

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra speciální pedagogiky

BAKALÁŘSKÁ PRÁCE

Nezáměrný vliv matek na rozvoj mentální anorexie u dcer

Unintentional influence of mothers on the development of anorexia nervosa in
daughters

Markéta Poldová

Vedoucí práce: PaedDr. Eva Marádová, CSc.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: B SPPG

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci na téma Nezáměrný vliv matek na rozvoj mentální anorexie u dcer vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 19.4.2017

.....

podpis

Na tomto místě bych chtěla v první řadě poděkovat vedoucí bakalářské práce paní PaedDr. Evě Marádové, CSc. za odborný dohled, vstřícnost a cenné rady. Také za nadhled a především pochopení k mému způsobu práce. Dále své rodině a kolegyním za projevenou trpělivost a podporu.

ANOTACE

Bakalářská práce Nezáměrný vliv matek na rozvoj mentální anorexie u dcer se v teoretické části soustředí na základní informace a charakteristiky mentální anorexie jako jedné z poruch příjmu potravy. V části praktické si klade za cíl nalézt pomocí kvalitativního výzkumného šetření potenciálně problematické oblasti ve vztahu matky s dcerou a definovat z nich vyplývající doporučení nejen pro ostatní matky. Tato doporučení budou moci být využita v praxi k eliminaci nezáměrného vlivu vedoucího k rozvoji mentální anorexie.

KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální anorexie, příčina, matka, vliv, doporučení

ANNOTATION

The Bachelor thesis Unintentional influence of mothers on the development of anorexia nervosa in daughters concentrates in its theoretical part on basic information and characteristics of anorexia nervosa as one of the eating disorders. The aim in its practical part is to find out potentially problematic points in relationship between mother and daughter using qualitative research and define the recommendation not only for other mothers on the basis of these points. These recommendations can be used in experience to eliminate unintentional influence which may cause the development of anorexia nervosa.

KEYWORDS

Anorexia nervosa, cause, mother, influence, recommendation

Obsah

1	Úvod.....	7
2	Mentální anorexie – vymezení termínu a historie.....	9
2.1	Definice pojmu mentální anorexie.....	9
2.2	Historie.....	10
2.3	Diagnostická kritéria a atypická MA.....	10
2.4	Symptomy.....	11
2.5	Epidemiologie.....	12
3	Etiologie.....	14
3.1	Rodinné faktory.....	14
3.2	Osobnostní faktory.....	15
3.3	Kulturní faktory.....	16
3.4	Životní události.....	17
4	Konsekvence.....	20
4.1	Fyzické následky.....	20
4.2	Psychické následky.....	22
4.3	Mortalita.....	25
5	Léčba a poradenství.....	27
5.1	Nutnost léčby.....	27
5.2	Podpora.....	29
5.3	Cíle léčby.....	30
5.4	Léčebné postupy.....	31
5.4.1	Psychoterapie.....	32
5.4.2	Farmakoterapie.....	32
5.4.3	Svépomocné skupiny.....	32
5.4.4	Hospitalizace.....	32
5.4.5	Montreauxská stupnice zdraví.....	33
6	Cíl výzkumného šetření.....	34
7	Metodologie výzkumného šetření.....	35
7.1	Charakteristika vybraného vzorku respondentů.....	35
7.2	Metoda výzkumného šetření.....	35

7.3	Průběh výzkumného šetření.....	36
8	Výsledky výzkumného šetření	37
9	Interpretace dat.....	42
10	Doporučení plynoucí z provedeného výzkumného šetření.....	45
11	Závěr.....	48
12	Seznam použitých informačních zdrojů	49
13	Seznam příloh.....	50

1 Úvod

*„Svou práci bych chtěla věnovat především svému mladšímu já. Dále ostatním, kteří mají zkušenost s tímto onemocněním a nakonec s nejhlubším respektem a vděčností své matce.“
(autorka práce)*

Téma problematiky mentální anorexie, jakožto součásti poruch chování, jsem si vybrala především proto, že jsem si onemocnění sama v minulosti prošla. Nadto si myslím, že každý, kdo onemocnění prodělal, by o něm měl mluvit, a to v první řadě ve svém vlastním zájmu.

Cítím, že moje tendence rozkrývat tuto problematiku a částečně možná i najít některý z důvodů propuknutí onemocnění u mé osoby neutuchají ani po třinácti letech od mého „úspěšného“ vyléčení. Výraz úspěšné vyléčení používám jen velmi zřídka a s určitou skepsí. To především proto, že dle mého soudu, je mentální anorexii možné vyléčit jen z její více či méně akutní formy, nicméně jsem přesvědčená, že určité vzorce chování a nejistý náhled na sebe sama zůstanou hluboko zakořeněny v mysli nemocného.

Cílem mé bakalářské práce bude nalezení problematických vzorců chování či postojů matek, které by mohly podněcovat rozvoj onemocnění u dcer, a z nich vyplývající doporučení, která mohou pomoci snížit tento často nezáměrný iniciační vliv. K získání potřebných dat budu využívat kvalitativního výzkumu, avšak ve formě dotazníků, z důvodu velké míry osobního charakteru otázek, které budou předloženy k vyplnění respondentům. Respondenty budou matky, jejichž dcery prošly, nebo aktuálně procházejí mentální anorexií. Teoretická část práce popíše důležité informace a základní charakteristiky onemocnění, potřebné k uvedení do problematiky mentální anorexie. Praktická část rozkryje jednotlivé potenciálně problémové oblasti v rámci nezáměrného či podvědomého vlivu matky na dceru, a to analýzou a komparací jednotlivých profilů vzorků. Výstupem práce bude určení výrazných či překvapivých bodů, získaných výzkumem a shrnutí z nich vyplývajících doporučení. Ta budou moci být v praxi využita pro snížení případného negativního vlivu matek, který může být jedním ze spouštěcích faktorů mentální anorexie u dcer.

V době propuknutí onemocnění jsem měla poměrně složitý vztah s matkou a celá rodinná situace byla ztížena rozvodem manželství rodičů. Z těchto zkušeností vyplývá i můj výzkumný záměr. Výsledkem mé práce však nemá být obvinění někoho jiného z propuknutí onemocnění, nicméně nalezení faktorů, které jeho rozvoji mohly nedopatřením dopomoci. A ty bych ráda předala dál.

TEORETICKÁ ČÁST

2 Mentální anorexie – vymezení termínu a historie

2.1 Definice pojmu mentální anorexie

Mentální anorexie společně s mentální bulimií spadají do kategorie poruch příjmu potravy řečených též psychogenní poruchy příjmu potravy. Toto jedno slovo navíc však vypovídá mnohem více o závažnosti nemoci a upozorňuje jako zdvihnutý prst na to, že se jedná především o velmi vážný psychický a emocionální problém s důsledky promítajícími se na fyzickém vzezření člověka. Obě tato onemocnění mají však mnoho společného. *„Je pro ně příznačné intenzivní úsilí o dosažení štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšování energetického výdeje, strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná jídlu, vlastnímu vzhledu a váze“* (Krch, 2010, s. 25).

O psychogenních poruchách příjmu potravy toho bylo napsáno poměrně mnoho, nicméně stále o výše zmíněných nemocech víme jen velmi málo. Jedná se o onemocnění značně těžko uchopitelné a to především z toho důvodu, že nejsme schopni přesně určit, co k němu vede. Tuto myšlenku podporuje Novák (2010, s. 7), když uvádí, že komplikace přináší velký počet přístupů a také fakt, že poruchy příjmu potravy (též PPP) vznikají interakcí různých vlivů. Definovat, co přesně mentální anorexie (též MA) znamená, není jednoduché a dosud se nepodařilo přesnou definici sestavit. V dnešní době však známe především charakteristiky tohoto onemocnění. Jisté je, že mentální anorexie propuká u jedince v době, kdy se snaží reagovat, nebo se vyrovnat s nějakou životní událostí, nebo děním v jeho bezprostředním okolí. Ano, je jisté, že vznik mentální anorexie je zapříčiněn exogenními vlivy a nejedná se o svévolné, či sobecké jednání jedince bez odůvodnění. *„Bránila jsem se závěru, že Kristen je sobecká a hubne proto, aby získala mou pozornost. Vždy byla neobvykle citlivá k potřebám ostatních lidí, kterým neúnavně věnovala svou pozornost“* (Claude-Pierre, 2001, s. 30). Složitost však tkví v tom, zda šlo o přímé negativní vlivy na jedince, nebo jen „chybné“ vnímání okolního dění.

Mnozí autoři (Krch, 2010 ; Claude-Pierre, 2001) hovoří o strachu a reakci na něj a též o nenávisti a negativismu. Jedná se tedy pravděpodobně o strach z nějaké změny přenesený na osobní rovinu. V případě MA pak tedy o strach ze zvýšení tělesné váhy. Krch (2010)

pojednává o strachu z obezity a jídla celkově a podotýká, že každý strach roste v závislosti na pozornosti, kterou mu věnujeme. Onu nenávist však připisují vědomé nemožnosti změnit dění kolem nás vztažené na vlastní osobu.

2.2 Historie

Anorexie neboli anorexia je termín pocházející z řečtiny a překládáme ho jako zbavení či nedostatek chuti. Z PPP má pravděpodobně nejdelší historii. Již ve středověku byly popisovány případy záměrného hladovění, nicméně tyto případy měly i přes podobné příznaky pramálo společného s tím, čemu dnes říkáme mentální anorexie. Novák (2010, s. 58) ve své knize hovoří o středověkém asketismu a uvádí: *„Ve srovnání se současnými ženami chyběla středověkým katoličkám obava z tloušťky a snaha přiblížit se tehdejšímu ideálu krásy.“*

První medicínský popis mentální anorexie je často přisuzován Richardu Mortonovi a byl zaznamenán až v roce 1694. Během 19. století byly objevovány další případy s podobnými rysy. Britský lékař William Gull poté zavádí pojem anorexia nervosa, který se běžně používá i v dnešní době. V průběhu 20. století se lékaři přikláněli k psychickým příčinám mentální anorexie, nicméně později byly v několika případech zaměřovány s poruchami endokrinního systému. Dodnes však přetrvává přesvědčení o psychogenním původu mentální anorexie tak, jak ho popsali ve 30. letech 20. století Berkman, Sheldon, Venables a Ryl (Beumont, 1991).

Dle Papežové (2012) byly první případy mentální anorexie a její léčby popsány v odborné české literatuře Vratislavem Jonášem (1941) a Otakarem Janotou (1946).

2.3 Diagnostická kritéria a atypická MA

Pro definitivní stanovení diagnózy mentální anorexie musí být dle MKN-10 u jedince přítomny všechny tyto faktory:

Diagnostická kritéria MA dle MKN-10 (F 50.0)

- Tělesná váha jedince je držena nejméně 15% pod předpokládanou úroveň, u dospělých se pak jedná o BMI 17,5 nebo méně. Děti v období před pubertou nedosahují očekávaného hmotnostního přírůstku.

- Pokles tělesné hmotnosti je projevem vůle jedince. Toho dosahuje především sníženou konzumací či ignorací jídel „po kterých se přibírá“, abnormální mírou aktivity a snahy o co nejvyšší energetický výdej, vynuceným zvracením a nakonec například užíváním laxativ, anorektik či diuretik.
- Jedinec se vyznačuje více či méně zkreslenou představou o vlastním těle a doprovází ho neustálý strach z váhového příbytku. V jeho důsledku pak dochází ke stanovení nesprávného tedy velmi nízkého váhového standardu.
- Rozsáhlý defekt endokrinního systému se projevuje u žen vynecháním menstruace tzv. amenoreou, kterou lze zvrátit hormonální léčbou. U mužů se profiluje opadnutím sexuálního zájmu a ztrátou potence.
- Pokud dojde k propuknutí nemoci v období před pubertou, dochází pak k zpoždění pubertálních projevů, nebo jejich úplnému zastavení. Po celkovém uzdravení se proces navrátí a dochází k dokončení puberty. Menarché však zůstává opožděna. (Krch, 2005)

V praxi se však mohou vyskytnout případy, kdy jeden z výše uvedených faktorů chybí, nebo je nemocí trpícím jedincem zamlčen. Všechny ostatní příznaky odpovídají diagnostickým kritériím. V těchto případech se aplikují stejné léčebné postupy, nicméně označujeme tyto případy jako atypické formy mentální anorexie (Papežová, 2012).

2.4 Symptomy

Vzorci chování vypsáné níže jsou neklamnými signály poruchy příjmu potravy a tak i MA. S jednotlivými body je možné se běžně setkat a nemusí se nutně jednat o mentální anorexii, nicméně pokud se některé z těchto vzorců stanou běžnou součástí života a připojí se k nim i ostatní z uvedených, jedná se o jednoznačné příznaky počínající poruchy.

- Modifikace stravovacích návyků.
- Přísná selekce vybraných potravin.
- Úzkostlivá komparace s ostatními.
- Nelibost a nechut' během stolování.
- Neobvyklé změny v chuti.
- Přecitlivělost a následná izolace od společnosti.

- Zvýšená potřeba energetického výdeje.
- Přemíra koncentrace na tělesný vzhled a hmotnost.
- Zjevný odpor především k teplým pokrmům.
- Nenávistné až hysterické reakce na kritiku a naopak velmi sebevědomé přijímání pozitivních komentářů. (Marádová, 2007)

2.5 Epidemiologie

V dnešní době již každý slyšel o mentální anorexii, nicméně jen málo lidí opravdu ví, v čem toto onemocnění spočívá a fakt, že může mít fatální dopad. Z mnohých výzkumů vyplývá, že s touto poruchou se utkává stále více nejen žen a dívek, ale i chlapců a mužů. Avšak je dokázáno, že s MA se můžeme setkat desetkrát až dvacetkrát častěji u dívek, nežli u jejich vrstevníků opačného pohlaví (Marádová, 2007). Ačkoliv se historie nemoci nezdá být krátká, až v poslední době se s ní setkáváme v tak masivním měřítku. Smutným faktem je, že se nedaří ji v tomto měřítku zastavit a pracuje se spíše na nápravě škod, které toto onemocnění páchá. Hypotéz, které se snaží objasnit tento nešťastný fakt je mnoho, nicméně není možné říci, co konkrétně byl spouštěcí faktor této ohromné vlny.

