

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Kaválková Kristýna
Praha 2009

Bakalářská práce

**Poruchy příjmu potravy:
propojení pohledu nemocné ženy a jejího mužského protějšku**

**Eating disorders:
coupling a perspective of ill woman and her male opposite**

Vedoucí práce: Mgr. Eva Richterová

Čestné prohlášení:

„Prohlašuji, že jsem tento esej zpracovala samostatně s použitím uvedené literatury a souhlasím s jeho eventuálním zveřejněním v tištěné nebo elektronické podobě.“

V Praze dne 21. 05. 2009

.....

Poděkování

Na tomto místě bych v první řadě ráda poděkovala vedoucí mé bakalářské práce, Mgr. Evě Richterové, za řadu rad, věcných připomínek, její ochotu a čas, které mi věnovala při konzultacích této práce. Dále poděkování patří Františku Davidu Krchovi, kolektivu Anabell za odbornou konzultaci a pomoc s vyhledáním literatury, a především Rie Černé, jejíž pomoc umožnila vznik této práce. Zvláštní dík bych také chtěla věnovat všem ženám, jejich partnerům a otcům, kteří se zúčastnili mého výzkumu a přispěli svými zkušenostmi a prožitky.

Resumé

Ve své práci jsem se zaměřila na onemocnění poruch příjmu potravy, jejich vliv na život nemocné, ale zároveň také na dopad, který tyto nemoci mají na pečující blízké osoby, konkrétně mužské protějšky dívek – tedy jejich partnery a otce. V teoretické části mé bakalářské práce jsem se snažila o vhléd do problematiky těchto onemocnění a také o vystižení prožitků a zkušeností pečujících osob, jak je představují uznávaní odborníci v oblasti poruch příjmu potravy, a to prostřednictvím domácích, ale také zahraničních zdrojů literatury. Z důvodu snahy o dosažení praktických zkušeností s nemocí a přiblížení se osobám trpícím PPP a jejich blízkým, jsem několikrát navštívila podpůrné skupiny vedené odborníky.

Praktická část mé práce zachycuje pocity, potřeby, vnímání nemoci, jejího vlivu na životy zúčastněných a také oblast řešení problému očima partnerů a otců dívek, ale zároveň nabízí pohled samotné ženy potýkající se s PPP.

Zjištění pramení z analýzy kvalitativních dat, které jsem získala prostřednictvím rozhovorů s postiženými páry PPP, které tvořily nemocná dívka a její partner či otec.

Odpovědi respondentů byly následně rozděleny do jednotlivých oblastí, které mapují teoretickou informovanost o nemoci před vznikem problému, způsob odhalení nemoci partnerem či otcem, ale také přijetí PPP jako problému samotnou dívkou, vnímání vlivu nemoci na život, na vztahy s blízkými osobami a na zdraví, dále pak oblast léčby, řešení a poskytování či přijímání pomoci vždy z obou perspektiv – pečující osoby a nemocné.

Domnívám se a doufám, že zjištěné skutečnosti by mohly být přínosem pro osoby, které se s těmito obtížemi potýkají. Pečujícím mužům by mohly přinést informace o nemoci, o její složitosti, vývoji a o tom, jakou oni sami v tomto procesu hrají roli. Nemocným ženám by navíc mohly přiblížit pocity a prožitky pečujících, na něž zpravidla není soustředěna pozornost okolí a ani samotná nemocná si neuvědomuje těžkost jejich situace.

Abstract

In my BA thesis, I have focused on the issue of eating disorder, effects it has on affected women's lives but also on lives of those who care for them, particularly their male counterparts - partners and fathers. In the theoretical part of this thesis, using domestic and foreign literary sources, I have tried to provide insight into the problem and also to portray feelings and experience of those who care for the affected ones as they are described by reputable experts. In order to obtain some practical experience in the issue and to better understand ED stricken women and those who are close to them, I visited support groups led by specialists several times. The practical part of my thesis investigates feelings, needs, awareness of the problem and its impact on lives of those who are involved and also reflects men's view of the problem and presents a picture of the situation through the eyes of an affected woman.

All findings are based on analysis of qualitative data I have collected by interviewing couples consisting of a woman suffering from ED and her partner or father.

Respondents' answers were then classified into separate areas which map their theoretical knowledge of the illness before the problem occurs, ways to detect it by the partner or father but also accepting the problem by the affected woman herself, her awareness of the illness and its impact on her life, relationships with her relatives and friends and on health, another area includes therapy, providing and receiving help, always from both perspectives (the affected woman and her partner or father).

I trust that these findings will contribute to those who are facing this problem. They might provide men with information on the illness, its complexity, development and the role they play in the whole process. The affected women might also get the idea of feelings of those who care for them and who are usually not the centre of attention. These women are not often fully aware of the difficulty of their partners' situation.

