah s manželkou neovlivnila, zůstal v pořádku, společně další postupy a přístupy k dceři jsme sami občas hledali velmi těžko, v občas ve velmi vyostřených diskusích.“ (otec). 2 otcové připustili narušení vztahů v rodině kvůli nemoci. Žádný otec si nemyslel, že by jeho vztah s manželkou mohl být příčinou nemoci dcery.

Na svých jídelních návycích nic nezměnilo 13 respondentů (52%). Částečně se v jídle dceři/partnerce přizpůsobili 4 respondenti. „Jsem kuchař a i můj jídelníček jsem přizpůsobil zvyklostem manželky...“ (partner). 4 respondenti začali s dcerou/partnerkou společně a pravidelně jíst. „Snažím se jíst pravidelně, což jsem předtím moc nedodržoval, a pokud možno spolu.“ (partner), „Začali jsme se pravidelně společně stravovat s dcerou – výsledek – rodiče přibírají – dcera hubne.“ (otec). 2 respondenti naopak přestali s partnerkou společně jíst, protože to pro ně

bylo spíše stresující. „*Sám jsem neměl moc chut' na jídlo a jedl jsem raději jindy než ona.*“ (partner).

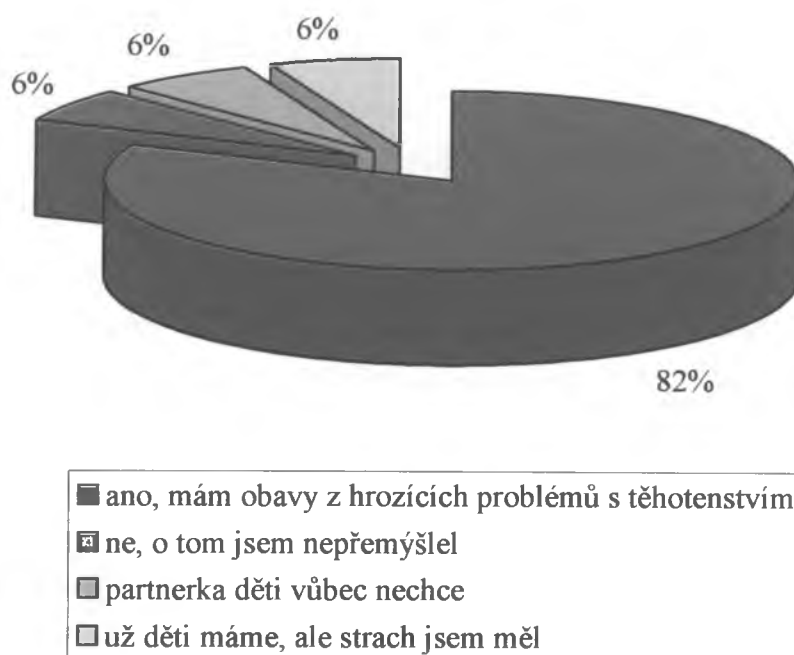
Graf 7 - Změna stravovacích návyků v souvislosti s PPP dcery/partnerky



■ bez změny	□ částečné přizpůsobení se dceři/partnerce
■ společné pravidelné stravování	■ samostatné stravování kvůli stresu
■ bez odpovědi	

Myšlenkou, že partnerka bude mít v souvislosti s onemocněním problémy s těhotenstvím, se zabývalo 13 partnerů (81%). 1 partner už s partnerkou děti má, 1 partner o tom nepřemýšlel, 1 vypověděl, že jeho partnerka vůbec děti nechce mít. Většina partnerů, kteří mají strach z nemožnosti mít děti, o tom s partnerkou i hovořila. „*Napadlo mě to už několikrát. Pokud jsem jí o tom řekl, pouze pokrčila rameny se slovy, že se to stát může.*“ (partner), „*Ano, napadlo mě to, o svém strachu jsem jí říkal. Nebyl to však dostatečně silný důvod pro to, aby dostala sílu bojovat.*“ (partner).

Graf 8 - Myšlenky na obtíže partnerky otěhotnět v souvislosti s PPP



Podíl na léčbě a zájem o léčbu (otázky č.16,18,24 z dotazníku pro otce, č.20,23,30 pro partnery)

Alespoň jednorázovou zkušenost s rodinnou terapií potvrdilo 7 otců (77%), 1 otec vyjádřil snahu se takové terapie kdykoliv účastnit, pokud to bude třeba, 1 otec k tomu ani neměl možnost. „Zpočátku jsme chodili na terapie sami s manželkou, abychom pochopili o co jde a naučili se jak s dcerou jednat, jak se chovat, jak jí pomoci. Teprve asi po cca 1 roce se nechala dcera přemluvit a začala chodit, my jsme přestali . Společně jsme se sešli u terapeuta asi jen 2x. Dcera nechtěla rodinnou terapii.“ (otec), „Jednou jsme navštívili celá rodina konzultaci rodinné terapie - bylo to pouze jedno sezení, jinak dcera chodila sama.“ (otec). U partnerů tomu je právě naopak – 10 partnerů (63%) se na léčbě osobně nepodílelo, i když by o to většina z nich měla zájem. Důvodem neúčasti na terapii je, že si to jejich partnerka nepřeje. „Nepodílel jsem se, partnerka si to nepřála. Nabídl jsem jí ale, že kdykoliv by se jí to hodilo, zúčastním se terapie.“ (partner), „Ne, ale měl bych samozřejmě zájem. Sehnal jsem jí akorát psychiatricku, ale moc jí nepomáhá.“ (partner).