Mentální anorexie zůstává stále opředena mnohými spekulacemi a domněnkami. Jednou z těchto spekulací měl být i fakt, že se jedná o nemoc středních a vyšších sociálních vrstev. Tato spekulace se mohla v určité době zakládat na pravdě. Avšak s tím, jak se měnila ženská role a ideál ženské postavy, rostl i počet případů mentální anorexie „celoplošně“ a nové a nové případy se objevovali i v nižších socioekonomických vrstvách (Krch, 2010). V současné době je tento trend spíše opačný a je jisté, že sociální prestiž hraje významnou roli v této problematice. Krch (2010, s. 58) přesněji uvádí: *„Podobně ve studii, kterou jsme realizovali na středních a učňovských školách v ČR, dívky z učňovských škol držely častěji diety, měly více problémů s jídlem, ale měly také častěji sklon k nadváze než dívky studující na gymnáziu.“* K tomuto trendu přispívá fakt, který na nás se vši falší chrlí sdělovací prostředky, a to ten, že tělo není považováno za čistě individuální rys jednice, nicméně za známku toho, jak k danému člověku mají ostatní přistupovat a jak o něm smýšlet. *„Jistěže jedním z měřítek hodnoty člověka je v naší společnosti ženské tělo. Ženám se skládají poklony za jejich vzhled víc, než za cokoli jiného“* (Claude-Pierre, 2001, s. 80).

Dle informací ze statě Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky bylo v roce 2015 ambulantně léčeno přes 3500 pacientů s diagnózou poruchy příjmu potravy, z tohoto počtu bylo 12 % mužů. Není překvapivé, že nejvíce pacientů bylo léčeno na území Prahy, dále v Jihomoravském a Olomouckém kraji. Za tento rok bylo léčeno v psychiatrické lůžkové péči 209 pacientů s mentální anorexií. Od roku 2011 do roku 2015 se počet hospitalizovaných pacientů s mentální anorexií vyšplhal z 54% na 64% z celkového počtu hospitalizovaných pacientů s diagnózou poruchy příjmu potravy. V číslech se jedná o nárůst z 215 na 273 (ÚZIS ČR, Aktuální informace č. 7/2016). Tato konkrétní čísla a fakta dokazují, že počet osob, které trpí tímto onemocněním, bohužel stále přibývá.

3 Etiologie

3.1 Rodinné faktory

Vliv rodiny bývá uváděn jako jeden z nejdůležitějších faktorů ovlivňující pravděpodobnost vzniku mentální anorexie. „Z hlediska vzniku poruchy příjmu potravy je zvláště významná role rodiny při formování konceptu úspěchu, krásy a představy o vlastním těle, při vytváření jídelních a pohybových návyků a životního stylu a v neposlední řadě i při formování představy o nezbytné míře spoluúčasti při utváření vlastního osudu a řešení problémů“ (Krch, 2010, s. 63). Rodina jako taková je velmi složitý, živý a neustále se měnící organizmus, který vzniká působením a vazbami různých individualit. V dnešní době však lidé zapomínají na výjimečnou důležitost rodiny a rodinných vazeb, dochází k rozpadu soudržností a tím pádem k ztrátě opory, kterou v nich nejmladší členové rodin mají. Novák (2010) uvádí, že mnoho autorů se shoduje na faktu, že nejvýraznějším negativním rodinným faktorem je podněcování nemoci. Samozřejmě se nejedná o vědomé působení, nicméně o nechtěné působení kombinace negativních faktorů, které subjektivně samostatně stojící negativně nepřipadají. Palazzoli (1974, citovaný podle Nováka, 2010, s. 25) uvádí: „Drtivá většina rodičů pacientek s MA, s nimiž se setkal, trpěla neurotickými problémy a nezralými vzájemnými emočními vazbami.“

Největší pozornost se v kontextu rodiny upírá na příbuzné ženského pohlaví a to především na matky. Novák (2010) píše o tom, že matky dívek trpících mentální anorexií bývají často velmi orientované na výkon, trpí frustrací z vlastních nenaplněných ambicí, jsou jen málo spokojené s fungováním rodiny a samy často bojují s problémy v oblasti stravování. „Hodně matek prožívá dceřiným prostřednictvím své vlastní dávno minulé potíže s váhou, které byly často velmi bouřlivé až bolestné. Jiné matky podvědomě využívají dceru k podpoře svého vlastního narcismu. Pokud se dcera neshoduje s ideálem, který po ní matka vyžaduje, nemůže být na ni pyšná“ (Cassuto, Guillou, 2008, s. 39). Klíčovou je však i role sourozence. Claude-Pierre (2001) ve své knize nastiňuje tuto problematiku příkladem z praxe, kdy na pohled spokojená a velmi společenská dívka celé dětství poslouchala od své starší sestry stížností v tom smyslu, že čerpá všechny výhody na její úkor. V tomto případě pak pravděpodobně došlo k přijetí tohoto názoru mladší sestrou, u které později anorexie vypukla a dívka opustila domov s tím záměrem, aby měla starší sestra všechno.

Podobných příkladů nesrovnalostí a určitého soupeření mezi sourozenci je velmi mnoho a je důležité brát na tento fakt značný zřetel.

Fungování rodiny a především její rozpad má tedy nezpochybnitelný vliv na potenciální vznik nemoci. V té chvíli dochází k narušení bazálních vazeb rodiny a ořesu všeho, co je považováno za klíčové. U jedinců náchylných k ztrátě sebedůvěry pak může dojít k rozpadu hodnot, ztrátě tak nutné opory a pocitu kontroly nad vlastním životem. Stále je však nutné pamatovat na to, že právě rodina může být, a často i je, klíčem k udolání nemoci a tedy k vyléčení jedince trpícího MA. *„Navíc, jak už jsem zmínila, obviňování rodičů může vést k tomu, že nebudou schopni svému dítěti poskytnout pomoc, péči a lásku, kterou nutně potřebuje“* (Claude-Pierre, 2001, s. 144).

3.2 Osobnostní faktory

Nedá se s určitostí říci, že by nějaký osobnostní rys měl přímou návaznost na vznik mentální anorexie. To, co by se však dalo se vznikem mentální anorexie spojovat, je emocionální labilita či sklony k depresi. Tato dvě rozpoložení myslí však mohou být navázané na spoustu předchozích událostí. Nicméně pokud dochází dlouhodobě k snižování nálady či ke stavům deprese, mohou se projevit tendence promítání tohoto stavu na tělesný vzhled. Tento fakt je právě během období deprese „usnadněn“ tím, že samotná deprese může vést k nechutenství. Pokud se totiž jedinec ocitá v situaci, ve které má pocit neschopnosti cokoli změnit (viz odstavec Rodinné faktory, Životní události), pocit úspěšnosti a dosažení výsledků mu může dodat právě snižování tělesné váhy, protože je to čistě individuálně ovlivnitelný stav. *„Při vzniku onemocnění většinou hraje roli závažnost stresu i schopnost se s tíživou situací vyrovnat. Ta může být ovlivněna osobností, povahou a zároveň situací, ve které se nacházíme“* (Papežová, 2012, s. 20).

Novák (2010) hovoří o faktu, že jedinec s MA může dosáhnout alespoň parciálního emocionálního uspokojení tím, že hladoví a hubne. Fakt, že je schopen vzpírat se hladu, je pro něj pak povzbuzením. Dopřeje mu pocit pýchy a kýžené kontroly, avšak vede strmě k panickému strachu ze zpětného příbytku váhy. *„Sebeovládání formou kontroly vlastní hmotnosti nakonec žádnou kontrolou není, úpěnlivá snaha udržet kontrolu nad tělem ústí do naprosté závislosti“* (Novák, 2010, s. 19).

Bohužel, jak uvádí Papežová (2012), většina jedinců trpících MA popírá jakékoliv problémy týkající se jídla a zarputile odmítá pomoc. Samotné nabídnutí pomoci především v počátečním stádiu nemoci vede často k uražení dotyčného a setkává se v mnoha případech s velmi negativní nesouhlasnou a podrážděnou odezvou.

3.3 Kulturní faktory

Velký význam bývá při hledání příčiny markantního vzestupu onemocnění v poslední době připisován kulturním faktorům. Velmi zjednodušeně by se dalo říci, že za důvod tolika případů je považován specifický přístup dnešní většinové společnosti ke kultu těla a fyzické kráse. Již mnohokrát bylo popisováno, jak se postoj ke kráse měnil a stále mění v závislosti na konkrétních kulturních preferencích a době. Nicméně dnes bývá až hystericky obviňován svět médií a jeho propagace štíhlého vzezření. Bohužel pak chybně dochází k označení tohoto faktu jako stěžejního důvodu vzniku onemocnění. Chybně především proto, že vznik mentální anorexie není zapříčiněn pouze jedním faktorem a obviňování médií a současného kultu těla pak označují spíše za téměř pokrytecké zastírání dalších spouštěcích faktorů pravděpodobně se vyskytujících v oblasti osobních, rodinných vztahů a životních událostí. Tuto myšlenku podporuje Marádová (2007, s. 15) slovy: *„Obecně lze říci, že anorexie a bulimie jsou důsledkem vlivu sociálních a kulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností a nakonec i biologických a genetických faktorů.“* Je nepopíratelné, že přístup většinové společnosti ke kultu těla má velký vliv na konkrétní jedince a jejich přístup k sobě samým. Nicméně tento fenomén se vyskytoval vždy a v každém lidském společenství. To nové, čemu v poslední době čelíme, je právě propojování kulturních specifik a přístupů pomocí médií a sociálních sítí, kdy trend diktuje jen malé množství mediálně známých osob a které jsou rysem dnešní moderní společnosti. *„Zobrazování štíhlých protagonistek jako úspěšných a krásných vede u konzumentek médií k asociaci štíhlosti se sebekontrolou a úspěchem. U žen, které posuzují štíhlé postavy z médií jako přitažlivé, je možné s větší jistotou předpovědět vznik poruch příjmu potravy“* (Novák, 2010, s. 62). Jak jsem již uvedla, trendy se však vždy postupem doby měnily a je jisté, že se budou měnit i nadále. Již v dnešních dnech si můžeme všimnout vzrůstajícího zájmu o úplně jiný tělesný vzhled než ten, který nám přinesla například modelka Twiggy

kolem roku 1960 (Novák, 2010), a to o tělesné proporce spíše zdravé a na první pohled ukazující fyzickou zdatnost a vitalitu.

Fialová (2006, s. 7) k tématu přístupu dnešní společnosti ke kultu těla a vzhledu píše: „V posledních letech pozorujeme velký nárůst zájmu současného člověka o vlastní tělo, především o jeho vzhled, ale i funkčnost a o možnosti péče o něj. Tyto tendence se projevují např. ve zvýšených nákladech na cílenou péči o tělo, zdravou výživu, v narůstajícím zájmu o pohybové aktivity, různé kosmetické úpravy, ale i o zákroky plastického chirurga.“ Tento trend nepovažují za negativní, spíše naopak. Jen je nutné zůstat vnímavý především k vlastnímu tělu a jeho jedinečnosti a držet se starého moudra, že nic se nemá přehánět.

3.4 Životní události

Výčet životních událostí, které mohou vést k určitému rozkolu hodnot a dočasné ztrátě jistoty či stability, je velmi dlouhý. Celý náš život se v podstatě skládá z více či méně důležitých a mysl ovlivňujících situací. Většina autorů se však shoduje na několika nejdůležitějších událostech v životě jedince, které by mohly buď přímo vést, nebo pootevřít dveře k onemocnění mentální anorexií. V odborné literatuře však můžeme najít i nejisté polemiky o tom, zda je výrazná životní událost příčinou, či do jisté míry produktem mentální anorexie. V tomto případě by se pak stala ona životní událost pouze zástěrkou sloužící pro zakrytí pravého důvodu vypuknutí onemocnění. O této problematice se ve své knize krátce zmiňuje Krch (2010, s. 61) slovy: „Podle některých odborníků je však objektivita těchto údajů sporná a vyjadřuje spíše osobní názor nemocného a jeho rodiny na to, co mohlo sehrát roli při rozvoji poruchy. Současně je velmi obtížné rozlišit, zda zjištěné charakteristiky jsou příčinou, nebo důsledkem poruchy.“

Ze všech důležitých životních událostí v problematice mentální anorexie vyvstávají především tyto:

- Dlouhodobá šikana vztahující se k tělesnému vzezření.
- Sexuální zneužití.
- Rozvod manželství rodičů.
- Absence podpory v době fyzického dospívání.
- Úmrtí v rodině.

- Opuštění známého místa – stěhování.
- Jejich kombinace.

Většina z výše jmenovaných životních situací či událostí není nijak výjimečnou a dalo by se říci, že se s některou, ale i vícerymi, ve svém životě setká každý. Tento fakt je tedy důvodem pochybností o tom, zda mohou opravdu být tím primárním spouštěčem mentální anorexie. Já však zastávám názor, že mohou. Společným rysem každé z těchto událostí je nutná ztráta pevné půdy pod nohama a ztráta pocitu moci nad tím, co se v okolí jedince odehrává. Již jednou jsem nastínila, že osoba nacházející se podobné situaci může hledat alespoň zástupně pocit jistoty a moci právě skrze regulaci příjmu potravy. Je to ve své podstatě velmi pochopitelné a jednoduché. Příjem potravy je každodenní činnost, která od určitého věku dítěte nemůže být stoprocentně kontrolována a poskytuje tedy jedinci možnost volby a kontroly. Tento pocit kontroly je však velmi matoucí a poskytuje pouhé zdání. Podobně vystihuje mou myšlenku Novák (2010, s. 17): *„Poruchy příjmu potravy slouží jako zoufalý pokus regulovat zahlcující pocity a konstruovat smysluplný pocit sebe sama, když se jedinci nedostává podpory z vnějšího okolí.“*

V této větě se Novák (2010) zmiňuje o podpoře, kterou považuji za klíčovou pro to, aby byl člověk schopen projít těžkými životními situacemi bez podobně hlubokých šrámů na zdraví, jakým je právě mentální anorexie. Tímto směrem je možné dopracovat se k jádru problému, kterým jsou rodinné a blízké vztahy. Během každé z vyjmenovaných událostí nutně dochází k otřesu těchto vztahů a pout mezi lidmi. Pouze v případě, že je jedinci poskytnuta plná podpora a dojde k semknutí pout, je možné závažným životním situacím čelit. Nicméně novodobý trend úpadku rodinných hodnot a odklonu od rodiny jako základního stavebního kamene dobrého nejen duševního zdraví, nahrává situacím, kdy se jedinec ocitne v situaci, které není schopen sám plnohodnotně rozumově čelit a bohužel kýžená podpora se nedostaví. Tento trend odklonu od tradičních rodinných hodnot dle mého soudu koreluje se stále se zvyšujícím množstvím výskytu onemocnění mentální anorexií. V mých domněnkách mě podporuje příběh autorky Peggy Claude-Pierre, jejíž obě dcery nemocí trpěly a která uvádí: *„Když začaly dospívat, vrátila jsem se k univerzitnímu studiu psychologie. Ukončila jsem nefungující manželství, přestěhovala se do jiného města a vyměnila pohodlný dům za malý byt“* (Claude-Pierre, 2001, s. 29).