OBSAH:

1. Teoretická část

1.1	Úvod	8	
1.2	Historické kořeny	8	
1.2.1	Mentální anorexie		9
1.2.2	Mentální bulimie		10
1.3	Poruchy příjmu potravy	10	
1.3.1	Diagnostický systém MKN – 10		11
1.3.1.1	Mentální anorexie (F 50.0)		12
1.3.1.2	Mentální bulimie (F 50.2)		14
1.3.1.3	Záchvatovité (nutkavé) přejídání		16
1.3.1.4	Shrnutí – srovnání jednotlivých typů PPP		17
1.3.2	Příčiny vzniku PPP		18
1.3.2.1	Sociální a kulturní faktory		18
1.3.2.2	Biologické faktory		19
1.3.2.3	Psychologické faktory		19
1.3.3	Možnosti léčby poruch příjmu potravy		20
1.3.3.1	Léčba podle typu instituce (ambulantní lékařská péče, hospitalizace, svépomoc)		22
1.3.3.2	Léčba podle typu léčebného přístupu (rodinná terapie, KBT, IPT)		26
1.3.3.3	Některé další přístupy k léčbě poruch příjmu potravy		27
1.3.4	Prevence poruch příjmu potravy		28
1.4	Poruchy příjmu potravy a vliv na nejbližší okolí	29	
1.4.1	Partner versus PPP		31
1.4.2	Otec versus PPP		32
1.5	Problematika osob pečujících o osoby trpící PPP	34	
1.5.1	Teoretické studie zabývající se PPP a přístupem partnerů		35
1.5.2	Teoretické studie zabývající se přístupem rodičů (otce) k PPP		39

2. Praktická část

2.1	Úvod	44	
2.2	Výzkumné otázky	45	
2.3	Výzkumná strategie a techniky sběru dat	45	
2.4	Výběr a popis vzorku	46	
2.5	Kontakt s respondenty	48	
2.6	Zpracování získaných dat	50	
2.7	Analýza a interpretace získaných informací	50	
2.7.1	Informovanost respondentů o nemoci		51
2.7.2	Původní rodina dívek a žen trpících PPP		53
2.7.3	Seznámení se s poruchami příjmu potravy u blízké osoby očima muže		55
2.7.4	Příčiny vlastního onemocnění očima dívek a žen		57
2.7.5	Reakce, pocity a vnímání problému		59
2.7.6	Reakce nejbližších na poruchy příjmu potravy očima nemocných žen		61
2.7.7	Vztah s partnerkou/dcerou očima muže		62
2.7.8	Zdroje informací, hledání „řešení“ a vliv nemoci na způsob života blízkých		65
2.7.9	Vyléčení a vliv na život okolí z pohledu mužů		67
2.7.10	Vztah s partnerem/otcem		69
2.7.11	Život dívek a žen trpících PPP		70

2.7.12	Léčba a řešení nemoci z pozice žen trpících PPP	71
2.7.13	Doporučení mužů	75
2.8	Závěry – shrnutí	76
2.9	Diskuze k provedenému výzkumu	82
	Seznam přečtené a citované literatury	86
	Přílohy	89
	Příloha č.1 – polostrukturované rozhovory	89
	Příloha č.1 – a) Rozhovor s dívkou trpící PPP	89
	b) Rozhovor s otcem nemocné dívky	92
	c) Rozhovor s partnerem ženy trpící PPP	94
	Příloha č.2 – Seznam grafů použitých v praktické části	96

1. Teoretická část

1.1 Úvod

Poruchy příjmu potravy¹ v současné době představují mediálně sledovanou oblast psychických poruch, které působí dlouhodobé problémy nejen samotným nemocným jedincům, ale i jejich blízkému okolí. S tímto onemocněním se převážně potýkají mladé ženy a dívky, přičemž tento problém zasahuje do životů rodičů, partnerů, přátel, kteří sami nemocí netrpí, ovšem velmi intenzivně se potýkají s důsledky onemocnění a zároveň mohou sehrát důležitou roli při vzniku, udržování a léčbě nemoci. Ve své práci bych chtěla věnovat pozornost partnerům a otcům nemocných dívek, kteří bývají většinou spíše přehlíženi a jejich vnímání PPP propojit s pohledem nemocné dívky či ženy.

1.2 Historické kořeny²

Ačkoli někteří odborníci považují poruchy příjmu potravy za civilizační choroby, jejich výskyt byl zaznamenán a popsán již Hippokratem v 5. století před naším letopočtem. Největší množství případů tohoto onemocnění se ovšem vyskytuje až v druhé polovině 20. století.