Služby odborníků využilo celkem 10 respondentů (40%), z toho 2 respondenti vyhledali pomoc jak psychologa, tak svépomocnou skupinu pro rodiče, partnery a kamarády. „*Ano, zkusil jsem si o tom všem popovídat s kamarádem psychologem, což mi pomohlo, ale zároveň jsem věděl, že přítelkyně sama musí pochopit jak moc závažná situace to je a že ona sama musí udělat ten první krok a chtít porazit bulimii se specialisty a ne jen sama...*“ (partner). 15 respondentů (60%) takovou pomoc nevyhledalo. „*Nevyhledal jsem nikoho, ale někdy bych to potřeboval.*“ (partner).

Téměř všichni respondenti by někomu, v podobné situaci jako jsou sami, rozhodně doporučili vyhledat odbornou pomoc, případně nejdříve získat informace či zajít na svépomocnou skupinu, ale odbornou pomoc neodkládat a okamžitě kontaktovat. „*Aby si v první řadě zjistil co nejvíce o nemoci, případně navštívil svépomocnou skupinu pro partnery a rodiče. Nemoci se nezalekl a neopouštěl partnerku, vždycky je cesta, jak takovouto situaci řešit.*

Zkus to s ní chvílku, udělej pro její záchranu cokoliv a pokud to nepůjde, vypadni a nikdy se nevracej, nebo tě to zničí. Ona nemá problémy s tebou, ale se sebou, ty za to nemůžeš, většinou ne.“ (partner), „*Ať si o tom s ní povídá, ať naslouchá, ať se domluví co kdo budou dělat. Pak ať někam zajde (svěpomocná skupina, terapeut), ať mi napíše, ať někomu napíše co potřebuje, ať se ptá, ať na to není sám a ať myslí i na sebe. Ať si dá časem hranice kam nepůjde. Ať si nedává úkol ji z toho dostat a nechá to na odborný pomoci, jestli chce, aby to jejich vztah ustál. Ať si jde sednout někam, kde to má rád a podívá se na to zvenku.*“ (partner), „*Neumím poradit, snad jen včas říci, že to je nemoc a jako taková potřebuje terapii. Že ji nevléčíme doma sami.*“ (otec), „*Okamžitě začít léčit, navštívit specializované pracoviště. Samo se to nezlepší.*“ (otec). V odpovědích se dále objevila nutnost obrnit se trpělivostí, klidem, rozvahou, vírou, pevnými nervy, láskou, zájmem, nadějí, nebýt přehnaně optimistický.

6.3.5 Po ukončení vztahu (otázky č.33-35 z dotazníku pro partnery)

Ukončení partnerského vztahu ze strany partnerky uvedli 2 partneři, 5 partnerů bylo iniciátorem rozchodu. 1 partnerský vztah byl později znovu obnoven. Partneři, kteří vztah ukončili, se v souvislosti s nemocí potýkali s pocity viny, výčitkami svědomí, uvědomovali si, co dělali špatně a bylo to pro ně obtížné. „*Vztah jsem ukončil jsem já. Pocit viny se střídá s výčitkami svědomí po několik měsíců.*

Člověk si pak uvědomí co udělal špatně, ale hlavně co udělal dobře a co nemocné pomohlo.“ (partner), *„Vztah jsem ukončil já a nebylo mi to vůbec příjemný. Další dva roky mi trvalo, než jsem se s tím plně vyrovnal.“* (partner). V kontaktu je se svou bývalou přítelkyní i po rozchodu všech 7 partnerů, jen 1 z nich omezil komunikaci pouze na e-mail. Ukončení vztahu mělo za následek u dvou partnerek snahu vyhledat pomoc, nastartovat léčbu, udělat pro to víc, než když vztah trval. *„Partnerka se „nastartovala“ a chce vyhledat odbornou pomoc, možná si konečně uvědomila, že na to sama nestačí a že bulimie ji ničí život.“* (partner). Další 2 partneři uváděli zhoršení stavu partnerku. *„Partnerka těžko snášela samotu a stresové situace. Konec se mnou byla pro ni rána, která způsobila jednak návrat PPP, jednak pozdější přechod k jiným únikovým metodám.“* (partner). 1 partner uvedl, že se nezměnilo vůbec nic, 2 si všimli dočasného zlepšení. Nemoc však nezmizela v souvislosti s rozchodem páru ani u jedné z nemocných žen.