Chceme-li tedy hovořit o životních událostech jako o spouštěcím faktoru mentální anorexie, musíme nutně zahrnout i rodinnou situaci, ve které se jedinec v oné době nacházel. Faktory rodinné a životní události je tedy zapotřebí zohledňovat vždy komplexně. Rozpadu rodiny a odklonu od tradičních rodinných hodnot dávám velkou důležitost a považuji je za klíčové faktory prolínající se všemi ostatními situacemi, se kterými se může osoba v životě a především tedy v době svého dospívání setkat.

4 Konsekvence

4.1 Fyzické následky

Důvodem, proč uvádím fyzické následky mentální anorexie ve výčtu jako první, ačkoliv se projevují až později než změny psychické, je smutný fakt, že až v bodě, kdy se začnou projevovat neblahé důsledky onemocnění na zdravotním stavu, začne být i samo onemocnění bráno vážně. Stále velmi často ignorovaným faktem zůstává, že mentální anorexie může dovést jedince až k úplnému vyhladovění, kompletnímu kolapsu zdraví a následně i smrti. Je politováníhodné, že v povědomí většinové společnosti se stále drží mentální anorexie jako pouhá přechodná snaha adolescentů o přiblížení se určitému ideálu krásy, či o upoutání pozornosti. Anorexie však není bohužel jen rozmar dospívající mysli, nýbrž vážné onemocnění, která může mít dalekosáhlé následky jak na fyzickém, tak i psychickém stavu jedince.

Prvním fyzickým projevem a tím pádem i následkem je úbytek váhy. Rychlost úbytku váhy může být u každého jedince velmi rozdílná. V mnoha případech náhlý úbytek váhy bývá prvním očividným projevem onemocnění, který je nepřehlédnutelný pro okolí a tudíž prvotní nezvratný impuls k započetí řešení nastalé situace. V dnešní době, kdy se k fyzickému vzezření poutá velká pozornost a značná část populace se snaží nějakým způsobem modifikovat svoje tělo ať už z jakéhokoliv důvodu, je poměrně složité mentální anorexii včas identifikovat. Bohužel v momentě, kdy se onemocnění začne projevovat na hmotnosti jedince a dojde k započetí váhového úbytku, je jisté, že psychický stav je již do poměrně velké hloubky narušen.

V tomto momentě se již pravděpodobně osoba trpící mentální anorexií setkává s pokřiveným vnímáním vlastního těla. Chybné a zkreslené vnímání vlastního těla pak uzavírá kruh, ze kterého vede velmi složitá cesta. Jedinec trpící mentální anorexií tak není schopen při pohledu do zrcadla rozhodnout, zda je hubený, nebo není a ideál vzezření se stále vzdaluje. *„Její tělo se jí náhle zdá podivné a cizí. Potřebuje se s ním tedy znovu seznámit a prozkoumat ho ze všech stran. Často s rozporuplnými pocity: s úzkostí a pýchou, nadšením i zděšením. Při tak podrobném zkoumání se někdy pozastaví nad drobnostmi. Nos se jí zdá příliš dlouhý, stehna moc tlustá, znaménko krásy špatně umístěné“* (D.-A. Cassuto, S. Guillou, 2008, s. 26). Osoba s mentální anorexií tedy částečně nebo

úplně ztrácí schopnost objektivně hodnotit svoje tělo a ztrácí kontrolu nad tím, zda dosahuje, či nedosahuje onoho ideálu, který byl stanoven na počátku. Pojetí sebe sama je následně deformováno pochybnostmi a obavami (Papežová, 2012).

Následující fyzické projevy plynou z výše zmíněného váhového úbytku. Je zřejmé, že čím více jedinec hladoví, tím hlubší následky se projeví. Papežová (2012, s. 61) uvádí: *„Fyzické problémy při mentální anorexii spočívají ve slabosti vyplývajících z hladovění, nerovnováhy solí a hormonů.“*

- Zhoršená cirkulace krve v končetinách a z toho vyplývající citlivost na chlad.
- Nespavost.
- Oslabení močového měchýře zapříčiňující časté močení.
- Přírůstek ochlupení především v oblasti zad a obličeje.
- Oslabení cirkulace krve obecně, omdlávání způsobené nízkým tlakem.
- Osteoporóza, zvýšená lámavost kostí, anémie.
- Narušení menstruačního cyklu.
- Zmenšení objemu žaludku, zpomalení zažívacího traktu.
- Otoky nohou způsobené nedostatečnou výživou jater.
- Riziko selhání ledvin.
- Nedostatek estrogenu v krvi s následkem vzestupu cholesterolu v krvi.
- Celkové ochabnutí svalstva.
- Zhoršená mobilita, vysoká unavitelnost.
- Přerušování vývoje a růstu u dětí.
- Pokles krevního cukru s možným následkem kómatu, smrti. (Papežová, 2010)

Intenzita fyzických následků mentální anorexie je velmi individuální a odvíjí se od hloubky onemocnění a tedy míry vyhladovění. Ne všechny výše uvedené následky jsou reverzibilní a je tedy možné je léčbou napravit, nebo minimálně zamezit dalšímu negativnímu progresu. Krch (2010, s. 47) komentuje úspěšnost léčby fyzických následků slovy: *„Některé zdravotní důsledky anorexie jsou natolik závažné, že vyžadují intervenci odborného lékaře. Na druhé straně většina uvedených obtíží po nějaké době mizí, jestliže si anorektičky zvyknou na dostatečný příjem energie, když přiberou, rozšíří svůj jídelníček,*

přestanou zvracet a zvyknou si nebrat projímadla.“ Papežová (2012) je v tomto ohledu skeptičtější. Uvádí, že některé potíže mohou přetrvávat dokonce až u poloviny nemocných a to především dojde-li k onemocnění během puberty.

4.2 Psychické následky

Mentální anorexie, jak již napovídá samotný název onemocnění, je především problém psychický s následky projevujícími se na fyzickém stavu. Toto onemocnění prostupuje všechny složky osobnosti a ovlivňuje náhled na okolní svět i sebe sama. Vzдорovitě a na první pohled sebevědomé vystupování anorektiček v počátečním stádiu nemoci znesnadňuje její odhalení. Jak již nastiňuji výše, považuji mentální anorexii a její projevy za prostředek snahy jedince o pocit kontroly a stability, který byl narušen předchozími negativními životními událostmi. *„Na začátku i na konci anorexie je nejistota“* (Krch, 2010, s. 48).

Nejvýraznější důsledky psychické jako i společenské lze shrnout do několika bodů:

- Aktuální hmotnost a stupeň pocitu kontroly radikálně ovlivňuje náladu. Podrážděnost a depresivní stavy vycházejí z pocitu nedostatku kontroly a neschopnosti dosáhnout cíle. I přes značné fyzické změny stále převládá nespokojenost.
- Mezi počáteční a následnou fází anorexie dochází k velkým výkyvům nálady od neskrývaného sebevědomí a pocitu výjimečnosti až po pocit naprosté beznaděje, kdy se každá překážka zdá být nepřekonatelná.
- Pozornost se téměř výlučně upíná k jídlu a vlivu každého jednoho sousta potravy na tělesnou hmotnost. Anorektická osoba tráví velkou část dne přemýšlením nad tím, zda se nají, kolik toho sní, kdy to sní, jak moc z toho přibere na váze a jak to bude moci zase vycvičit.
- Potřeba naprosté až úzkostné sebekontroly se během času přenáší i do ostatních sfér života. Příkladem může být zvýšená hygiena, potřeba naprostého pořádku, či snaha obklopovat jídlem osoby ve svém okolí.

- Anorektická osoba pociťuje jistý chaos ve vlastních pocitech. Jak na úrovni prožívání, tak i na úrovni požitku z jídla. Rozdíly mezi jednotlivými chutěmi se rozplývají, což usnadňuje potlačení jakéhokoliv požitku z jídla.
- Soustředění se na denní rozvrh stravování a tělesný výdej zahlcuje tolik prostoru v pozornosti anorektické osoby, že dění kolem se stává nedůležitým a přechází v neschopnost chápat probíhající události.
- Kýžená pozornost, která se dostavuje v každé fázi onemocnění, se stává stále více potřebnou a dochází k vytvoření jakési závislosti na ní. Tato pozornost ať už v podobě pochvalných či starostlivých komentářů podporuje další rozvoj onemocnění. Pozornost je pak vyžadována stále častěji a její nedostatek vyvolává nepřiměřené reakce.
- Anorektická osoba se uzavírá do sebe, snižuje se potřeba společenských kontaktů s širším okolím, kontraproduktivní chování plné nespokojenosti a odporu může zapříčinit negativní atmosféru v rodině.
- V případě, kdy se nepodaří získat naprostou kontrolu nad příjmem potravy, může v zájmu podpory této snahy o snížení váhy dojít k zneužívání drog, častěji pak například ke kouření. (Krch, Marádová, 2003)

Jako první můžeme u osob, u kterých se rozvíjí mentální anorexie, sledovat velmi optimistické stavy nálady. Tyto stavy jsou spojovány právě s klamavým pocitem úspěchu, který navozuje fakt, že je jedinec schopen kontrolovat a ovládat příjem potravy, regulovat a redukovat svou hmotnost. Fakt, že se jedná pouze o klamavý pocit, dokazuje Novák (2010, s. 20) slovy: „*Experimentální navození ztráty vnímané kontroly váhy vedlo u pacientek s poruchou příjmu potravy k pesimismu a pocitu, že jsou obézní.*“ Dostavují se opojné pocity štěstí a znovunalezené rovnováhy. Na první pohled viditelná bude pravděpodobně změna v oblékání, kdy se osoba trpící anorexií bude chtít doslova pochlubit plody své snahy v očekávání pozitivní zpětné vazby, kterou tolik potřebuje. Toto počáteční stádium onemocnění je prakticky nemožné odhalit a naopak osoba s rozvíjejícím se onemocněním mentální anorexií svým přístupem svádí své okolí k povzbuzování a pochvalným komentářům, které však bohužel vedou strmě k prohloubení onemocnění, postupné ztrátě objektivního vnímání okolního dění a sebe sama.

Pokud není onemocnění v předchozí počáteční fázi podchyceno, dochází velmi rychle k překlopení do fáze následující, která se vyznačuje naopak velmi negativním vystupováním, přístupem a odklonem od reality. Osoba trpící mentální anorexií se v ní stává velmi popudlivou a stále se zvětšující část své pozornosti upírá na svůj vzhled a jídelníček. Anorektický jedinec se stává doslova posedlý kontrolou toho, co konzumuje. Myšlenky na jídlo a dostatečný energetický výdej pomalu vytlačují všechno ostatní a anorexie se v tomto bodě začne prolínat i do společenského a kulturního života dané osoby. V této fázi přejímá kontrolu nespokojenost. *„Postupně ubývá energie a zájem o jiné věci než o jídlo a tělesný vzhled. Snižuje se tak možnost odvést pozornost k jiným tématům a nacházet uspokojení v něčem jiném. Současně vzrůstá zájem o vlastní osobu a o vlastní problémy (egocentrismus)“* (Marádová, 2007, s. 14). Tuto změnu je opět možné pozorovat i na šatníku. Dosažené cíle jsou nyní vnímány jako minimální a nedostatky je třeba zakrýt.

Mentální anorexie udržuje v této fázi jedince v pocitu nejistoty a velmi paradoxně nemocný považuje svůj vztah k jídlu a vlastnímu tělu za jedinou jistotu a velmi intenzivně se brání nařčení, že něco není v pořádku. Anorektik si jídlo velmi vybírá a dle jím vymyšlených pravidel „zdravého“ stravování se začne některým potravinám, či celým pokrmům vyhýbat. Velmi problematickým se pak může stát každý teplý pokrm, jelikož navozuje již v malém množství pocit sytosti, který rozhodně není vítaným. Pro ospravedlnění svého výběru používá osoba s onemocněním mentální anorexií různé výmluvy, kterými se snaží navodit atmosféru nadhledu a kontroly. *„Někteří pacienti mohou tvrdit, že jsou vegetariáni nebo vegani. Jakmile se však jejich stav zlepší, začnou úplně normálně konzumovat steaky a hamburgery. Nemocní často předstírají, že milují prostá jídla, protože se bojí, že sůl by v nich mohla zadržovat tekutiny a že koření obsahuje moc kalorií“* (Claude-Pierre, 2001, s. 112, 113). Anorektičky tedy zprvu hledají jakési společensky přijatelné nebo „rozumné“ omluvy pro své chování, nicméně při vytrvalém poukazování na nestandardnost jejich chování, se uchylují k nesmyslným a až zoufale triviálním výmluvám (Krch, 2010).

Dalším výrazným jevem je úzkostná potřeba pohybu a nutkání pro co největší energetický výdej. Anorektické osoby mají stále tendenci se pohybovat, pobíhat, udržovat se v jakémsi permanentním stresu, který jim přináší uspokojení. Je pro ně velmi složité až nepříjemné

relaxovat a uvolnit se (Marádová, 2007). Velmi zajímavou poznámku o tom, jaký vliv může mít snižování příjmu potravy na psychický stav s odrazem v potřebě tělesného pohybu, uvádí Papežová (2012, s. 60) na příkladu chování některých zvířat: „*Poučení o následcích diet a hladovění u zvířat podobných onemocnění mentální anorexií, jsou pro nás poučením o faktorech, nebo chování, které může být nedostatkem potravy navozeno biologickými mechanismy. U potkanů, když jim snížíte příjem potravy a umožníte jim běhat na speciálním kole, uběhají se během několika dnů k smrti.*“

Z důvodu výrazného egocentrismu, ve kterém si na první pohled anorektik libuje, se zapomíná na nezanedbatelnou sociální izolaci, do které se nevyhnutelně dostane. Samotné chování osoby s tímto onemocněním jakoby dopomáhá anorexii udržet si své místo. Nepříjemné až agresivní chování s velmi prudkými reakcemi na starostlivé, pro anorektickou osobu tedy negativní komentáře ohledně fyzického či psychického stavu nutí případnou pomocnou ruku k ústupu. Novák (2010) uvádí, že pravděpodobně existuje vztah mezi poruchou příjmu potravy a nedostatkem sociální sebejistoty. Anorektická osoba není schopna objektivně odhadnout, jakým způsobem působí na veřejnosti. A stále se prohlubují neodbytné pocity, že každý jejich krok je sledován a hodnocen. Jak jinak než pravděpodobně negativně.