V řadě předmoderních společností v minulosti byl ideál ženské krásy spojován se zakulacenou, plnou postavou, která odrážela ženino zdraví a plodnost. Naproti tomu štíhlost a vyhublost byla považována za znak chudoby a nedostatku. Ještě v poměrně nedávné historii, v 17. a 18. století v Evropě, byla ideálem krásy zaokrouhlená postava ženy, což nám mimo jiné ukazuje řada významných výtvarných děl této doby. Až koncem 19. století se setkáváme s idealizací a vyzdvižením štíhlosti.³

Ideál krásy byl v různých etapách historického vývoje rozmanitý, což je patrné například v období gotiky, kdy byly zpodobňovány především ženy vyzáblé, oproti tomu v renesanci a baroku byl ideál ženy mnohem silnější. Tyto změny ve spojitosti s ideálem ženské

¹ PPP = poruchy příjmu potravy. Dále jen PPP.

² Deth, R. – Vandereycken, W. Historie poruch příjmu potravy. in Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s. 24-32.

³ Giddens, A.: Sociologie. Argo. 1999. s.136

krásy byly dány dlouhodobým společenským vývojem. Představa krásné ženy zeštíhluje spolu s procesem modernizace a individualizace společnosti. V dřívějších dobách byla ceněna především plnější postava dívek, neboť tehdy byla krása synonymem pro zdraví, navíc vdané ženy procházely neustálým koloběhem porodů a ve vyšších kruzích byl nežádoucí jakýkoli tělesný pohyb. Takové pojetí bylo předpokladem pro plnější postavu. Ovšem postupný vývoj společnosti byl podnětem pro sebedisciplinaci – sebekontrolu. Tak jako v minulosti byla hubenost spojována s nedostatkem a silnější postava naopak s blahobytem a přepychem, nyní se tento vzorec zcela proměňuje. Postava odpovídá společenskému postavení a také schopnostem či vlastnostem, štíhlost se postupně jeví jako výraz sebekontroly v bohaté moderní společnosti. Proměna estetického ideálu dále souvisí s intenzivnějším zapojením žen do pracovního procesu, přičemž jejich postavu přestávají svazovat nepohodlné šaty. Jejich těla jsou „osvobozena“ a otevírá se prostor pro zeštíhlení ženského ideálu.⁴ Právě tato změna představ o ženském těle a jeho kráse v moderní společnosti je důležitým původcem poruch příjmu potravy, neboť ideál krásy je čím dál tím hubenější, a proto je zpravidla nedosažitelný a nepřirozený.

V průběhu staletí se můžeme setkat s velmi rozmanitými formami nepřiměřeného zacházení s jídlem, ovšem ne vždy byly přesně specifikovány a definovány, proto se soustředím pouze na podrobnější historii poruch nejaktuálnějších.

1.2.1 Mentální anorexie

Odmítání jídla bylo v dřívějších dobách součástí různých asketických praktik, bylo považováno za příznak somatických a psychických poruch a syndromů, ale nebylo spojováno s patologickými jevy. V období pozdního středověku se setkáváme s „postícemi se světicemi“, jejichž odmítání jídla bylo spojováno s nadpřirozenými silami, nebo také se „zázračnými pannami“, u nichž se hovořilo o zázraku umožněnému díky božímu přičinění. Až v průběhu devatenáctého století začali lékaři odmítání jídla považovat za známku nemoci a veřejnost považovala tento jev za známku hysterie a snahy o zviditelnění.

Název anorexia nervosa značí, že nemoc pramení z neurotické ztráty chuti k jídlu.

⁴ <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/16-ideal-krasy/219-historie-krasy-jak-se-vyvijel-fyzicky-ideal>> [staženo dne 3.4.2009].

Významné osobnosti medicíny, jako například Hippokrates a Galén, chápou anorexii jako absenci chuti k jídlu, která je zapříčiněna špatnými tělesnými tekutinami. Až do počátku moderní doby byla anorexie spojována s žaludečními potížemi a důraz byl kladen na somatické příčiny poruchy.

S pojmem „nervové anorexie“ se setkáváme až ve Francii roku 1840, kdy Fleury Imbert popisuje typ anorexie, která je vyvolána tím, že mozek pacientů nevysílá signál chuti k jídlu a tato porucha je doprovázena „změnou naladění“ způsobující melancholii a úzkost.

Termín anorexia nervosa se vžil až roku 1874 ve spojitosti s britským lékařem Williamem Gullem, ovšem stále je porucha chybně spojována se ztrátou chuti k jídlu. První skutečně nesporné případy mentální anorexie byly popsány W.S.Chipleym roku 1859 v Kentucky, přičemž on sám popisuje tzv.sitiománii (chorobné nechutenství) a dále pak problém zachycuje francouzský lékař Louis – Victor Marcé ve svém článku o „hypochondrickém deliriu“. Oba zaznamenali charakteristické znaky jako značný váhový úbytek, amenoreu, zácpu, neklid a nepřítomnost známek organické patologie. Ovšem v této době neměly jejich pozorování přílišnou odezvu. Až ve čtyřicátých letech dvacátého století je mentální anorexie považována za duševní poruchu a o dvacet let později se stává „moderní“ a „záhadnou“ poruchou.