6.3.6 Po uzdravení (otázky č.27-29 z dotazníku pro otce, č.36-38 pro partnery)

Za vyléčenou považuje svou dceru/partnerku 5 respondentů (20%). Nejdůležitějšími faktory, které přispěly k uzdravení dcery/partnerky podle respondentů byly: rodina, přítel, studium výživy na VŠ, jistota a opora, režim, motivace, neustálá podpora, láska a pochopení ze strany partnera. 1 respondent k tomu řekl: *„Klíčové byla jistota mne jako opory, získání bytu a režimu, posláni fotra do prdele a žádný kontakt s rodinou.“* (partner). 4 z 5 respondentů mají strach, že se onemocnění může vrátit, 1 se tohoto strachu dokázal zbavit. Všichni respondenti se snaží věřit, že k relapsu nedojde a kdyby ano, že už ví lépe, jak rychleji zareagovat. Proměnu vztahu v souvislosti s uzdravením zaznamenali 2 respondenti, 3 respondenti výrazné změny nepozorují. *„Pro mne zůstal takový jaký byl, na vztah z její strany vůči mne jsem pyšný.“* (otec).

6.3.7 Postřehy a další nápady otců a partnerů

„Určitě by pomohla osvěta v médiích, nebo třeba u praktických lékařů – rozdávání informačních materiálů, aby veřejnost věděla, o co se vlastně jedná, když tyto problémy pak bude mít někdo z rodiny, člověk to pozná, a bude vědět, že s tím má něco dělat.“ (partner)

„1.vnímáme velikou neinformovanost lékařů, učitelů a celé veřejnosti ve smyslu diagnostiky ppp a rychlé reakce na příznaky ppp.

2. neinformovanost rodičů, kteří skutečnost vidí často poslední (holčička je „krásně štíhlá“)

3. považujeme za nepřijatelné termínovat léčení MA dobou 100 dní (dcera za tu dobu měla přibrat 14kg a o 4kg zvýšit svoji dosud nejvyšší váhu).

4. výchovní poradci a učitelé na školách jsou vzděláváni a sami vzdělávají mládež o závislostech na drogách, alkoholu, kouření a co !!!ppp!!!!“ (otec)

„Myslím si, že nejdůležitější je pro příbuzné nemocných získávat průběžně informace o nemoci a o způsobu léčby. Určitě i možnost se setkat se stejně "postiženými" lidmi a výměna zkušeností je značným přínosem. Nemoci PPP se totiž nedají pochopit za jedno sezení, ani přečtením jedné knížky.“ (otec)

„Partneři musí mít oči otevřené, musí si všimnout i nepatrných změn v chování. Každopádně je důležitá podpora partnerky za každé situace. Partner by měl chránit partnerku a nedělat z ni chudáka, nebo nějakého podřadného člověka. Nemůže situaci vyřešit za ni, ona musí sama chtít. On je tu jen jako pomocná ruka. Nesmí problém přehlížet, bagatelizovat jej, ale zároveň jej nesmí nějak moc zveličovat.“ (partner)

Diskuze

Závěry realizovaného výzkumu jsou v souladu s výsledky výzkumů Perkins et al. (2004) a Winn et al. (2004), které byly provedeny ve Velké Británii a citovány výše - v teoretické části diplomové práce. Respondenty obou britských výzkumů však byly spíše ženy v roli matek nemocných dcer poruchou příjmu potravy. Zastoupení mužů ve výzkumném vzorku bylo mnohem menší, než v nyní předkládané české studii.

Jednotlivé odpovědi respondentů byly kategorizovány do 6 kategorií - zjištění nemoci a jeho dopady, reakce na objevení nemoci, informovanost mužů o poruchách příjmu potravy a možnostech léčby, muž a jeho potřeby v době nemoci dcery/partnerky, po ukončení vztahu, po uzdravení. Podobné kategorie byly užity také ve studiích Perkins (2004) a Winn (2004). Poslední částí výzkumu jsou Postřehy a další nápady otců a partnerů, kde byl ponechán prostor pro další myšlenky a nápady respondentů do připravované Brožury pro muže. Navzdory malému vzorku respondentů (16 partnerů a 9 otců) se z provedeného výzkumu dají vyvodit tyto závěry:

- Doba, po kterou respondenti ví o nemoci dcery/partnerky, a s takto nemocnou žijí či o ni pečují, je průměrně téměř 3 roky.
- Většina partnerů o poruše příjmu potravy své partnerky před vstupem do vztahu nevěděla.
- Většina partnerů žila s partnerkou už před vznikem její poruchy příjmu potravy.
- Většina respondentů pozorovala změny v chování (jídlo, nálady, cvičení) dcery/partnerky ještě dříve, než se o onemocnění dozvěděla.
- Většina respondentů zažívala po zjištění nemoci beznaděj, bezmoc, pocit viny, strach, nepochopení, ale také úlevu.
- Většina respondentů přesně nevěděla, co si pod poruchou příjmu potravy představit.
- K získání informací o nemoci a možnostech pomoci používali respondenti více zdrojů. Nejčastěji však internet.
- Navzdory chybějícím informacím a překvapení z nemoci dcery/partnerky se téměř všichni respondenti velmi dobře orientovali v tom, kde hledat pomoc pro řešení situace.