Jak jsem již uvedla v předchozí kapitole věnované fyzickým následkům mentální anorexie, většinu z nich je možné zvrátit a napravit ustálením správného jídelníčku. U následků psychických bohužel k tak úspěšné rekonvalescenci nedochází. S různě výraznými střípky vzorců chování doprovázejících mentální anorexii je poté nutné se potýkat po celý zbytek života.

4.3 Mortalita

Fakt, že mentální anorexie je onemocnění, které může vést ke smrti, je stále brán na lehkou váhu. Vzhledem k úspěšnosti léčby, pravděpodobně není počet osob, které tomuto onemocnění podlehlý dostatečně vysoký, aby většinovou společnost šokoval, což považují za jediný moment, kdy se určitá fakta začnou brát vážně.

Je obecně známo, že mentální anorexie patří mezi psychická onemocnění s jednou z nejvyšších mortalit vůbec. Uvádí se, že v případě mentální anorexie se úmrtnost rovná

dvěma až osmi procentům případů (Krch, Marádová, 2003). Za pozornost též stojí fakta v číslech ohledně mortality v USA. „15% populace má narušené jídelní postoje a 1000 lidí na poruchy příjmu potravy ročně zemře. Asi 1% dívek mezi 11-19 lety ročně onemocní MA, z nichž do roka zemře až 10%“ (Lager, McGee, 2003, citování podle Nováka, 2010, s. 11).

5 Léčba a poradenství

5.1 Nutnost léčby

Uspěchanost dnešní doby přímo nahrává nárůstu případů mentální anorexie. Nenápadným a plíživým počátkem znesnadňuje onemocnění své odhalení. K rozpoznání tohoto zákeřného nepřítele může pomoci sledování určitých vzorců chování:

- Osoba trpící mentální anorexií hubne, nejprve se chlubí a později se spíše snaží zakrýt.
- Pravděpodobně přestane vyhledávat společné stolování.
- V případě společného stolování se viditelně vyhýbá některým potravinám, jí s nechutí a v jídle se většinou „rýpe“.
- Strmě se zvýší fyzická aktivita, potřeba se hýbat a neustále se zaměstnávat.
- Roste konzumace kofeinových či různých dietních nápojů.
- Často dojde k výkyvům nálady, projevuje se podrážděnost a nespokojenost doprovázená přecitlivělostí.
- Stahuje se do sebe, nevyhledává kontakt s přáteli ani zbytkem rodiny.
- Nezvykle často navštěvuje toaletu, tráví mnoho času v koupelně. (Papežová 2012)

Velkou roli v této problematice též hraje stále se snižující čas, který věnují rodiče svým potomkům. Tento fakt je jasně zřetelný například v připravenosti dětí na výuku ve školách, dbaní na plnění zadaných úkolů a samozřejmě na snižující se míře respektu vůči starším, autoritám a institucím. V rozpuku je bohužel mnoho poruch chování a mentální anorexie nezaostává. Souhra těchto faktorů tedy zapříčiňuje, že v mnoha případech dojde k uvědomění si problému a nutnosti léčby velmi pozdě. *„Když zemřela, byli jsme úplně zmateni. Věděli jsme, že měla problémy. Trochu se přejídala, někdy málo jedla – mysleli jsme, že je to jen takové období. Ale ukázalo se, že to bylo mnohem vážnější“* (matka dívky trpící anorexií, citovaná podle Middleton, Smith, 2013, s. 10).

Prvním krokem je přiznat si problém. To je v prvotní fázi mentální anorexie prakticky nemožné. Jelikož osoba trpící anorexií cítí velké štěstí ze svého úspěchu, tedy ztráty váhy, a vystupuje velmi sebevědomě a nadšeně, nikoho pravděpodobně nenapadne, ani

anorektičku samotnou, že by se mohla ubírat špatným směrem. K momentu uvědomění si a přiznání problému tedy může často dojít až ve fázi následující, kdy se emoce obrací k naprostému protikladu těch předchozích. Bohužel ani v tomto momentě se nejedná o jednoduchý úkol. Anorektická osoba chápe většinu komentářů směřujících k jejímu stravování či vzhledu velmi negativně. Převládá u ní pocit, že lidé kolem nerozumí problémům, které řeší. Proto je důležité zjistit, jaký přístup je pozitivně motivující a který naopak. „*Léčba anorexie však nespočívá v tom, že se snažíme pochopit, jak anorexie nemocného trápí, ale že respektujeme logiku jeho problémů a aktivně hledáme možnosti změny*“ (Krch, 2010, s. 77). Prvotní myšlenky na uzdravení jsou velmi nepříjemné, jelikož nemocný se rozhodně nechce vrátit do stavu a podoby, ve které byl před vypuknutím onemocnění. „*Je samozřejmé, že pro mnoho lidí s poruchou příjmu potravy toto může znamenat návrat k tomu, jak se cítili předtím – zarmoucení, nešťastní a navíc bez možnosti kontroly své váhy. Je naprosto pochopitelné, proč je pro mnohé tato představa uzdravení obtížná*“ (Middleton, Smith, 2013, s. 37).

Problém s připsáním si problému nemusí však mít pouze sama osoba trpící mentální anorexií. V případě tohoto onemocnění je jak v počátcích, průběhu, tak i nápravě zahrnuto poměrně široké okolí osob. Primárně samozřejmě rodina, ve které vyvolává mentální anorexie velké vlny emocí a při zanedbání léčby může vést až k jejímu rozpadu. Ani pro rodinné příslušníky nemusí být jednoduché připustit si, že by mohl člen rodiny trpět tímto onemocněním. Je samozřejmě mnohem jednodušší problém ignorovat a připisovat ho jiným aspektům, jako je například dospívání a s ním spojené pro dospělého nelogické chování. Papežová (2012) uvádí, že v některých případech rodiče vyhledávali pomoc různých lékařů a nebyli ochotni si připustit, že by se mohlo jednat o problém psychický. Doslova poté uvádí: „*Známe i případy, že rodiče ze strachu ze stigmatizace zakazují dospívající dívce vyhledat účinnou pomoc*“ (Papežová, 2012, s. 124). Těmito slovy bych se chtěla dostat k tomu, že padne-li rozhodnutí o započítí léčby mentální anorexie, je nutné, aby se jej účastnili i nejbližší rodinní příslušníci. Pokud k tomu nedojde, mohlo by dojít k neúmyslnému maření léčby a následnému regresu.

Je důležité, v případě mentální anorexie bych se nebála říci životně důležité, vyhledat při prvních náznacích tohoto onemocnění odbornou pomoc. Klíčovým stále zůstává, že

primárně musí být k léčbě vnitřně přesvědčena sama osoba trpící anorexií. Krch (2010, s. 71) ve své knize apeluje na anorektičky slovy: „*Rozhodující je vaše přesvědčení. Překonat návyk a postavit se svému strachu znamená každodenní práci, ve které nemůžete na dlouho polevit.*“ Čím dříve však budou projevy mentální anorexie podchyceny, tím menší následky si léčená osoba pravděpodobně odnese.

Na následujících řádcích uvedu některá fakta, která je dobré o léčbě mentální anorexie vědět:

- Mentální anorexie je onemocnění, ze kterého je možné se vyléčit, nicméně je nutné aktivní přičinění léčené osoby a jí blízkých osob.
- U velmi výrazně vyhublých nemocných je třeba vyhledat odborného lékaře.
- Některé z léčebných postupů a z nich vyplývajících změn mohou být léčené osobě nepříjemné až bolestné.
- V případě, kdy se osoba s tímto onemocněním dopustí chyby, je na místě nepropadat panice a snažit se podobným chybám předcházet.
- Důležité je postupovat po malých a konkrétních krocích. Soustředit se na to, co je možné změnit dnes.
- Musí dojít ke změně některých návyků, které nemocný a pravděpodobně i jeho blízcí dříve považovali za správné.
- Roli terapeuta není možné nahradit.
- Rodině a blízkému okolí nemocného může během léčby pomoci pochopit nastalou situaci odborná literatura a literatura zabývající se svépomocí. (Krch, Marádová, 2003)

5.2 Podpora

Jak jsem již několikrát zmiňovala, rozpoznat mentální anorexii v jejích počátcích je velmi složitý úkol. Ještě složitější je být pro nemocného oporou a nepřispívat nevhodným chováním či neobratně zvolenými slovy ke zhoršení jeho stavu.

Pomoci člověku, který trpí mentální anorexií, je velmi náročný úkol, který vyžaduje velké množství energie a trpělivosti. Ne každý je schopen být dostatečně stabilní a silný, aby zůstal oporou i přes negativní odezvu ze strany nemocného. Ten má s největší

pravděpodobností pocit, že mu nikdo nerozumí a nikdo nechápe, že (alespoň zprvu) není rozhodně ochoten přibrat na váze. „*Nepříjemnou skutečností je, že většina rodičů zažila agresivní až násilné chování ze strany svého dítěte, a to nezávisle na jeho věku*“ (Middleton, Smith, 2013, s. 72).

Zásadní je poučit se o nevhodných vzorcích chování a neustupovat podmínkám, které si nemocný může začít klást. Například bude-li vyžadovat na jídlo klid, tedy bude-li chtít jíst o samotě. Jídlo si sám připravovat, odmítat vybrané členy rodiny u společného stolu a jim podobné (Marádová, 2007). Všechny tyto podmínky mají však jediný záměr a tím je odlákat pozornost od typického chování a znemožnit jeho kontrolu.

Krch (2010, s. 23) k problematice podpory píše: „*Nejlepším pomocníkem nebývají ani rodiče a partner. S nimi hrozí nebezpečí, že na ně budete přenášet zodpovědnost za zvládání úloh nebo vaše složité vzájemné vztahy ovlivní váš boj s anorexií.*“

5.3 Cíle léčby

Mentální anorexie prostupuje osobnost člověka v celé její šíři. Důsledky tohoto onemocnění můžeme sledovat na rovině psychické, fyzické i sociální. Právě proto může být léčba poměrně složitá a vždy se jedná o dlouhodobý proces.

Cílem léčby je samozřejmě navrácení nebo vybudování správných stravovacích návyků a váhový přírůstek vedoucí k optimální váze. Zdánlivě jednoduchý úkol vybudování zdravých stravovacích zvyklostí může být až nečekaně složitý. Často dochází k tomu, že člověk trpící anorexií ztratí přehled o tom, co je správné jíst a v jakém množství. V drtivé většině případů si nemocný zúží svůj jídelníček na několik vybraných potravin a stane se pro něj složité vybavit si při sestavování jídelníčku, co jiného by také mohl jíst. Oporu pro svá tvrzení jsem našla u Middleton a Smith (2013, s. 58), které k tématu dodávají toto: „*Většina lidí, kteří bojovali s poruchou příjmu potravy, přiznává, že zapomněli, co to znamená normálně jíst.*“

Mnoho lidí opomíjí stejně významný cíl, který musí jít ruku v ruce s nápravou jídelníčku a to je znovunalezení psychické vyrovnanosti a pohody. Přistoupí-li se k úpravě jídelníčku bez léčby aktuálního psychického stavu nemocného, bude dosaženo minimálního, spíše však žádného výsledku. Možná snad krátkodobého zvýšení hmotnosti, nicméně tu osoba

trpící anorexií v zápětí opět rychle sníží. Nedojde-li primárně k úpravě náhledu na svět a sebe sama, snaha bude pravděpodobně zbytečná. Nemocný se musí naučit přemýšlet o jídle novým způsobem, zbavit se mýtů, které si ohledně jídla vybudoval, pracovat s depresivními stavy a perfekcionismem (Papežová 2012).

5.4 Léčebné postupy

Prvním krokem při léčbě mentální anorexie by měla být návštěva praktického lékaře. Při zahájení léčby je však třeba našlapovat velmi opatrně a vždy vše nejprve prodiskutovat a v klidném prostředí probrat s nemocným. Ideálním řešením je nabídnout nemocnému několik variant řešení, aby nenabyl pocitu, že je do něčeho nucen proti své vůli. Takový postup by měl naprosto protichůdné následky. Ustupovat se ovšem také nedá do nekonečna. U dětí trpících mentální anorexií hrozí, že si ani částečně neuvědomí, jaké důsledky by mohlo onemocnění mít. *„Nejprve jsme si mysleli, že jí to dokážeme vysvětlit, ale byly z toho vždy jen nekonečné diskuse, které končily tím, že jí nikdo nerozumí. Nakonec nám došlo, že dceři je přece jen 13 let a že jestli chceme, aby přežila, tak s ní o některých věcech nemůžeme smlouvat“* (otec třináctileté anorektičky, citovaný podle Krcha, 2010, s. 33). Krch (2010, s. 34) k tomuto tématu navíc dodává: *„Léčba mentální anorexie u dětí je ovlivněna větším rizikem zdravotního ohrožení a je závislá na věku nemocného dítěte a jeho skutečných možnostech spolupráce.“*

Praktický lékař by měl zkontrolovat aktuální zdravotní stav například odběrem krve, změřením krevního tlaku, ale především vystavit žádanky a připravit rozvrh návštěv s dalšími odborníky. V případě mentální anorexie je nutné, aby odborníci ze všech oborů spolupracovali v nejlepším zájmu pacienta. K tomu je nutné, jak uvádí Papežová (2012), aby nedocházelo k překračování jednotlivých kompetencí, a konkrétně píše: *„Dnes mluvíme o týmové a mezioborové spolupráci“* (Papežová, 2012, s. 22).

Forma léčby se primárně odvíjí od hloubky onemocnění a od míry podvýživy nemocného. U osob s vysokou mírou podvýživy je nutná hospitalizace, nicméně u osob, u kterých ještě nedošlo k natolik devastujícím následkům, osob s chronickou mentální anorexií nebo právě po ukončení hospitalizace, je vhodná ambulantní léčba například v podobě denních stacionářů.