1.2.2 Mentální bulimie

Kořeny mentální bulimie chápané jako chorobný hlad jsou patrné již v díle řeckého básníka Timokla ve 4. století před naším letopočtem. V průběhu vývoje bylo rozlišováno až sedm druhů bulimie, ale ještě ve dvacátém století byla považována za projev špatného zažívání. Bulimie byla dávána do souvislosti s jinými chorobami, jako například s mánií, chlorózou, hysterií, a také byla popisována ve spojitosti s anorexií. Až v roce 1979 britský psychiatr Gerald Russell používá termínu bulimia nervosa ve smyslu dnešní diagnózy.

1.3 Poruchy příjmu potravy

Mezi poruchy příjmu potravy řadíme zejména mentální anorexii (anorexia nervosa) a bulimii (bulimia nervosa). Dále sem patří i další poruchy, které se v anglické literatuře označují zkratkou EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified). Velmi výrazné místo

této skupiny představuje onemocnění charakterizované impulzivními záchvaty přejídání BED (Binge Eating Disorder).⁵ Anorexie a bulimie nejčastěji postihují dospívající mladé dívky. Obě onemocnění představují výrazné ohrožení zdraví a života postižených, zhoršují kvalitu života nemocných a jejich léčba je bohužel často neúspěšná.

Poruchy příjmu potravy souhrnně označují poměrně rozsáhlou oblast patologických způsobů zacházení s jídlem, s čímž jsou poté následně spojeny změny osobnosti i vztahů takto nemocného jedince. Onemocnění působí dlouhodobé problémy nejen samotným jedincům, ale i jejich blízkému okolí. Jedná se o nemoci s chronickým průběhem, jejichž obrovské nebezpečí spočívá také v tom, že začínají nenápadně a bez jakéhokoliv varování. Poruchy příjmu potravy jsou proto tak nebezpečné, že nedovolují svým obětem někomu o jejich problému říci, komukoli se svěřit, a zpravidla ani přijímat nabízenou pomoc.

Ovšem je důležité si uvědomit, že tato problematika zasahuje především ekonomicky rozvinuté země světa, kde lidé postupně zvyšují svou tělesnou hmotnost, přičemž představa ideální krásy neustále hubne a zeštíhluje. Jinak je tomu v oblastech, kde je hlad nedobrovolný a život ohrožující a kde není nadváha tak intenzivně spojována s estetickou vadou a mravním selháním.

Obecně lze říci, že poruchou příjmu potravy se rozumí situace, kdy jedinec prostřednictvím jídla „řeší“ své emocionální problémy. „V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů.“⁶

1.3.1 Diagnostický systém MKN - 10

Poruchy příjmu potravy (F 50) jsou řazeny do skupiny behaviorálních syndromů spojených s fyziologickými poruchami a somatickými faktory.⁷

F 50.0 Mentální anorexie

F 50.1 Atypická mentální anorexie

⁵ <<http://www.sportvital.cz/cz/k1.167.210-poruchy-prijmu-potravy/c1022-poruchy-prijmu-potravy>>. [citováno dne 5.3.2009].

⁶ Maloney, M., Kranzová, R.: O poruchách příjmu potravy. Praha. Nakladatelství Lidové noviny. 1997. s.7

⁷ Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251 s.

F 50.2 Mentální bulimie

F 50.3 Atypická mentální bulimie

F 50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami

F 50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami

F 50.8 Jiné poruchy příjmu jídla

F 50.9 Porucha příjmu jídla nespecifikovaná

Pro úplnost dále uvádím podrobnější informace o nejčastějších poruchách příjmu potravy – mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovitým přejídání.

1.3.1.1 Mentální anorexie (F 50.0)

Diagnostická kritéria podle MKN – 10⁸

A) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod váhou předpokládanou (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo), nebo Body Mass Index činí 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný hmotnostní přírůstek.

B) Snížení váhy si nemocný způsobuje sám tím, že se vyhýbá jídlům „po kterých se tloustne“, že užívá jeden nebo několik následujících prostředků: vyprovokované zvracení, vyprovokovaná defekace (pomocí laxativ), užívání anorektik (tj. látek potlačujících chuť k jídlu) a diuretik (tj. látek zvyšujících tvorbu a vylučování moči), nadměrné cvičení.

C) Charakteristická je specifická psychopatologie, stále přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové váhy).

D) Rozsáhlá endokrinní porucha, projevující se u ženy jako amenorea (vynechávání menstruace), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence. Zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu, nejčastěji ve formě antikoncepčních tabletek. Mohou se také vyskytnout zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu.

E) Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou pubertální projevy opožděny nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, u dívek se nevyvíjí poprsí a dochází u nich k

⁸ Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999, s.14

primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie). Po uzdravení dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarché je opožděna.