- Otcové nemocných dcer sdíleli problém s někým dalším častěji než partneři nemocných partnerek.
- Polovina partnerů neměla s kým o problému hovořit a shledávala to obtížné.
- Většina respondentů je v době zjištění nemoci zaměřena na potřeby dcery/partnerky a na své potřeby příliš nemyslí.
- Nejčastějšími pocity, které respondenti v souvislosti s nemocí dcery/partnerky zažívali, byly bezmoc a zoufalství.
- Více než polovina respondentů se cítila jako zachránce dcery/partnerky.
- Přání téměř všech respondentů se týkalo zdraví dcery/partnerky a ne jich samotných.
- Polovina partnerů se cítí v partnerském vztahu spokojena i navzdory nemoci partnerky. Stejně tomu je také u spokojenosti v oblasti sexu a intimity.
- Spokojenost ve vztahu a také v oblasti sexu a intimity byla u poloviny respondentů kolísavá (vzhledem k rozvoji nemoci).
- Více než polovina partnerů přemýšlela v průběhu vztahu o rozchodu v důsledku nemoci partnerky.
- Téměř dvě třetiny partnerů zůstaly v partnerském vztahu i navzdory nemoci partnerky.
- Polovina respondentů by chtěla o nemoci s dcerou/partnerkou mluvit častěji, pro polovinu respondentů je to naopak velká zátěž a respondenti by mluvení o nemoci chtěli omezit.
- Pro tři čtvrtiny respondentů znamenala nemoc omezení, oproti tomu zbývajícím respondentům uvedli, že se omezovali rádi.
- Téměř třetina respondentů nedokázala vidět žádný přínos nemoci, naopak více než dvě třetiny respondentů našly na nemoci i něco pozitivního pro sebe či vztah s dcerou/partnerkou.
- Dvě třetiny otců nezaznamenaly vliv nemoci dcery na jejich vztah s partnerkou/manželkou.
- Žádný otec si nemyslel, že by jeho vztah s partnerkou mohl být příčinou nemoci dcery.

- Více než polovina respondentů nijak nezměnila své jídelní návyky v souvislosti s nemocí dcery/partnerky. Zbývající část respondentů se částečně přizpůsobila dceři/partnerce v jídle nebo si na své jídlo dávala větší pozor (pravidelnost, společné stolování, vyváženost stravy).
- Většina partnerů měla strach, že partnerka nebude moci otěhotnět a o tomto strachu s ní i hovořila.
- Otcové se na léčbě dcery podíleli častěji než partneři na léčbě partnerky.
- Pomoc pro sebe nevyhledaly téměř dvě třetiny respondentů. Většina z nich však uvedla, že by se jim taková pomoc hodila.
- Téměř všichni respondenti by druhým ve své situaci radili vyhledat pro dceru/partnerku odbornou pomoc, být trpělivý, získat co nejvíce informací, jít na svépomocnou skupinu pro otce a partnery.
- Po ukončení partnerského vztahu ze strany partnera během nemoci zažívali partneři pocity viny a výčitky svědomí, že partnerku opustili.

Potřeby a pocity mužů zjištěné ve výzkumu nelze generalizovat na obecně platné potřeby a pocity, které mají všichni otcové a partneři pečující o nemocnou dceru/partnerku. Motivaci vyjádřit se ve výzkumu měli převážně muži, jejichž dcera/partnerka je stále a v mnoha případech i dlouhodobě nemocná, a je tedy pravděpodobné, že tito muži nadále hledají možnosti pomoci jak pro dcer/partnerku, tak pro sebe. Informace o výzkumu se také dostala hlavně k těm mužům, kteří již nějakým způsobem svou situaci a situaci nemocné dcery/partnerky řeší. I přes tato omezení výzkumu je možné data analyzovat a zjištění využít pro Brožuru pro muže.

Závěr

Diplomová práce obsahuje teoretickou i výzkumnou část zabývající se tématem potřeb muže v roli partnera/otce dcery/partnerky nemocné poruchou příjmu potravy. V teoretické části je zmapováno zjištění nemoci očima otce/partnera, její průběh a způsob vyrovnání se otce/partnera s nemocí dcery/partnerky. Tato část je zároveň materiálem pro praktickou Brožuru pro muže, kde otec/partner nalezne nejen konkrétní rady, ale i faktické informace o nemoci. Výzkumná část ověřuje a doplňuje předpokládané potřeby otců/partnerů uvedené v teoretické části. Autentické výpovědi z dotazníků uvedené ve výzkumné části mohou být inspirativní i pro čtenáře Brožury pro muže. Naplňují totiž myšlenku svépomoci a sdílení zkušeností, což byla jedna ze zjištěných potřeb mužů v roli otců/partnerů.