Marádová (2007) hovoří o třech vzájemně se prolínajících léčebných metodách:

- Léčba zdravotních následků, které si vyžádala dlouhodobá malnutrice.
- Psychoterapie, která pomůže získat nový pohled na onemocnění a dopomůže k pochopení jeho původu.
- Psychoterapie cílená na změnu stravovacích zvyklostí a přístupu k zdravému životnímu stylu obecně.

5.4.1 Psychoterapie

Pro úspěšnou psychoterapii je stěžejní vybudování co největší míry důvěry mezi nemocným a terapeutem. Pokud k tomu nedojde, může se stát, že nemocný pouze zrcadlí to, co si myslí, že chce terapeut slyšet a k pravé příčině vzniku onemocnění se nedopracují. Psychoterapie může probíhat buď individuálně, za účasti jednoho nebo i více rodinných příslušníků, nebo ve skupině.

5.4.2 Farmakoterapie

Farmakoterapie představuje podávání léků, které mají za úkol například pomoci nemocnému zvládat stavy deprese a beznaděje. Claude-Pierre (2001, s. 210) se k podávání léků vyjadřuje takto: „*Obvykle jsou předepisována různá antidepresiva, protože deprese je velice běžným důsledkem anorexie a podvýživy. Oběti poruch příjmu potravy většinou na léky reagují dobře, ale je třeba si uvědomit, že ovlivňujeme pouze příznaky choroby, nikoli její skrytou příčinu.*“

5.4.3 Svépomocné skupiny

Svépomocné skupiny mohou být dobrým zdrojem motivace k léčbě. Mohou nemocnému pomoci oprostít se od pocitu osamocení a dodat naději a odvahu k započetí léčby. Middleton a Smith (2013) hovoří o tom, že vedení a příklad osoby, která si již léčbou úspěšně prošla, může působit jako zhmotněná naděje na zotavení.

5.4.4 Hospitalizace

K hospitalizaci dochází primárně v případech hluboké podvýživy a jejím cílem je stabilizace stavu nemocného, aby byl schopen nastoupit na standardní léčbu. Během hospitalizace psychoterapie neprobíhá, Papežová (2012) to zdůvodňuje faktem, že nemocný při hluboké podvýživě není schopen pružně myslet, a terapie by tedy neměla

reálné výsledky na budoucím chování. Krch (2010, s. 33) vyzdvihuje pozitiva hospitalizace u dětí ve věku, kdy se formuje jejich osobnost slovy: „*Větší riziko než pobyt v nemocnici představuje v tomto směru jednostranná zkušenost nemocného, který se stává středem pozornosti celé rodiny, nadměrně se soustřeďuje sám na sebe a svoje pocity.*“

5.4.5 Montreauxská stupnice zdraví

Zajímavým příkladem léčby mentální anorexie, který stojí za povšimnutí, je pět fází léčby tzv. Montreauxské stupnice zdraví, který popisuje autorka Peggy Claude-Pierre (2001).

Autorka o metodě hovoří jako o nástroji, který slouží osobám trpícím mentální anorexií, bulimií a jejich rodinám. Popisuje ji jako mapu, která napomáhá nemocným sledovat dílčí etapy směřující k zotavení a jejich rodinám k lepšímu porozumění problematice, konkrétním problémům a zmatenému chování jejich dětí (Claude-Pierre, 2001). Blíže ji pak popisuje slovy: „*Je zajímavé, že těchto pět fází zhruba odpovídá normálnímu vývoji člověka od naprosté dětské bezmocnosti až po sebedůvěru a nezávislost lidí dospělých*“ (Claude-Pierre, 2001, s. 146).

PRAKTICKÁ ČÁST

6 Cíl výzkumného šetření

Cílem mého výzkumného šetření je prostřednictvím identifikace potenciálně problémových bodů v jednotlivých profilech matek a celkových výsledků šetření, nalézt a formulovat doporučení primárně pro matky dospívajících dívek a samozřejmě každého, kdo se o mentální anorexii zajímá. Doporučení se týkají přístupu matky k sobě samé, společného soužití s dcerou a nakonec také témat v jejich komunikaci.

Výzkumné šetření oslovuje matky dívek, které si prošly, nebo aktuálně procházejí mentální anorexií. Vzhledem k širší problematice mentální anorexie jsem se v zájmu udržení odbornosti a konkrétnosti zaměřila na pouze na vztah matka – dcera. Tedy na vliv, který mají postoje a vyjadřování matky na rozvoj mentální anorexie u dcery.

7 Metodologie výzkumného šetření

7.1 Charakteristika vybraného vzorku respondentů

Výzkumného šetření se účastnily ženy – matky, jejíž dcera, nebo dcery prošly mentální anorexií, nebo se s ní stále potýkají. Pro své výzkumné šetření jsem nevymezovala věk, ani jiné určující determinanty.

Šetření se účastnilo 15 respondentů. Všechny dotazníky byly vyplněny správně a nesly užitečné informace, proto nemusel být žádný z nich z vyhodnocování šetření vyřazen.

7.2 Metoda výzkumného šetření

K nalezení odpovědí na mou výzkumnou otázku jsem se rozhodla využít kvalitativní výzkumné šetření, pro které jsem vytvořila online dotazník. Online především proto, že moje výzkumná otázka směřuje hluboko do komfortní zóny respondentů a zamezením osobního kontaktu jsem se snažila o co největší míru anonymity v zájmu získání co nejpravdivějších odpovědí.

Zmiňovaný dotazník se skládá z různých bodů mapujících názory a postoje matek dcer, které prošly, nebo aktuálně procházejí mentální anorexií. Otázky formuláře směřují především k době před vypuknutím onemocnění u dívek. Jsou vytvořeny tak, aby vypovídaly o osobnostním profilu matky v oblastech, ze kterých by mohlo plynuté nevědomé podněcování, nebo podporování rozvoje mentální anorexie u dcery. Při vytváření těchto otázek jsem se nechala vést výraznými problémovými oblastmi, které považuji za potenciální příčiny, spíše však jednu z příčin vzniku mentální anorexie. Podporu pro vytyčení hlavních témat mi byla odborná literatura (viz Seznam použitých informačních zdrojů). Porovnáním několika publikací se svými zkušenostmi jsem poté vybrala nejčastěji uváděné problémové faktory.

Výsledkem je tedy dotazník o 25 otázkách, z čehož 24 je uzavřených a 1 otevřená. Svou pozornost jsem v otázkách koncentrovala především na vztah matky k jídlu obecně a k ní samé, spokojenost s rodinnou a finanční situací a v neposlední řadě též konkrétním situacím v rodinném soužití s dcerou.

7.3 Průběh výzkumného šetření

Vytvořený online dotazník jsem rozšířila mezi potenciální respondenty pomocí přímého odkazu na dotazník. K tomuto účelu jsem využila například i sociálních sítí. Vzhledem k osobnímu charakteru dotazníku jsem nebyla v přímém kontaktu s respondenty, což mi lehce ztěžovalo vytvoření celkového osobnostního profilu. Ten jsem nakonec úspěšně vytvářela na základě obrazu, který mi poskytly odpovědi v dotazníku.

8 Výsledky výzkumného šetření

Prvními výsledky dotazníkového šetření jsou jednotlivé osobnostní profily vzorků (pro účely šetření označeny A – N), tedy matek, které dotazník vyplnily. Pro každý vzorek, jsem vytvořila stručný, avšak výstižný profil, vedený podle jednoduchého schématu.

Profil vzorku A

Z odpovědí vzorku A je možné vyčíst velmi špatnou rodinnou situaci s přítomností násilí vůči matce samé, nebo její dceři, ústící v rozvod manželství. Matka dlouhodobě bojuje s jídlem a se svou postavou spokojená není. Nicméně své stravování označuje jako nezdravé a na společné stolování zřetel nedává. Styl výchovy dcery označuje jako autoritativní, ve které ovšem nejsou s otcem dcery jednotní. Přítomna je též finanční nejistota. Vztah s dcerou popisuje matka jako problematický s nedostatkem vzájemné komunikace a přiznává, že vzhledem k psychickým změnám dcery v období dospívání, které považuje za velmi výrazné, došlo dlouhodobě k jejich zaměňování s příznaky mentální anorexie.

Profil vzorku B

Vzorek B vykresluje rodinnou situaci jako nevyhovující avšak bez přítomnosti násilí. S vlastním tělesným vzhledem je tato matka též dlouhodobě nespokojená, s jídlem však údajně nebojuje, ačkoliv byla sama cílem posměchu. Svůj jídelníček značí jako spíše nezdravý a společnému stolování nepřipisuje důležitou roli ve všedním fungování rodiny. Ve svém liberálním stylu výchovy jsou s otcem dcery jednotní. I v tomto případě cítí matka svou finanční situaci jako nejistou. Vztah s dcerou vidí jako spíše problematický a uznává, že pravděpodobně kvůli nedostatku komunikace první příznaky mentální anorexie u dcery unikly její pozornosti.

Profil vzorku C

Z odpovědí matky, kterou pro potřeby šetření označuji písmenem C, vyvozují, že s rodinnou situací byla spíše nespokojená a docházelo k násilí vůči ní, nebo dceři. To vedlo k rozvodu manželství. Se svým vzhledem je dlouhodobě nespokojená a dalo by se říci, že s jídlem zápolí. Svůj jídelníček neoznačuje jako zdravý, dbá ovšem na společné stolování. V liberálním stylu výchovy jsou s otcem dcery jednotní. Též v tomto případě pociťuje

matka finanční nejistotu. Díky vztahu s dcerou, který popisuje jako pozitivní, vyhledala při prvních příznacích mentální anorexie odbornou pomoc.

Profil vzorku D

Z dotazníku vzorku D jednoznačně vyplývá, že matka s rodinnou situací nebyla spokojená a to především kvůli přítomnosti násilí. Došlo tedy k rozvodu manželství. Se svojí postavou není matka dlouhodobě spokojená a s jídlem svádí boj. Dále popisuje své stravování jako nezdravé, avšak dbá na společné stolování. V liberálním stylu výchovy se cítí otcem dcery podporována. Svou finanční situaci označuje též jako nejistou. Pravděpodobně kvůli pozitivnímu vztahu s dcerou nedošlo k opomíjení prvních příznaků mentální anorexie a byla včas vyhledána odborná pomoc.

Profil vzorku E

Z odpovědí vzorku E usuzují, že ačkoliv nedošlo k rozvodu manželství, matka není se svou rodinnou situací spokojená. Ačkoliv uvádí, že svůj jídelníček hodnotí jako nezdravý a se svou postavou je dlouhodobě nespokojená, s jídlem nebojuje. Na dodržování společného stolování nelpí. V liberálním stylu výchovy dcery pocituje jednotnost ze strany dceřina otce. Svou finanční situaci bohužel též pojmenovává nejistou. Vztah s dcerou vyplývá dle odpovědí jako pozitivní, díky velmi časté komunikaci nedošlo k zanedbání příznaků a odborná pomoc byla vyhledána hned po zaregistrování prvních příznaků mentální anorexie.

Profil vzorku F

Vzhledem k špatnému vztahu s otcem dcery uvádí matka nutnost rozvodu manželství. K žádné formě násilí však v rodině nedocházelo. Ačkoliv byla matka sama v minulosti cílem posměchu kvůli své postavě, dnes je s ní dlouhodobě spokojená. Svůj jídelníček vnímá jako spíše nezdravý a společné stolování není na denním pořádku. Ve svém demokratickém náhledu na výchovu dcery se cítí jejím otcem nepodporována. I přes uváděný pozitivní vztah s dcerou nezáměrně opomněla první příznaky mentální anorexie, a to pravděpodobně vlivem výrazných psychických změn v době dceřina dospívání.

Profil vzorku G

Nespokojenost s rodinnou situací a špatný vztah s otcem dcery vedl i v tomto případě k rozvodu manželství. Matka je dlouhodobě nespokojená se svou postavou a kvůli věčnému boji s jídlem se označuje i jako „dietářka“. I přes důležitost, kterou pro ni štíhlost má, označuje své stravování jako nezdravé a na společné stolování nedohlíží. Svůj styl výchovy vidí jako autoritativní, avšak s otcem dcery v tomto přístupu jednotní nejsou. Tato matka též uvádí, že řeší finanční problémy. Nejspíše z důvodu problematického vztahu s dcerou, nedostatku vzájemné komunikace a pobytu dcery mimo domov došlo k opomíjení prvních příznaků mentální anorexie.

Profil vzorku H

Ačkoliv v tomto případě nedošlo k rozvodu manželství, vypovídají odpovědi v tomto dotazníku o nespokojenosti matky s rodinnou situací a špatném vztahu s otcem dcery. I zde uvádí matka určitý boj s jídlem a dlouhodobou nespokojenost s vlastní postavou. Přesto popisuje svůj jídelníček jako nezdravý. Na společném stolování nebazíruje. Výchovný styl cítí jako liberální, avšak vidí v něm nejednotnost s otcem dcery. Přítomny jsou i pocity nejistoty ohledně finanční situace. Jedná se o další případ, kdy vzhledem k výrazným psychickým změnám v období dospívání dcery došlo i přes pozitivní vztah k zanedbání prvních příznaků mentální anorexie. Pravděpodobně kvůli malé míře komunikace mezi matkou a dcerou.

Profil vzorku CH

Z tohoto dotazníku více méně jasně vyplývá, že matka je se svou rodinnou situací spokojená a s otcem dcery vychází velmi dobře. Opět se zde setkávám s tím, že ačkoliv matka není se svou postavou spokojená a štíhlost má pro ni velký význam, označuje svůj jídelníček jako nezdravý, tudíž svoji situaci neřeší. Na společné stolování ovšem dohlíží. Poprvé v tomto šetření se zde setkávám s tím, že matka uvádí jednotnost s otcem dcery v autoritativním stylu výchovy. Přítomna není finanční nejistota. Díky časté vzájemné komunikaci s dcerou byla odborná pomoc vyhledána hned při odhalení prvních příznaků mentální anorexie.

Profil vzorku I

Přesně cílené otázky dotazníku odkrývají v tomto případě nespokojenost matky s rodinnou situací i přes dobrý vztah s otcem dcery. Matka opět jednoznačně vykazuje dlouhodobou nespokojenost se svým tělesným vzezřením a doplňuje, že s jídlem též svádí boj. Přesto značí své stravování jako zdravé, ovšem na společné stolování nedohlíží. S otcem dcery jsou jednotní v demokratickém stylu výchovy. Opět se vrací i pocit nejistoty ohledně financí. Kombinací malé míry komunikace mezi matkou a dcerou a dramatických psychických změn u dcery v době dospívání došlo k dlouhodobému zaměňování příznaků mentální anorexie s nevyrovnaným chováním v době puberty.