Podle DSM – IV⁹ jsou dále rozlišeny specifické typy mentální anorexie:

- 1 Nebulimický (restriktivní) typ – během epizody mentální anorexie u pacienta nedochází k opakovaným záchvatům přejídání.
- 2 Bulimický (purgativní) typ - během epizody mentální anorexie u pacienta dochází k opakovaným záchvatům přejídání.

Latinský název *anorexia nervosa* je odvozen z řeckého *an* – zbavení, nedostatek; *orexis* – chuť je duševní nemoc spočívající v odmítání potravy a zkreslené představě o svém těle. Lidé trpící touto poruchou si nikdy nebudou připadat dostatečně štíhlí. František David Krch podotýká, že nechutenství nemusí být charakteristickým znakem anorektiček, je spíše druhotným důsledkem hladovění. Někteří pacienti naopak vykazují zvýšenou pozornost věnovanou jídlu - dívky sbírají recepty, rády ochotně vaří pro ostatní, ale nic z toho samy nesní.

Mentální anorexie patří mezi psychogenní poruchy příjmu potravy, pro níž je charakteristické neuvědomování si chorobného stavu. Vyskytuje se nejčastěji ve věku od 12 – 18 let, dívky jsou zpravidla velmi inteligentní, úspěšné a hezké, jsou prototypem „vzorného dítěte“. Za spouštěč nemoci bývá často označena konkrétní událost (například ztráta partnera, úmrtí) či nepříjemný zážitek (nadávky ve škole, oslovení typu „cvalíku“, „buřte“, apod.), ovšem na vzniku poruchy se podílí řada faktorů – například rodinné problémy, stres, ideál krásy předkládaný médií, nízké sebevědomí a sebehodnocení, vzrůst hmotnosti, apod.

U pacientek trpících mentální anorexií fobie ze ztloustnutí nikdy neodezní, je neustále přítomna i při hodně výrazném snížení váhy. Pocit uspokojení se nedostavuje, neboť pacientka není nikdy spokojena. Až neuvěřitelná je aktivita a čilost, která je pro tyto pacientky typická. Některé dokáží navštěvovat hodiny cvičení 7x týdně, uběhnout každý den deset kilometrů či hodiny posilovat, a to i přes to, že jejich energetický příjem se rovná téměř nule.

Pro anorektické pacienty je dále příznačné, že se často straní svému okolí. Jejich mysl

⁹ Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999, s.15

se zaobírá jen jídlem, myšlenkami na něj, cvičením a už jim nezbyvá energie na cokoli jiného. Vzdávají se požitků, což považují za nutné, aby dosáhly cíle a nadřazeného postavení. Kdokoli se snaží je přimět k jídlu, je nepřitelem a zrádcem, někým, kdo jim závidí a nepřeje jim jejich úspěch. Bohužel jsou následky způsobené mentální anorexií tak závažné, že mohou a často i vedou ke kolapsu organismu nebo dokonce k úmrtí.

Mezi nejčastější zdravotní následky mentální anorexie patří: závratě, poruchy koncentrace, podrážděnost, nespavost, deprese, nehojící se infekce, nízký tlak, nepravidelný srdeční tep, selhání srdce, selhání ledvin, dehydratace, snížená teplota a odolnost vůči chladu, suché, lámavé vlasy,¹⁰ ... ačkoli jsou tyto komplikace velmi vážné, samy anorektičky se cítí krásnější a spokojenější než dříve.

1.3.1.2 Mentální bulimie (F 50.2)

Diagnostická kritéria podle MKN – 10¹¹

A) Opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), při nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla.

B) Neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost).

C) Snaha potlačit „výkrmný“ účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokované zvracení, zneužívání projímadel, střídavá období hladovění, užívání léků typu anorektik, thyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetici se mohou snažit vynechávat léčbu inzulínem.

D) Pocit přílišné tloušťky spojený s neodbytnou obavou z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost). Často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle.

¹⁰ Maloney, M., Kranzová, R.: O poruchách příjmu potravy. Praha. Nakladatelství Lidové noviny. 1997. s. 65-66

¹¹ Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999, s. 17

Podle DSM – IV¹² jsou dále rozlišeny specifické typy mentální bulimie:

- 1 Purgativní typ – provádí pravidelné zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika.
- 2 Nepurgativní typ – používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody.

Bulimia nervosa – název pochází od slova *bulimis*, což v přesném překladu znamená „býčí hlad“, *limos* - hlad, *bous* – býk, kráva. Toto onemocnění se pojí s opakujícími se záchvaty přejídání, přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti a následným pročišťováním pomocí vyvolaného zvracení, užívání projímadel a diuretik.