Brožura pro muže v této podobě je první verzí. Ta bude nyní předložena odborné veřejnosti a také přímo cílové skupině, které je určena, pro připomínky a doplnění. Po získání finančních prostředků k vydání Brožury pro muže bude upravená verze distribuována veřejnosti – papírovou i elektronickou formou. Sběr dat pro výzkumnou část nadále probíhá s cílem získat větší počet respondentů a zpracovat data statisticky.

Dá se předpokládat, že potřeby mužů zjištěné výzkumem, budou v budoucnu lépe uspokojovány jednak díky větší informovanosti veřejnosti o poruchách příjmu potravy a jednak díky snazšímu přístupu k těmto informacím. Celosvětovým trendem v péči o nemocné poruchou příjmu potravy je navíc zahrnutí jejich blízkých, tedy i otců a partnerů, do léčby. Díky tomu otcové i partneři dostanou včas informace, které potřebují, a také prostor pro vyjádření svých pocitů a myšlenek ohledně nemoci své dcery/partnerky.

Domnívám se, že Brožura pro muže, která je výstupem této diplomové práce, je přínosem. Může usnadnit těžkou situaci nejen mužům, kterým je primárně určena, ale i nemocným dcerám/partnerkám. Ulehčit v práci by mohla i odborné veřejnosti, která Brožuru pro muže poskytne svým klientům a jejich blízkým, aby se v problematice lépe zorientovali.

Literatura:

- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Essstörungen. *Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen* [online]. 2000. [cit. 2007-04-11], s. 27-75. Dostupný z WWW: <www.bzga-essstoerungen.de/medien/broschueren.htm>
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Essstörungen. *Essstörungen - Arbeit mit Selbsthilfegruppen* [online]. 2000. [cit. 2007-04-11], s. 98-107. Dostupný z WWW: <www.bzga-essstoerungen.de/medien/broschueren.htm>
- COHEN, Robert M. *Nejčastější psychické poruchy v praxi*. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4. s.103.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Body image jako součást sebepojetí člověka*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-2460-173-7. s. 193.
- FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image*. 1.vyd. Praha : Grada, 2006. 92 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-1350-0. s. 27, 49-50, 71.
- GROGAN, Sarah. *Body image : psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. 1.vyd. Praha : Grada, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-1. s. 25.
- HALL, Lindsey - COHN, Liegh. *Rozlučte se s bulimií*. 1. vyd. Brno : ERA, 2003. 256 s. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
- CHUDOBOVÁ, Petra - FRANKOVÁ, Slávka. Rizikové faktory vedoucí k nespokojenosti s vlastním tělem u dětí. *Česká a slovenská psychiatrie : Supplementum* 1. 2003, roč. 101, č. 1, ISSN 1212-0383. s. 43-44.
- CHVÁLA, Vladislav - TRAPKOVÁ, Ludmila. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1.vyd. Praha : Portál, 2004. 224 s. ISBN 80-7178-889-9.
- KRCH, František, David. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2003. 172 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- KULHÁNEK, Jan. *Informační portál o poruchách příjmu potravy* [online]. aktualizace 2007. Praha : Jan Kulhánek, 2002 , 30.3.2007 [cit. 2007-04-10]. Dostupný z WWW: <www.idealni.cz>
- PAPEŽOVÁ, Hana. *Anorexia nervosa*. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-92-8.

- PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, Cyril, et al. *Psychiatrie*. 1.vyd. Praha : Tigris 2002, kpt.20. s. 600-606. ISBN 80-900130-1-5.
- PERKINS, Sarah, et al. A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa : Part 1: The Emotional Impact of Caring. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, vol. 36, is. 3 [cit. 2007-03-10], s. 256-268. Dostupný z WWW: <www.interscience.wiley.com>
- SMOLAK, Linda. Body image Development in Children. In CASH, Thomas F., PRUZINSKY, Thomas. *Body image : A handbook of theory, research & clinical practice*. 1st edition paperback. New York : The Guilford Press, 2004. kpt.8. s. 69. ISBN 1593850158.
- ŠTICHOVÁ, Zdena. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy in VODÁČKOVÁ, D. a kol.: *Krizová intervence*, 1.vydání. Praha : Portál 2002. s.448-455. ISBN 1593850158.
- VANDEREYCKEN, Walter. The Families of patients with an Eating disorder. In BROWNELL, Kelly D., FAIRBURN, Christopher G. *Eating disorders and Obesity : A Comprehensive Handbook*. 1st edition. New York : The Guilford Press, 1995. kpt.38. s. 219-223.
- WENTZ, E., et al. Eighteen-Year follow-up od Adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disorders, Overall Functioning Scalec, Prognostic Factors, Pregnancies, and Children. *Česká a slovenská psychiatrie: Supplementum 1*. 2007, roč. 103, č. 1, ISSN 1212-0383. s. 19-20.
- WINN, Suzanne, et al. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa: Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders* [online]. 2004, vol. 36, is. 3 [cit. 2007-03-10], s. 269-279. Dostupný z WWW: <www.interscience.wiley.com>