Profil vzorku J

Tato matka uvádí rozvod manželství pravděpodobně z důvodu dlouhodobé nespokojenosti se svou rodinnou situací vyvolanou špatným vztahem s otcem dcery a přítomností násilí vůči jednomu nebo více členům rodiny. Dále dokládá, že sama byla cílem posměchu kvůli své postavě a nadále je s ní nespokojená. Zmiňuje se též o výrazu „dietářka“. Stravování popisuje jako spíše nezdravé a stolování nepřikládá velkou váhu. Autoritativní styl výchovy dcery z její strany není otcem podporován. I v tomto vzorku má finanční nejistota bohužel své místo. Problematický vztah s dcerou, nedostatek komunikace a pobyt dcery mimo dohled matky zapříčinily, že příznaky mentální anorexie byly delší dobu opomíjeny či chybně zaměňovány.

Profil vzorku K

Dotazníkové zde jednoznačně poukazuje na spíše špatný vztah matky s otcem dcery, kdy se snaží kompenzovat jeho nedostatky, avšak k rozvodu manželství nedošlo. Matka je se svým vzhledem dlouhodobě nespokojená. Pravděpodobně i proto, že byla v minulosti sama cílem posměchu. Štíhlost pro ni má značný význam, ovšem svůj jídelníček označuje jako nezdravý. S otcem dcery jsou však jednotní v otázce výchovy a jejich styl popisuje jako demokratický. Tato matka též pociťuje finanční nejistotu. Bohužel i zde došlo k dlouhodobému zaměňování příznaků mentální anorexie s nestálým chováním v době dospívání, ačkoliv matka nepovažuje psychické změny dcery v tomto období za výrazné a jejich vztah hodnotí jako pozitivní.

Profil vzorku L

Šetření u této matky poukázalo na zajímavý případ rozvoje mentální anorexie u dcery z na první pohled dobře funkční rodiny. Matka udává, že její rodinná situace je bezproblémová, s otcem dcery má dobrý vztah a stejně tak i s dcerou. Svou postavu neřeší a je s ním, jak vypadá dlouhodobě spokojená. Jídelníček však označuje jako spíše nezdravý a společné stolování nehraje důležitou roli. Liberální výchova je podporována oběma rodiči. Jako problematická se ukazuje finanční situace, ve které matka pocituje nejistotu. Snad jen nedostatek komunikace mezi matkou a dcerou mohl vést k nerozpoznání prvních příznaků mentální anorexie.

Profil vzorku M

Odpovědi vzorku M mi nastínily, že s rodinnou situací je tato matka spokojená a v rodině se nevyskytlo žádné násilí či šikana vůči ní nebo dceři. Ačkoliv je matka se svou postavou dlouhodobě nespokojená a štíhlá postava pro ni představuje úspěch, svobodu a radost, svůj stav neřeší. Osobní jídelníček pojmenovává nezdravým, na společné stolování ovšem dohlíží. Demokratický styl výchovy dcery se ukazuje jako jednotným rozhodnutím obou rodičů. Matka není nucena řešit finanční problémy. První příznaky mentální anorexie byly pravděpodobně kvůli málo časté komunikaci a problematickému vztahu s dcerou přehlédnuty.

Profil vzorku N

Tento profil náleží matce, která je spokojená se svou rodinnou situací, s otcem dcery má velmi dobrý vztah a není nucena jeho případné nedostatky kompenzovat. Též je se svým tělem dlouhodobě nespokojená a uznává, že s jídlem bojuje pomocí různých diet. Svoje stravování vidí jako zdravé. Ve společném stolování však není důsledná. Cítí jednotnost s otcem dcery v otázce demokratického výchovného stylu. Tíhu finančních problémů řešit nemusí. Ukazuje mi, že i při pozitivním vztahu s dcerou, ve kterém však chybí vzájemná komunikace a projeví se výrazné změny v době dospívání, může dojít k neodhalením prvních příznaků mentální anorexie.

9 Interpretace dat

Podrobným zkoumáním jednotlivých profilů matek a jejich vzájemným porovnáváním jsem společně s analýzou výsledků všech odpovědí (viz Seznam příloh) dosáhla nalezení potenciálně problematických či překvapujících bodů.

Částečně pozitivním překvapujícím jevem byl fakt, že prakticky všechny matky jmenovaly převážně své kladné povahové vlastnosti, což značí, že na sebe nenahlízejí primárně negativně.

Nehledě na to jak hodnotily matky svůj vztah s dcerami, v drtivé většině případů se shodly na malé míře vzájemné komunikace. Bohužel pouze v několika málo vzorcích byl pozitivní vztah matky s dcerou provázán s častou komunikací. A tedy nedostatek komunikace zejména o pocitech mezi matkou a dcerou považují za velmi výrazný a potenciálně problematický bod v tomto vztahu.

Za zajímavý považují dále fakt, že nejčastěji uváděly matky nejednotnost s otcem dcery v případě autoritativního stylu výchovy. Dle šetření však překvapivě není autoritativní styl výchovy převládajícím. Mnohem častějším a tedy i problematičtější se ukázal být styl liberální, ačkoliv se v tomto případě matky shodovaly na větší míře jednotnosti s otcem.

Značně markantním bodem je dále přístup matek k vlastnímu stravování. Ačkoliv drtivá většina matek vypověděla, že není se svou postavou spokojená, svůj jídelníček označují dlouhodobě za spíše nezdravý a napovídají tím, že se své vzezření nesnaží aktivně měnit. Zjevuje se tím obraz nespokojené matky, která se ovšem nijak převratně nesnaží svou aktuální situaci měnit. Tím může vyvolávat dojem neschopnosti převzít kontrolu nad svou situací a tedy i svým tělesným vzezřením a dále jakési odevzdanosti. Tu se může dcera pokoušet ve snaze odlišit se od nevyhovujícího vzoru překonat. A to naopak nepřiměřenou sebekontrolou, která může vyústit v mentální anorexii.

Následujícím postřehem získaným z mého šetření je vliv charakteru vztahu matky s dcerou, provázaný s vzájemnou komunikací o pocitech a včasné odhalení prvních příznaků mentální anorexie v jejích počátcích a následné vyhledání odborné pomoci. V menšině případů, ve kterých matky uvedly pozitivní vztah s dcerami a častou vzájemnou komunikací, objevilo se i včasné vyhledání odborné pomoci. Další skupina případů

vykazovala pozitivní, ale zejména spíše problematický vztah s dcerami a malou míru vzájemné komunikace o pocitech a výsledkem bylo opožděné zaregistrování prvních příznaků onemocnění. Zároveň tyto matky vnímaly změny svých dcer v období dospívání jako spíše nevýrazné. Poslední skupinou případů byly matky, které uvedly spíše problematický a problematický vztah s dcerami a malou míru vzájemné komunikace. Psychické změny dcer v dospívání vnímaly jako výrazné a z velké části uvedly, že si často neví rady. Výstupem této skupiny bylo dlouhodobé zaměňování příznaků mentální anorexie s nestálým chováním v době dospívání.

Zajímavé propojení jsem našla ve vztahu míry komunikace a společného stolování. Mezi několika málo případy, kdy matky uvedly častou komunikaci s dcerami o pocitech, se ve velké míře též objevila přítomnost společného stolování.

Další provázanost jsem objevila mezi spokojeností matek s vlastní postavou a přítomností rýpavých komentářů k dceřině postavě v jejich slovníčku. Mezi matkami, které se cítí spokojené s vlastní postavou, se překvapivě nepotvrdil tlak na dcery v podobě těchto komentářů. Naopak u matek dlouhodobě nespokojených tento trend převládal.

Ponechání dcery bez matčina dohledu například na letním táboře se neprokázalo být stěžejním faktorem a mezi oběma skupinami došlo v různé míře k opomíjení prvních příznaků mentální anorexie.

Dále jsem našla jednoznačné výsledky komparací rodinného stavu, stylu výchovy a jednotnosti v něm. U rozvedených matek se dle očekávání potvrdila absolutní nejednotnost s otcem dcery. To, co ovšem stojí za pozornost, je naprostá převaha autoritativního stylu výchovy. Kdežto u druhé skupiny vdaných matek se ukázalo rovnoměrné rozložení liberálního a demokratického stylu výchovy s velkou mírou jednotnosti. Autoritativní styl se v této skupině neobjevil vůbec.

Pozoruhodné výsledky přineslo i zohlednění ctižádostivosti matek ve vztahu k stylu výchovy dcer. V převládající skupině matek, které se označují jako ctižádostivé, byly styly výchovy dítěte rozloženy podle početnosti na autoritativní, dále demokratický a nejméně byl zastoupen styl liberální. Na druhou stranu ve skupině matek, které se necítí být ctižádostivé, převládal styl liberální a autoritativní chyběl úplně.

Jako poslední jsem zkoumala souvislost pocitu finanční nejistoty matek s charakterem vztahu s otcem dcery. Drtivá většina vzorků vykazala přítomnost pocitu nejistoty ohledně financí a nutnost řešit finanční problémy. Mezi těmito převládala skupina matek se spíše špatným až špatným vztahem s otcem dcery. Ve druhém, bohužel mnohem menším úseku vzorků, kde matky uvedly, že nepocitují finanční nejistotu, byl ve všech případech uváděn vztah dobrý až velmi dobrý. Špatný zcela chyběl.

10 Doporučení plynoucí z provedeného výzkumného šetření

Níže uvedená doporučení vyplývají z mnou provedeného výzkumného šetření a opírají se o vyhodnocení zkoumání jednotlivých profilů respondentů (viz Interpretace dat), analýzu výsledků všech odpovědí (viz Seznam příloh) a mé osobní zkušenosti s problematikou mentální anorexie. Tato doporučení mohou být využita pro snížení potenciálně negativního vlivu matek, který by mohl vést k rozvoji mentální anorexie u dcer. Především jsou tedy určena pro matky dívek, ale samozřejmě též pro všechny, kterých se tato problematika nějak dotýká, nebo je jen zajímá.

Velmi důležitá oblast, na kterou je nutné se soustředit, je oblast, ve které stojí matka vzorem své dceři. Jedná se o spokojenost s vlastním tělem a přístup k němu. Značně výrazný negativní vliv může mít na dceru dlouhodobá nespokojenost matky s vlastním tělem, doprovázená častými komentáři a hovory o nutnosti hubnutí, nicméně se zanedbatelným výsledkem a minimální snahou o změnu. Tento model může v dceři vyvolávat pocit předurčení, bez možnosti ovlivnění a změny. Pocit tohoto charakteru, přetrvávající po delší časový úsek, může následně vyvolat prudkou snahu o vyvázání se z tohoto zdánlivě neovlivnitelného předurčení, a to například přemírou sebekontroly v oblasti stravování a tělesného výdeje, kterým se dcera snaží dokázat, že ona taková nebude. Pokud tedy matka není po dlouhou dobu spokojená se svou postavou a má pocit zápolení s tímto problémem, měla by dávat velký pozor na to, do jaké míry tento fakt přenáší na své okolí. Dále podniknout kroky, které buď povedou k zdravé a přiměřené redukci váhy a následné spokojenosti, nebo k smíření se svým vzezřením, vedoucímu taktéž k pocitu spokojenosti a především vyrovnanosti.

Ačkoliv se může zdát jako vhodným krokem k prohloubení vzájemného vztahu matky s dcerou, zahrnutí dcery do rutiny úpravy stravování v zájmu redukce váhy, opak je pravdou. Pakliže dcera nepotřebuje váhu redukovat, je velmi riskantní zasvěcovat ji do této oblasti, nebo dokonce trvat na dodržování nevyváženého jídelníčku.

V rámci autoritativního výchovného stylu je třeba mít na paměti fakt, že tento styl výchovy může na dceru v období počátku dopívání vyvíjet tlak, kterému aktuálním nevyrovnaným rozpoložením nebude schopná čelit a může mu chtít uniknout vzepřením se. To například

vzdorem projevěným v odmítání potravy. Na druhé straně výchovný styl liberální může u dcery v tom samém období vyvolat naopak pocit zanedbání či malé míry zájmu o svou osobu. Ten může vést k problémům v oblasti stravování, avšak tentokrát spíše z důvodu upoutání pozornosti, kterou dcera tak nutně potřebuje, ačkoliv to nemusí dávat znát.

I přes to, že komunikace s dcerou v době počátku dospívání, ale i později, může být značně složitá a dcera jen málokdy jeví chuť komunikovat, je důležité, aby se matka touto maskou, kterou proces dospívání dceři nasazuje, nenechala odradit. Vzájemná komunikace mezi matkou a dcerou je velmi výrazným bodem celé problematiky. Může předejít rozvoji mentální anorexie, ale též dojde-li přece jen k propuknutí onemocnění, slouží k rozpoznání jeho prvních příznaků a tudíž i k včasnému podchycení nemoci a vyhledání odborné pomoci. Obrovským pomocníkem v oblasti komunikace je například společné stolování. V dnešní době mu není přikládána velká váha, avšak společné stolování pomáhá překračovat komunikační bariéry a může napomáhat k celkovému uvolnění a zlepšení vztahu matky s dcerou, ale i celé rodinné atmosféry.

S dcerou je též velmi vhodné nezávazně diskutovat o vhodnosti různých potravin. Matka tím může zjistit, které považuje za zdravé a naopak. Ty, které opravdu zdravé jsou, může poté matka zařadit do společného jídelníčku. Opačným způsobem například omezit potraviny, které dcera považuje za nezdravé, nebo nevhodné. Dcera pak může mít možnost promítnout své preference do společného stravování a neměla by tím nabýt pocitu nemožnosti ovlivňovat zavedené zvyklosti. Tento pocit by totiž mohl vyústit k radikálnímu odklonu od zmíněných zvyklostí.

Pokud mezi rodiči dochází k rozporům, ať už kvůli stylu výchovy dcery, či finanční situaci, měli by tyto problémy řešit v soukromí. Bez přítomnosti dcery. Nevyužívat dceru jako prostředníka k uvolnění frustrace, jelikož tato „roztrhanost“ vztahu mezi matkou a otcem může v dceři vzbuzovat pocity nejistoty, které může chtít znovuobjevit právě například prostřednictvím regulace, nebo redukce svého jídelníčku. Stravování je totiž jednoduše ovlivnitelný a ovladatelný nástroj, který má dcera ve své moci, na rozdíl od atmosféry v rodině či dalších událostí v jejím okolí. Matka by se dále měla pokusit o co největší míru jednotnosti s otcem v otázce výchovného stylu.