Anorexii je v médiích věnována větší pozornost, a to hlavně z důvodu dramatického a životu nebezpečného průběhu, ale mentální bulimie je ještě rozšířenější poruchou. I tato porucha se vyskytuje převážně u ženského pohlaví, ovšem zpravidla ve vyšším věku než u anorexie. Zpravidla počátek mentální bulimie spadá do věku 18 – 24 let. Dívky bývají obvykle velmi úspěšné v práci, ve škole i společensky. Rodiny bulimiček obvykle kladou velký důraz na vnější dojem, vzhled a výkon, od svých dcer očekávají krásu i úspěšnost. Tato nemoc „není vidět“ tak jako v případě mentální anorexie, kdy pacientky vyhubnou na kost. Bulimičky vypadají fyzicky normálně, zdaleka nebývají vychrtlé.

Bulimičky mívají uvolněné stravovací návyky, vlny přejídání se jsou střídány držením striktních diet. Zpočátku se pacientky přejídají spíše příležitostně, ale postupně dojde k výraznému zintenzivnění a dochází k několika záchvatům přejedení a následného pročišťování denně. Tento cyklus je spojen s nekončící bitvou o získání kontroly. Když se nemocná přejídá, dochází ke ztrátě kontroly a opět ji získává ve fázi pročišťování. Záchvat přejedení se je únikem před problémy, úzkostí a strachem, v jeho průběhu člověk nemyslí na nic jiného než na jídlo, které poskytuje pocit klidu, potěšení a uspokojení. V rámci takového záchvatu dokáže bulimička sníst několik chodů, často střídá sladká a slaná jídla, jídla kalorická a „zakázaná“, přičemž dokáže pozřít několik tisíc kalorií. Tento návyk je náročný jak psychicky (nemocný svůj problém přísně tají před okolím), fyzicky (kolotoč přejídání se, zvracení a pročišťování), tak i finančně, neboť jídelní orgie stojí nemalé částky.

Ačkoli si žena uvědomuje, že zvracení není součástí normálního života, bulimička

¹² Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999, s. 17-18

svůj problém vnímá spíše jako osobní selhání, což je důvodem, proč jí poměrně dlouho trvá, než vyhledá odbornou pomoc. Po samotném záchvatu přejedení se se dostavuje pocit znechucení, viny a prohry.

Součástí pročišťování bývá často užívání projímadel, ale ta nemohou zabránit růstu váhy, neboť v době, kdy začnou působit, je již potrava tělem zpracována a dochází ke vstřebání živin. Projímadla a diuretika tak způsobují spíše odvodnění těla a narušují normální činnost střev.

K rozpoznání bulimie mohou přispět následující příznaky: nemocná má neustálý strach z tloušťky, ačkoli se její váha pohybuje v optimálním rozmezí s mírnými odchylkami, často mívá oteklé slinné žlázy, bolesti, trpí závratěmi a ve větší míře se jí kazí zuby. Na své okolí bývá často podrážděná, má sklon k sebetřednosti, vzrůstá její zájem o vlastní osobu a problémy, její nálada je pokleslá a depresivní. Postupně se snižuje zájem o vše, co se netýká jídla.

V případě mentální bulimie nemá opakované zvracení za následek jen „potlačení“ účinků jídla, organismus je pod velkým tlakem a dochází k velmi negativním účinkům na zdraví. Mezi zdravotní následky patří: únava, bolest v krku, zvrhedovatěný jícen, kazivost zubů, poruchy srdeční činnosti, záněty slinných žláz, suchá pleť, kožní vyrážky, dehydratace, zácpa, zadržování vody, nerovnováha elektrolytu, bolesti v břiše.¹³ V extrémním případě může dojít i k protržení žaludku vlivem konzumace obrovského množství potravin. Cena za udržování hmotnosti je i v tomto případě velmi vysoká.

1.3.1.3 Záchvatovitě (nutkavé) přejídání

Jde o poruchu, při níž člověk pozře velký objem potravin během krátké doby, ačkoli právě nemá přímo hlad. V takovém případě se nejedná o pouhé doplnění živin, ale podobně jako u bulimie dochází prostřednictvím takového záchvatu k uvolnění emocí. Nemocný obvykle nepocítuje přílišné potěšení z jídla, je spíše veden úzkostí, strachem, hněvem, a následně se cítí zahanbeně a provinile. Skutečnost, že se nedokáže ovládat, je chápána jako ztráta sebekontroly a je zdrojem pocitu méněcennosti. Zpravidla se týká žen, které tvoří 85 % postižených.

¹³ Maloney, M., Kranzová, R.: O poruchách příjmu potravy. Praha. Nakladatelství Lidové noviny. 1997. s. 92 - 93

Člověk trpící záchvatovitým přejídáním často tajně nakupuje a konzumuje jídlo, je zastáncem přísné diety, ale zůstává silnější nebo obézní, pokračuje v konzumaci velkých porcí, i když je plný a prostřednictvím jídla reaguje na špatné či dobré zprávy, jí, když se nudí, je nervózní a celý den si organizuje podle jídla. Podobně jako u mentální anorexie a mentální bulimie se permanentně obává, že bude tlustý.