Příloha I: Dotazník pro otce dívek nemocných poruchou příjmu potravy

Příloha II: Dotazník pro partnery dívek a žen nemocných poruchou příjmu potravy

**Příloha III: Brožura pro muže – otce či partnera nemocné dcery či partnerky
poruchou příjmu potravy**

Příloha I

Dotazník pro otce dívek nemocných poruchou příjmu potravy <http://povidani.unas.cz/vyzkum.htm>

Dobrý den,

dovolte mi, abych Vás poprosila o pozornost Dotazníku, který je zaměřen na zjištění potřeb otců, kteří mají nebo měli dceru nemocnou poruchou příjmu potravy. Dotazník je anonymní a získaná data budou užita pro účely diplomové práce na FF UK s názvem „Muž v roli otce či partnera nemocné poruchou příjmu potravy a jeho potřeby“ a hlavně budou podkladovým materiálem pro brožuru určenou partnerům a otcům žen a dívek s poruchou příjmu potravy. Vaše odpovědi tedy mohou pomoci sestavit brožuru tak, jak byste ji tenkrát potřeboval možná i Vy. Otázky jsou otevřené, je tedy na Vás, v jakém rozsahu odpovíte, čím konkrétnější budete, tím kvalitněji se podaří sestavit výše uvedenou brožuru, která bude dostupná na webových stránkách www.anabell.cz ihned po jejím vydání.

Děkuji moc za pomoc, Ria Černá, studentka 5.ročníku FF UK, koordinátorka Svépomocné skupiny Anabell pro blízké nemocných poruchou příjmu potravy

Váš věk

.....

Věk Vaší dcery

.....

Věk a pohlaví Vašich dalších dětí

.....

.....

Bydlení

- žijeme spolu ve společné domácnosti s dcerou a manželkou, popř. dalšími dětmi
- dcera bydlí na koleji, vrací se domů na víkendy
- žijí s manželkou/partnerkou, dcera již bydlí samostatně
- žijí jen s dcerou
- žijí sám, dcera žije s manželkou/bývalou manželkou
- žijí sám, dcera bydlí také sama
- nevím, kde teď dcera bydlí
-

Nemoc dcery

- mentální anorexie
- mentální bulimie
- záchvatovité přejídání
- střídá se to, ale spíše MA
- střídá se to, ale spíše MB
- nejsem si jistý

Setkání s poruchou příjmu potravy

1. Jak dlouho víte o skutečnosti, že Vaše dcera trpí poruchou příjmu potravy?
2. Jakým způsobem jste se dozvěděl o nemoci Vaší dcery?
3. Jaké to pro Vás bylo?
4. Co bylo na tomto zjištění nejtěžší?
5. Věděl ještě někdo kromě Vás z okruhu blízkých lidí dcery o její nemoci? Kdo? Pokud nikdo, chtěl jste o tom někomu říct?
6. Co jste v té době o poruchách příjmu potravy věděl?
7. Jakým způsobem jste získal podrobnější informace o nemoci?
8. Věděl jste, kam se obrátit o pomoc pro Vaši dceru, příp. také pro Vás? Jak jste se o těchto možnostech dozvěděl?
9. Měl jste v té době někoho, s kým jste mohl tento problém sdílet? S kým?
 - Ano, sdílel jsem to s.....
 - Ne
 -
10. Co jste v té době nejvíce potřeboval?

Vztah s dcerou

11. Proměnil/Proměňuje se nějak Váš vztah v souvislosti s nemocí? V čem?
12. Omezovala/Omezuje Vás nějak nemoc dcery? V čem?
13. Přinesla/Přináší Vám osobně nemoc dcery něco pozitivního? Co konkrétně?
14. Jak probíhala/probíhá komunikace mezi Vámi? Mluvili jste/mluvíte spolu o její nemoci? Jaké to pro Vás bylo/je?
15. Co jste chtěl/byste chtěl na Vašem vztahu změnit?
16. Podílel jste se/Podíli jste se na léčbě poruchy příjmu potravy Vaší dcery přímo u odborníka? (párová terapie, rodinná terapie,...). Pokud ne, měl jste/byste o to zájem?
17. Jaký vliv na nemoc dcery má podle Vás Váš vztah s manželkou/partnerkou? A jak naopak ovlivňuje nemoc dcery Váš vztah s manželkou/partnerkou?

Otec

18. Využil jste/Využíváte Vy sám někdy služeb odborníků? (psycholog, psychiatr, Linka důvěry, svépomocná skupina pro rodiče a partnery, ...)
 - Ano, zkusil jsem.....
 - Ne
 -

19. Zažíval jste/Zažíváte někdy vztek na dceru, výčitky svědomí, bezmoc a zoufalství spojené s její nemocí? Jak jste se/Jak se s těmito pocity vyrovnával/vyrováváte?