Pro dospělého zdánlivě neškodné průpovídky směřující k dceřině postavě, mohou mít na nedospělou mysl katastrofální dopad. Matky, ale i ostatní členové rodiny, by se měli snažit vyhýbat se rýpavým nebo předurčujícím komentářům. Ačkoliv nemusí být myšleny primárně negativně, přecitlivělá nedospělá mysl dcery si je vždy vyloží po svém. Volba správných výrazů v komunikaci s dcerou je stěžejní i po propuknutí mentální anorexie. Nevhodně zvolená slova mohou vzbuzovat až odpor k léčbě. O tom, že tato oblast je opravdu problematická, jsem se přesvědčila i nalezením naprosto nevhodných výrazů například v odborné literatuře zabývající se mentální anorexií. Proto je třeba ji opravdu nebrat na lehkou váhu.

Nakonec je důležité uvědomit si, že úspěšně je možné snižovat míru vlivu, vedoucího k rozvoji mentální anorexie u dcer, pouze komplexním přístupem. Snaha o dosažení dokonalosti pouze v jedné z problematických oblastí bude pravděpodobně hrubě nedostačující. Proto by se měly matky snažit o rovnoměrné rozložení snah do všech těchto oblastí.

11 Závěr

Cílem bakalářské práce bylo nalezení potenciálně problematických vzorců chování, postojů a chování matek, které by mohlo mít vliv na rozvoj mentální anorexie u dcer. Z nich jsem následně vytvořila doporučení, která by mohla vést k snížení tohoto vlivu. K zajištění potřebných dat jsem využila kvalitativní výzkumné šetření. To jsem realizovala pomocí online dotazníku za účelem co možná nevyšší míry anonymity, k dosažení pravdivých odpovědí.

Respondenty mého šetření byly matky, jejichž dcery v minulosti prošly nebo aktuálně procházejí mentální anorexií. Teoretická část práce uvedla stěžejní informace a charakteristiky onemocnění. Praktická část podkryla jednotlivé problematické oblasti v rámci vlivu matek na rozvoj mentální anorexie u dcer. Prostřednictvím analýzy a porovnáváním jednotlivých profilů matek.

Výstupem práce je identifikace výrazných potenciálně problematických oblastí a shrnutí doporučení. Na základě výzkumného šetření mezi tyto oblasti řadím především: spokojenost matek s vlastní postavou, výchovný styl, míru komunikace mezi matkou a dcerou, společného stolování, náhled matky na rodinnou či finanční situaci a nakonec chyby při komunikaci s dcerou. Doporučení uvedená v práci se týkají každé z těchto oblastí a jsou v praxi využitelná k snížení nežádoucího vlivu matek na rozvoj mentální anorexie u dcer. Dále v teoretické rovině poruch chování celkově, jako obecná osvěta problematiky mentální anorexie jako jedné z poruch příjmu potravy.

Jsem přesvědčená o tom, že pochopit mentální anorexiu komplexně, v celé její složitosti a vzhledem k míře individuality každého případu, stejně tak jako nalézt přesné spouštěcí faktory, je nelehké. Avšak kousek po kousku, hledáním v různých oblastech, je možné dosáhnout konkrétních výsledků, které jsou pro všechny, kteří se s tímto onemocněním setkali, neocenitelné.

12 Seznam použitých informačních zdrojů

1. BEUMONT, Pierre J. V.. *The history of eating and dieting disorders*. Clinical Applied Nutrition, 1. vydání., 1991.
2. CASSUTO, Dominique-Adèle a Sophie GUILLOU. *Když chce dcera hubnout*. Praha: Portál, 2008. 120 s. ISBN 978-80-7367-357-4.
3. CLAUDE-PIERRE, Peggy. *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma, 2001. 264 s. ISBN 80-7205-818-5.
4. FIALOVÁ, Ludmila. *Moderní body image: Jak se vyrovnat s kultem štíhlého těla*. Praha: Grada, 2006. 98 s. ISBN 80-247-1350-0.
5. KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2. vydání. Praha: Portál, 2010. 264 s. ISBN 978-80-7367-807-4.
6. KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2. vydání. Praha: Grada, 2005. 256 s. ISBN 80-247-0840-X.
7. KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy, příručka pro učitele*. Praha: VÚP ve spolupráci s MŠMT ČR, 2003. 32 s.
8. MARÁDOVÁ, Eva. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32 s. ISBN 978-80-86991-09-2.
9. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. Uhřetice: Doron, 2013. 82 s. ISBN 978-80-7297-115-2.
10. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. 106 s. ISBN 978-80-7204-657-7.
11. PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vydání, Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2012. 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.
12. ÚZIS ČR. *Aktuální informace Ústavu zdravotnických informací a statistiky České republiky*. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky, 2016, č. 7/2016. s. 2 - 7.

13 Seznam příloh

Příloha 1 – Analýza výsledků všech odpovědí

Otázka číslo 1: *Popište 3 slovy svou povahu.*

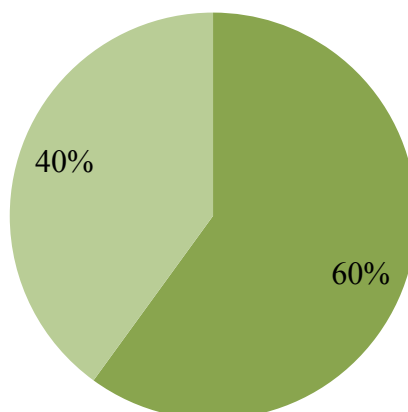
Odpověď:

- Pečlivá, optimistka, spravedlivá
- Hodná, kamarádská, náladová
- Milá, aktivní, moc si vše беру osobně
- Klidná, přátelská, laskavá
- Milá, hodná, pracovitá
- Melancholická, přátelská
- Klidná, uvážlivá, pečlivá
- Úzkostná, otevřená, hodná
- Labilní, úzkostná, přátelská
- Veselá, spolehlivá, bojovnice
- Nenáročná, ohleduplná, empatická
- Upřímná, loajální, hrdá
- Nekonfliktní, přátelská, nápomocná
- Panovačná, přátelská, náročná
- Zodpovědná, maximalistická

Otázka číslo 2: *Řekla byste o sobě, že jste ctižádostivá?*

Odpověď:

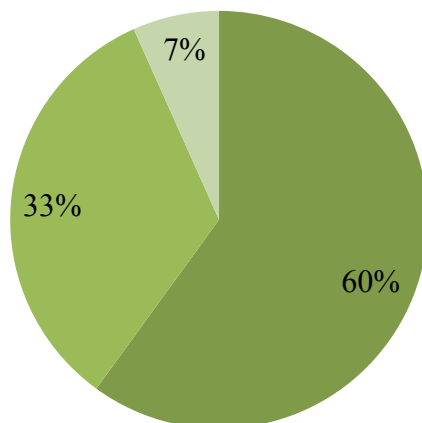
■ ano (9x) ■ ne (6x)



Otázka číslo 3: *Jak byste popsala svůj vztah s dcerou?*

Odpověď:

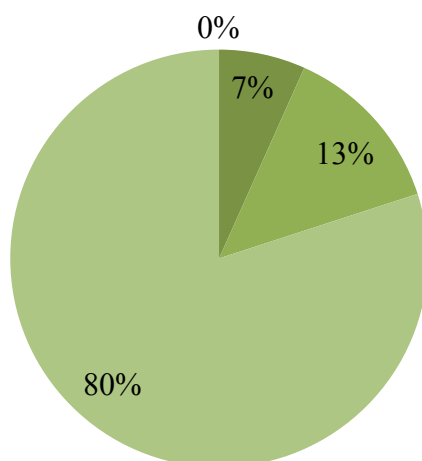
■ pozitivní (9x) ■ spíše problematický (5x) ■ problematický (1x)



Otázka číslo 4: *Komunikujete s dcerou často např. o pocitech?*

Odpověď:

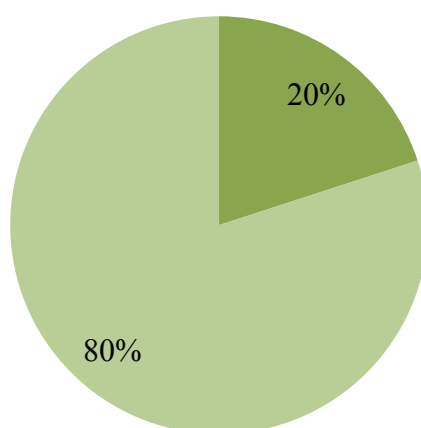
■ velmi často (1x) ■ často (2x) ■ spíše méně (12x) ■ vůbec (0x)



Otázka číslo 5: *Jste dlouhodobě spokojená se svou postavou?*

Odpověď:

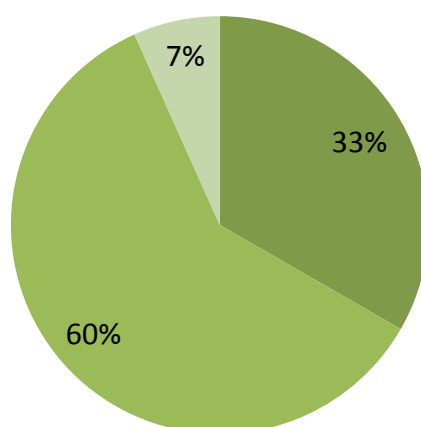
■ ano (3x) ■ ne (12x)



Otázka číslo 6: *Co pro Vás znamená být štíhlá?*

Odpověď:

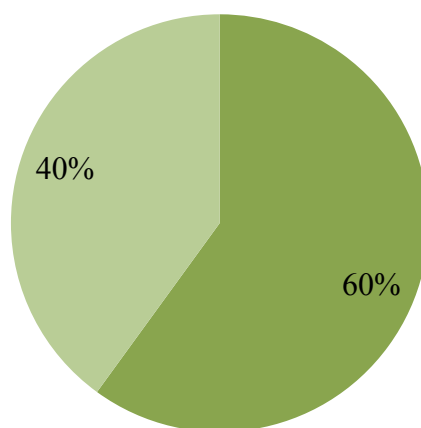
■ úspěch, svobodu, radost (5x) ■ dobrý pocit (9x) ■ svoji postavu neřeším (1x)



Otázka číslo 7: Řekla byste, že sama trochu bojujete s jídlem?

Odpověď:

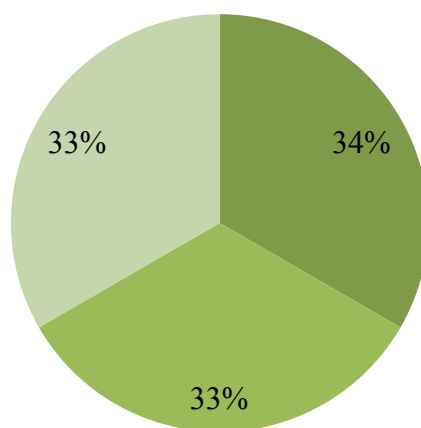
■ ano (9x) ■ ne (6x)



Otázka číslo 8: Řekla byste o sobě, že jste „věčná dietářka“?

Odpověď:

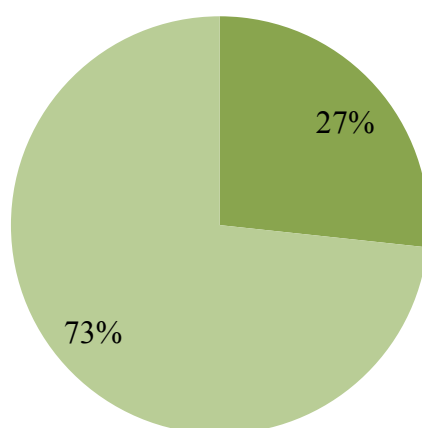
■ ano (5x) ■ spíše ne (5x) ■ ne (5x)



Otázka číslo 9: *Byla jste někdy cílem posměchu kvůli své postavě?*

Odpověď:

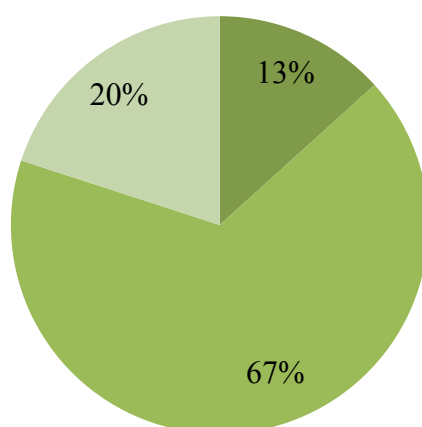
■ ano (4x) ■ ne (11x)



Otázka číslo 10: *Definovala byste dlouhodobě svůj jídelníček jako zdravý?*

Odpověď:

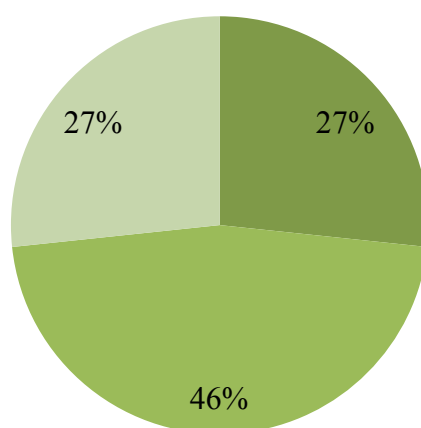
■ ano (2x) ■ spíše ne (10x) ■ ne (3x)



Otázka číslo 11: *Dbáte na společné stolování?*

Odpověď:

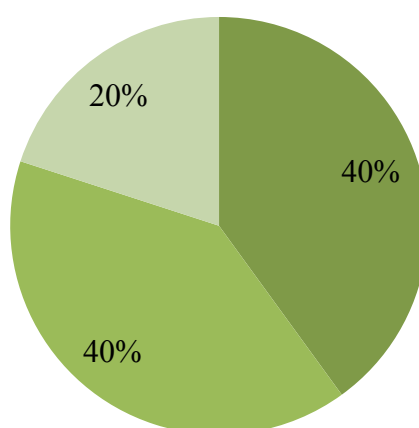
■ ano (4x) ■ spíše ne (7x) ■ ne (4x)