I záchvatovité přejídání se pojí nejen s obecnými důsledky obezity (například problémy se srdcem, krevním oběhem, tlakem, náchylnost k mozkové mrtvici a infarktu myokardu, zhoršená pohyblivost,...), ale především s větší pravděpodobností vyústění do mentální anorexie či mentální bulimie a také s psychologickými problémy – úzkost, deprese a nízké sebevědomí.¹⁴

1.3.1.4 Shrnutí – srovnání jednotlivých typů PPP

Ačkoli se jednotlivé poruchy mohou na první pohled zdát zcela odlišné, mentální anorexii i mentální bulimii spojuje neustále přítomný strach ze zvýšení váhy, tloušťky a přílišná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu, tělesné hmotnosti a tělesným proporcím. Život člověka trpícího jednou z těchto poruch se doslova „točí“ pouze kolem jídla, toho jak daný jedinec vypadá a kolem neustálé snahy snížit svou tělesnou hmotnost, nebo alespoň svou váhu udržet a dále nezvyšovat. Jídlo přestává být pouhou součástí života a zdrojem základních živin a proměňuje se ve „středobod“ existence nemocného jedince. Celková nálada a spokojenost jedince se pak odvíjí pouze od toho, zda se mu daří úspěšně dodržovat dietní pravidla a zda se váha přibližuje stanovenému ideálu.

Odlišnost mezi anorexií a bulimií tkví v rozdílném zacházení s jídlem. Jedinec trpící mentální anorexií nemůže nebo nechce přijímat potraviny. Přes počáteční vynechávání některých potravin a jídel se postižený postupně dopracuje do stavu, kdy konzumuje pouze nízkokalorické a zdravé potraviny v minimálním množství. Toto drastické omezování se v jídle a zdraví ohrožující hladovění vede k radikálnímu snížení hmotnosti ve velmi krátkém časovém úseku, které pak způsobuje závažné zdravotní somatické i psychické komplikace v důsledku podvýživy. Naproti tomu jedinci postižení mentální bulimií se snaží přísně dodržovat omezený příjem potravy, drží rozmanité diety, až nakonec jejich tělo nezvládne

¹⁴ Maloney, M., Kranzová, R.: O poruchách příjmu potravy. Praha. Nakladatelství Lidové noviny. 1997. s. 43-44

hladovění a přísné omezování konzumace potravin a uchýlí se k zoufalému záchvatu přejedení, v jehož rámci zkonzumuje obrovské množství jídla najednou. Po tomto „nezvládnutí situace přichází na řadu zvracení nebo užití projímadel. I mentální bulimie, podobně jako mentální anorexie, způsobuje řadu tělesných a psychických komplikací a obtíží.

Další zásadní rozdíl mezi mentální anorexií a mentální bulimií představuje tělesná hmotnost jedince. Anorexie vede k značnému úbytku váhy, a to zpravidla výrazně pod hranici normální tělesné hmotnosti, takže je tento problém poměrně rychle pozorovatelný navenek. Bulimie se vyskytuje u jedinců, kteří mají na první pohled optimální váhu, nebo jsou dokonce mírně „oplácaní“, v čemž ovšem spočívá její nebezpečí – jedná se o problém, o kterém dlouhou dobu nikdo nemusí vědět, kterého si nikdo nevšimne, pokud si to nemocný sám nepřije.

V mnoha případech ovšem dochází k prolínání obou nemocí. Člověk, který zpočátku trpěl mentální anorexií, po určité době ztratí kontrolu nad jídlem a hladověním a přejí se, což v něm vyvolá nepříjemné pocity a výčitky svědomí, vedoucí k různým pročišťujícím opatřením – zvracení, užívání projímadel.

1.3.2 Příčiny vzniku PPP

Většina odborníků se dnes shoduje na tom, že nelze označit konkrétní „příčinu“, která by byla zodpovědná za vznik nemoci. Na vzniku poruch příjmu potravy se podílí celá řada příčin a faktorů, přičemž tato onemocnění jsou bio – psycho – sociálně podmíněná.

1.3.2.1 Sociální a kulturní faktory

Za jednu z možných příčin vzniku poruchy příjmu potravy je považována rychle se měnící kultura, která klade velký důraz na velmi štíhlou až vyhublou postavu, přičemž výrazným kulturním fenoménem je předpojatost vůči obézním lidem, zejména ženám. Módní ideál a média propagují názor, že lidská hodnota se odvozuje od toho, zda je člověk štíhlý. Představa krásy a úspěšnosti je spojena s čím dál hubenějšími modelkami, jejichž vizáž je předkládána jako „norma“. Jakákoli odchylka je zdrojem poklesu sebevědomí a pocitu selhání.