20. Změnilo se něco na Vašich jídelních zvyklostech a postojích v souvislosti s nemocí Vaší dcery? Uveďte prosím co.

21. Co pro Vás znamenaly/znamenají konflikty ohledně jídla, postavy, lhaní a výmluv, změn nálad atd.? Jak jste toto prožíval/prožíváte?

22. Cítil jste se/Cítíte se častěji spíše jako zachránce nebo oběť?

23. Jak jste/Jak s tímto pocitem nakládal/nakládáte?

24. Co byste poradil někomu, kdo právě zjistil, že jeho dcera trpí poruchou příjmu potravy?

25. Kdybyste mohl mít jakékoliv přání, které se Vám může splnit, jaké by to bylo?

26. Jak se Vy sám cítíte, co byste v tuto chvíli nejvíc potřeboval?

Po uzdravení

/vnímáte-li svou dceru jako vyléčenou, odpovězte prosím ještě na poslední 3 otázky/

27. Co podle Vás Vaší dceři nejvíce pomohlo k uzdravení z poruchy příjmu potravy?

28. Máte někdy strach, že se onemocnění může vrátit? Jak s tímhle strachem zacházíte?

29. Jak vnímáte, že se Váš vztah proměnil v souvislosti s uzdravením dcery?

Prostor pro další myšlenky, doplnění chybějícího, podněty a nápady pro Brožuru pro otce a partnery

.....
.....

Pro zachování Vaší anonymity vyplněný Dotazník prosím odešlete z e-mailové schránky: muzi.brozura@centrum.cz (a vymažte poté z Odeslané pošty, resp. Koše), heslo do schránky je „dotaznik“, na adresu ria.cerna@gmail.com. pokud vyplníte papírovou formu dotazníku, zašlete jej prosím poštou (na účet adresáta).

Děkuji Vám moc za Váš čas a spolupráci!

Příloha II

Dotazník pro partnery dívek a žen nemocných poruchou příjmu potravy <http://povidani.unas.cz/vyzkum.htm>

Dobrý den,

dovolte mi, abych Vás poprosila o pozornost Dotazníku, který je zaměřen na zjištění potřeb mužů aktuálně či v minulosti žijících s partnerkou nemocnou poruchou příjmu potravy. Dotazník je anonymní a získaná data budou užita pro účely diplomové práce na FF UK s názvem „Muž v roli otce či partnera nemocné poruchou příjmu potravy a jeho potřeby“ a hlavně budou podkladovým materiálem pro brožuru určenou partnerům a otcům žen a dívek s poruchou příjmu potravy. Vaše odpovědi tedy mohou pomoci sestavit brožuru tak, jak byste ji tenkrát potřeboval možná i Vy. Otázky jsou otevřené, je tedy na Vás, v jakém rozsahu odpovíte, čím konkrétnější budete, tím kvalitněji se podaří sestavit výše uvedenou brožuru, která bude dostupná na webových stránkách www.anabell.cz ihned po jejím vydání.

Děkuji moc za pomoc, Ria Černá, studentka 5.ročníku FF UK, koordinátorka Svépomocné skupiny Anabell pro blízké nemocných poruchou příjmu potravy

Váš věk

.....

Sezdanost páru

- ano
- ne

Délka partnerského vztahu

- méně než 1 rok
- více než 1 rok a méně než 2 roky
- více než 2 roky a méně než 4 roky
- více než 5 let a méně než 7 let
- více než 7 let a méně než 10 let
- více než 10 let a méně než 20 let
- více než 20 let

Děti

- ano, máme
- ne, nemáme

Bydlení

- žijeme spolu ve společné domácnosti/ na společném pokoji na koleji
- oba žijeme u mých/partnerčiných rodičů
- každý žijeme zvlášť u svých rodičů
- jeden z nás žije u rodičů, druhý samostatně
- máme každý vlastní byt
- bydlíme každý sám na koleji/na privatě
- už spolu nežijeme, rozešli/rozvedli jsme se
-

Nemoc partnerky

- mentální anorexie
- mentální bulimie
- záchvatovité přejídání
- střídá se to, ale spíše MA
- střídá se to, ale spíše MB

Setkání s poruchou příjmu potravy

1. Jak dlouho víte o skutečnosti, že Vaše partnerka trpí poruchou příjmu potravy?
2. Žil jste s partnerkou již před vznikem nemoci?
 - Ano
 - Ne
 -
3. Věděl jste, než jste začal s Vaší partnerkou chodit, že je nemocná?
 - Ano
 - Ne
 -
4. Jakým způsobem jste se dozvěděl o nemoci Vaší partnerky?
5. Jaké to pro Vás bylo?
6. Co bylo na tomto zjištění nejtěžší?
7. Věděl ještě někdo kromě Vás z okruhu blízkých lidí partnerky o její nemoci? Kdo? Pokud nikdo, chtěl jste o tom někomu říct?
8. Co jste v té době o poruchách příjmu potravy věděl?
9. Jakým způsobem jste získal podrobnější informace o nemoci?
10. Věděl jste, kam se obrátit o pomoc pro Vaši přítelkyni, příp. také pro Vás? Jak jste se o těchto možnostech dozvěděl?
11. Měl jste v té době někoho, s kým jste mohl tento problém sdílet? S kým?
 - Ano, sdílel jsem to s.....
 - Ne
 -
12. Co jste v té době nejvíce potřeboval?