Otázka číslo 12: *Nutila jste někdy dceru do jídla?*

Odpověď:

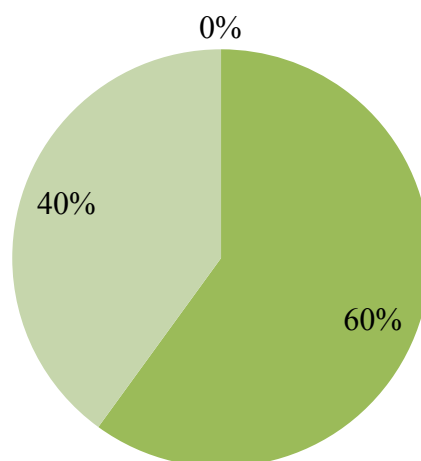
■ ano (6x) ■ ne (6x) ■ spíše naopak (3x)



Otázka číslo 13: *Jaký je Váš aktuální rodinný stav?*

Odpověď:

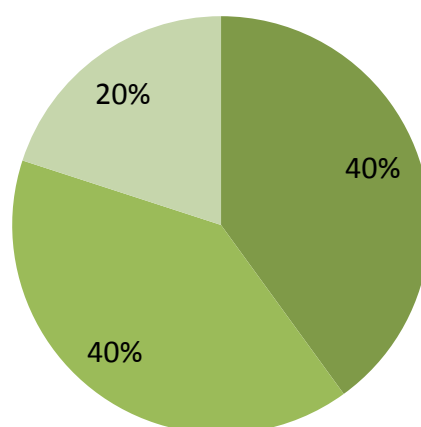
■ svobodná (0x) ■ vdaná (9x) ■ rozvedená (6x)



Otázka číslo 14: *Řekla byste, že jste spokojená se svou rodinnou situací?*

Odpověď:

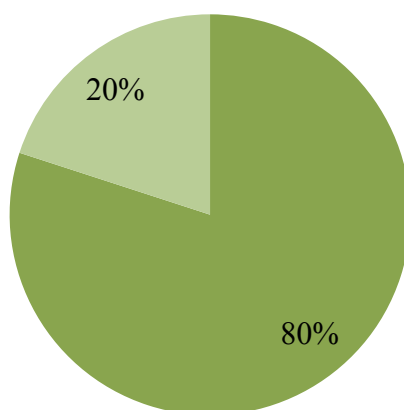
■ ano (6x) ■ spíše ne (6x) ■ ne (3x)



Otázka číslo 15: Definovala byste Vaší finanční situaci jako nejistou? (Řešíte finanční problémy?)

Odpověď:

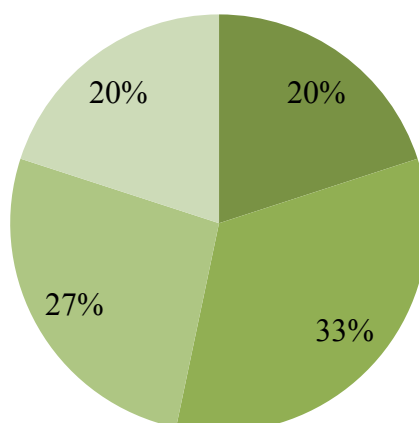
■ ano (12x) ■ ne (3x)



Otázka číslo 16: Jak byste definovala Váš vztah s otcem dcery?

Odpověď:

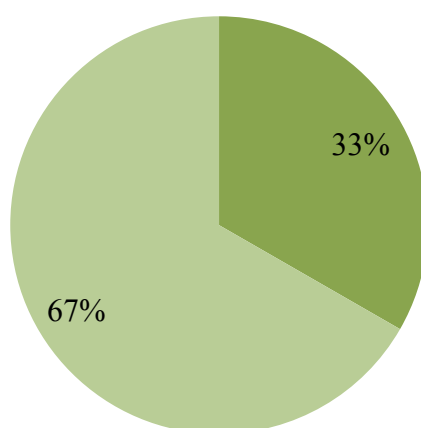
■ velmi dobrý (3x) ■ dobrý (5x) ■ spíše špatný (4x) ■ špatný (3x)



Otázka číslo 17: Máte pocit, že musíte kompenzovat jeho nedostatky? (otce Vaší dcery)

Odpověď:

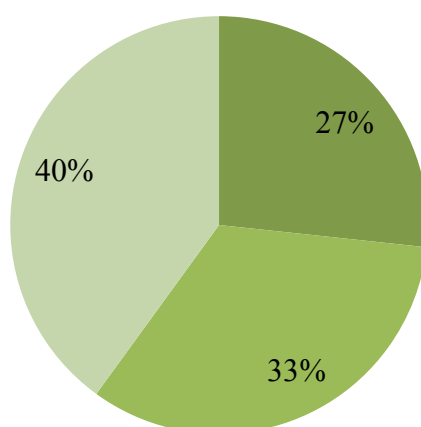
■ ano (5x) ■ ne (10x)



Otázka číslo 18: Jak byste definovala Váš styl výchovy?

Odpověď:

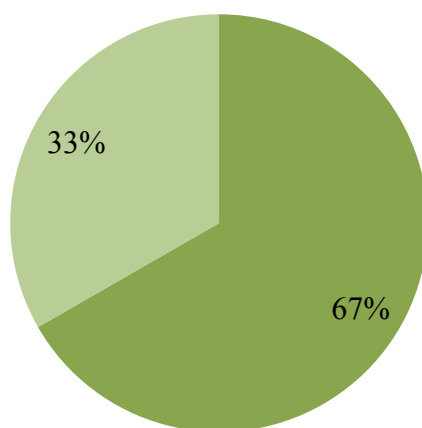
■ spíše autoritativní (4x) ■ spíše demokratický (5x) ■ spíše liberální (6x)



Otázka číslo 19: *Jste s otcem dcery v tomto přístupu jednotní?*

Odpověď:

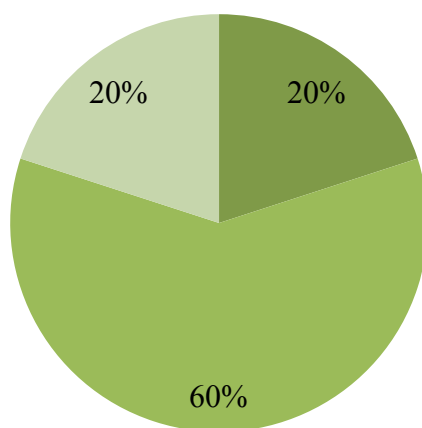
■ ano (10x) ■ ne (5x)



Otázka číslo 20: *Projevujete ve stresu často lítost nad svými rozhodnutími?*

Odpověď:

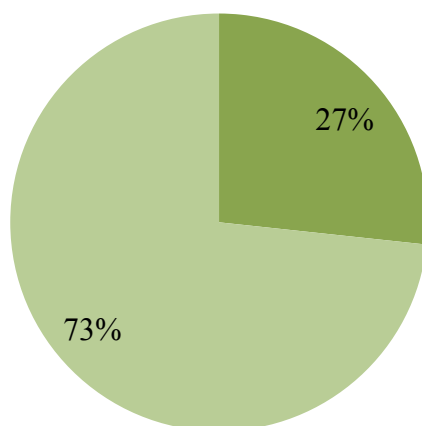
■ ano (3x) ■ někdy (9x) ■ ne (3x)



Otázka číslo 21: Dochází ve Vaší rodině k nějaké formě násilí/šikany (fyzické, psychické) vůči Vám či Vaší dceři?

Odpověď:

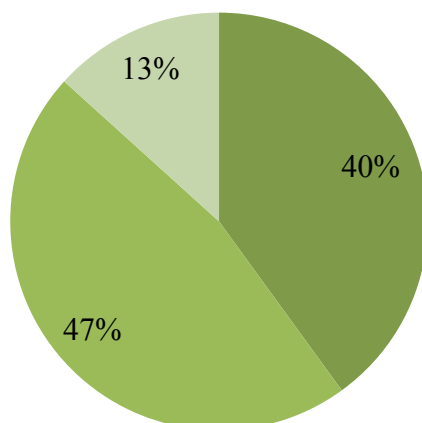
■ ano (4x) ■ ne (11x)



Otázka číslo 22: Vnímáte psychické změny své dcery v počátcích dospívání jako výrazné?

Odpověď:

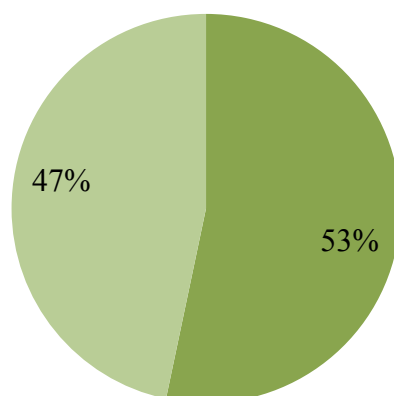
■ ano, nevím si často rady (6x) ■ spíše ne (7x) ■ ne (2x)



Otázka číslo 23: *Našla byste ve svém slovníčku výrazy podobné těmto: „No jo, ty budeš celá maminka, to se nedá nic dělat.“; „Budeš s tím bojovat jako já.“; „Tak se prostě budeš muset víc hlídat, no.“; „Nejsi tlustá, ale už bys to neměla jíst.“; „Ty se nám ale hezky zakulacuješ, z tebe bude kus ženský!“?*

Odpověď:

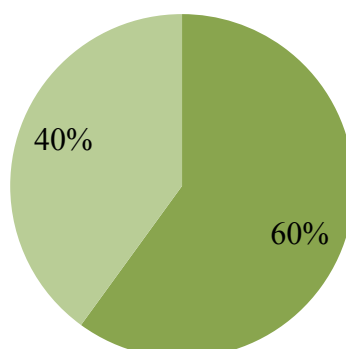
■ ano (8x) ■ ne (7x)



Otázka číslo 24: *Pustila jste dceru v pravděpodobné době vzniku onemocnění někam, kde nebyla pod dohledem? (letní tábor, stáž, výměnný pobyt, ...)*

Odpověď:

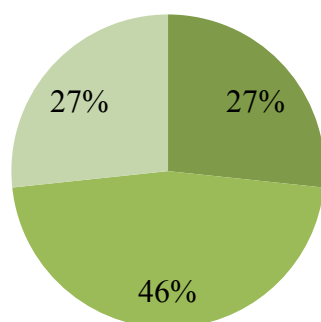
■ ano (9x) ■ ne (6x)



Otázka číslo 25: Řekla byste, že jste neúmyslně opomíjela příznaky mentální anorexie u dcery?

Odpověď:

- ne, při prvním příznaku jsem vyhledala pomoc (4x)
- ano, pravděpodobně jsem první příznaky bohužel nezaregistrovala (7x)
- ano, delší dobu jsem je bohužel neúmyslně zaměňovala s nestálým chováním v době puberty (4x)



Příloha 2 – Ukázka dotazníku

Dotazník

Dobrý den,

věnujte prosím několik minut svého času vyplnění následujícího dotazníku. Tento dotazník jsem vytvořila ve snaze pomoci matkám v prevenci mentální anorexie u jejich dcer. Proto, prosím, odpovídejte na otázky pokud možno pravdivě, aby svůj účel splnil. Vše je samozřejmě naprosto anonymní.

Předem Vám mockrát děkuji.

Kladené otázky směřují k době PŘED vypuknutím onemocnění u Vaší dcery.

1. Popište 3 slovy svou povahu.

2. Řekla byste o sobě, že jste ctižádostivá?

ano

ne

3. Jak byste popsala svůj vztah s dcerou?

pozitivní

spíše problematický

problematický

4. Komunikujete s dcerou často např. o pocitech?

velmi často

často

spíše méně

vůbec

5. Jste dlouhodobě spokojená se svou postavou?

ano

ne

6. Co pro Váš znamená být štíhlá?

úspěch, svobodu, radost

dobry pocit

svoji postavu neřeším

7. Řekla byste, že sama trochu bojujete s jídlem?

ano

ne

8. Řekla byste o sobě, že jste "věčná dietářka"?

ano

spíše ne

ne

9. Byla jste někdy cílem posměchu kvůli své postavě?

ano

ne

10. Definovala byste dlouhodobě svůj jídelníček jako zdravý?

ano

spíše ne

ne

11. Dbáte na společné stolování?

ano

spíše ne

ne

12. Nutila jste někdy dceru do jídla?

ano

ne

spíše naopak

13. Jaký je Váš aktuální rodinný stav?

svobodná

vdaná

rozvedená

14. Řekla byste, že jste spokojená se svou rodinnou situací?

ano

spíše ne

ne

15. Definovala byste Vaší finanční situaci jako nejistou? (Řešíte finanční problémy?)

ano

ne

16. Jak byste definovala Váš vztah s otcem dcery?

velmi dobrý

dobrý

spíše špatný

špatný

17. Máte pocit, že musíte kompenzovat jeho nedostatky? (otce Vaší dcery)

ano

ne

18. Jak byste definovala Váš styl výchovy?

spíše autoritativní

spíše demokratický

spíše liberální

19. Jste s otcem dcery v tomto přístupu jednotní?

ano

ne

20. Projevujete ve stresu často lítost nad svými rozhodnutími?

ano

někdy

ne

21. Dochází ve Vaší rodině k nějaké formě násilí/šikany (fyzické, psychické) vůči Vám či Vaší dceři?

ano

ne

22. Vnímáte psychické změny své dcery v počátcích dospívání jako výrazné?

ano, nevím si často rady

spíše ne

ne

23. Našla byste ve svém slovníčku výrazy podobné těmto: "No jo, ty budeš celá maminka, to se nedá nic dělat.", "Budeš s tím muset bojovat jako já.", "Tak se prostě budeš muset víc hlídat, no.", "Nejsi tlustá, ale už bys to neměla jíst.", "Ty se nám ale hezky zakulacuješ, z tebe bude kus ženský!?"

ano

ne

24. Pustila jste dceru v pravděpodobné době vzniku onemocnění někam, kde nebyla pod dohledem?(letní tábor, stáž, výměnný pobyt, ...)

ano

ne

25. Řekla byste, že jste zcela neúmyslně opomíjela příznaky mentální anorexie u dcery?

ne, při prvním příznaku jsem vyhledala pomoc

ano, pravděpodobně jsem první příznaky bohužel nezaregistrovala

ano, delší dobu jsem je bohužel neúmyslně zaměňovala s nestálým chováním v době puberty