Vztah s partnerkou

13. Proměnil/Proměňuje se nějak Váš vztah v souvislosti s nemocí? V čem?
14. Omezovala/Omezuje Vás nějak nemoc partnerky? V čem?
15. Přinesla/Přináší Vám osobně nemoc partnerky něco pozitivního? Co konkrétně?

16. Jak probíhala/probíhá komunikace mezi Vámi? Mluvili jste/mluvíte spolu o její nemoci? Jaké to pro Vás bylo/je?

17. Co jste chtěl/byste chtěl na Vašem vztahu změnit?

18. Byl jste/Jste spokojený v partnerském vztahu, ve kterém jste žil/žijete?

- Ano
- Ne
-

19. Jak jste/Jak jste byl ve vztahu spokojený co se týče tělesného a sexuálního kontaktu s Vaší partnerkou?

- Ano, jsem spokojený
- Ne, nejsem spokojený
-

20. Podílel jste se/Podíleli se na léčbě poruchy příjmu potravy Vaší partnerky přímo u odborníka? (párová terapie, rodinná terapie,...). Pokud ne, měl jste/byste o to zájem?

21. Zvažoval jste/zvažujete někdy, že od své partnerky odejdete? Co bylo/je tím hlavním důvodem?

- Ano, zvažoval, z důvodu.....
- Ne, nezvažoval.
-

Partner

22. Měl jste/máte s kým o problému partnerky hovořit? Hledal/Hledáte někoho takového? Kdo by to měl podle Vás být?

23. Využil jste/Využíváte Vy sám někdy služeb odborníků? (psycholog, psychiatr, Linka důvěry, svépomocná skupina pro partnery a rodiče...)

- Ano, zkusil jsem.....
- Ne
-

24. Zažíval jste/Zažíváte někdy vztek na partnerku, výčitky svědomí, bezmoc a zoufalství spojené s její nemocí? Jak jste se/Jak se s těmito pocity vyrovnával/vyrováváte?

25. Změnilo se něco na Vašich jídelních zvyklostech a postojích v souvislosti s nemocí Vaší partnerky? Uveďte prosím co.

26. Co pro Vás znamenaly/znamenají konflikty ohledně jídla, postavy, lhaní a výmluv, změn nálad atd.? Jak jste toto prožíval/prožíváte?

27. Napadlo/Napadá Vás někdy, že by mohla Vaše partnerka mít vzhledem k poruše příjmu potravy problémy s otěhotněním? Řekl jste/Říkáte jí o svém strachu?

28. Cítil jste se/Cítíte se častěji spíše jako zachránce nebo obět'?

29. Jak jste/Jak s tímto pocitem nakládal/nakládáte?

30. Co byste poradil někomu, kdo právě zjistil, že jeho partnerka trpí poruchou příjmu potravy?

31. Kdybyste mohl mít jakékoliv přání, které se Vám může splnit, jaké by to bylo?

32. Jak se Vy sám cítíte, co byste v tuto chvíli nejvíc potřeboval?

Po ukončení vztahu

33. Pokud již s Vaší partnerkou nežijete, kdo vztah ukončil, a jaké to pro Vás bylo?

34. Jste nadále s Vaší bývalou přítelkyní v kontaktu?

- Ano, jsem
- Ne, nejsem
-

35. Jaké změny jste zaznamenal v souvislosti s ukončením vztahu a poruchou příjmu potravy Vaší bývalé partnerky? Změnilo se něco?

Po uzdravení

/vnímáte-li svou partnerku či bývalou partnerku jako vyléčenou, odpovězte prosím ještě na poslední 3 otázky/

36. Co podle Vás Vaší partnerce/bývalé partnerce nejvíce pomohlo k uzdravení z poruchy příjmu potravy?

37. Máte někdy strach, že se onemocnění může vrátit? Jak s tímhle strachem zacházíte?

38. Jak vnímáte, že se Váš vztah proměnil v souvislosti s uzdravením partnerky/bývalé partnerky?

Prostor pro další myšlenky, doplnění chybějícího, podněty a nápady pro Brožuru pro otce a partnery

.....
.....
.....
.....
.....

Pro zachování Vaší anonymity vyplněný Dotazník prosím odešlete z e-mailové schránky: muzi.brozura@centrum.cz (a vymažte poté z Odeslané pošty, resp. Koše), heslo do schránky je „dotaznik“, na adresu ria.cerna@gmail.com, případně na poštovní adresu (na účet adresáta).

Děkuji Vám moc za Váš čas a spolupráci!