1.3.2.2 Biologické faktory

Rizikovým faktorem pro vznik některé z poruch příjmu potravy je v první řadě ženské pohlaví. Nejdramatičtější bývá období puberty, kdy se postava dívky zaobluje, získává „ženštější tvary“ - boky, prsa, jejichž zakulacování nezapadá do schématu ideálu ženské krásy, neodpovídá představě „štíhlé“ postavy. Chlapec se naproti tomu přibližuje maskulinnímu ideálu krásy, který je spojován se svalnatým tělem. Dívky se často snaží omezovat v jídle, aby nepřibíraly, ale jejich snaha je ztěžována v období před a v průběhu menstruace, v důsledku rozkolísání hladiny hormonů, vliv hraje i užívání hormonální antikoncepce. Rizikové faktory se hromadí především v období puberty a dospívání.

1.3.2.3 Psychologické faktory

Podle názoru F.D.Krcha¹⁵ mohou být se vznikem a následným rozvojem PPP spojeny určité osobnostní rysy, některé afektivní a kognitivní poruchy. Anorexii spojuje zejména s úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhybavým chováním, perfekcionizmem a obsedantními rysy. Mentální bulimii pak zmiňuje ve spojitosti s emoční labilitou, nezdrženlivostí, impulzivitou, hraniční osobností a depresivní náladou.

Na pomezí jednotlivých skupin faktorů stojí původní rodina nemocné dívky a její případný vliv na vznik a rozvoj PPP. Podle názoru Dr. F. D. Krcha se ukazuje, že nelze definovat typickou „anorektickou“ nebo „bulimickou“ rodinu. Problém nelze takto „zjednodušit“ a označit viníka. Ale i tak F. D. Krch podotýká, že je možné v rodinách nemocných sledovat časté diety, nebo naopak obezitu, nevhodné stravovací návyky, posedlost zdravou výživou či také problémy s alkoholizmem a depresemi.¹⁶

Podle Maloneyho a Kranzové anorektičky pocházejí z dokonalých a příkladných rodin, které na své dcery kladou vysoké nároky a případný neúspěch je nepřípustný. Podobně je tomu u rodin bulimiček, ty navíc obvykle kladou velký důraz na vnější dojem, vzhled a výkon, od svých dcer očekávají krásu i úspěšnost.

¹⁵ <http://www.linda-linie.cz/cps/rde/xbcr/zc/PSY2005_01_03.pdf>, [staženo dne 18.5.2009]

¹⁶ <http://www.idealni.cz/mentalni-anorexie-a-bulimie_clanek_show.asp?id=19>. [staženo dne 20.3.2009]

Podle Zdeny Štichové¹⁷ je možné v původních rodinách dívek s poruchou příjmu potravy nalézt některé společné znaky:

- jednotliví členové rodin až příliš ochraňují a pečují o sebe navzájem, přičemž často přehlížejí osobní hranice,
- dále se jedná o rodiny izolované, uzavřené, rigidní, nerespektující nutné vývojové změny v rodině (neustálé nahlížení na dceru či syna jako na „dítě“, i přes skutečnost, že už jsou dospělými osobami),
- často mají problém s vyjadřováním emocí, kvůli čemuž dochází k jejich potlačování a neřešení konfliktů,
- matky bývají hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte, často se samy potýkají s poruchou příjmu potravy, otcové jsou spíše „nevýznamní“ a „vzdálení“.

Problematikou rodinné terapie se dále zabývá Ludmila Trapková a Vladislav Chvála¹⁸, kteří chápou rodinu jako určitý ohraničený prostor, přičemž prostupnost svých hranic si každá rodina určuje sama. Autoři popisují vývoj celého rodinného systému v období dospívání dětí, přičemž za zásadní považují uvolňování dítěte z rodiny ve třech vývojových stádiích. Základ jejich úvah tvoří členové rodiny - matka, dcera a otec. Období separace dcery od rodiny nazývají „sociálním porodem“, který závisí na třech stádiích: sblížení s matkou a separaci od ní, sblížení s otcem a separaci od něho a konečně definitivní odpoutání dospívající dcery z rodiny. *Anorektickou stagnací* označují stav vztahů jednotlivých členů rodiny, kdy se pohyb v průběhu prvního stádia zastaví a nepokračuje. *Bulimickou stagnaci* pak spojují se zastavením pohybu osamostatnění ve vztahu dcery k otci. V důsledku těchto stagnací pak mohou vznikat poruchy příjmu potravy.

1.3.3 Možnosti léčby poruch příjmu potravy¹⁹

Vzhledem k závažnosti onemocnění se v současné době prosazuje celá řada léčebných

¹⁷ Štichová Zdena: Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy. Krizová Intervence. Praha. Portál.2002. s 451-452

¹⁸ Trapková L., Chvála V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha. Portál.2004

¹⁹ Garner, D.M.: Přehled léčby poruch příjmu potravy, in. Kreh, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999, s. 127-137

postupů. Aby mohla být léčba účinná, je zapotřebí k ní přistupovat celkově – tedy snažit se odstranit jak psychické tak somatické aspekty. Vedle řešení fyzických problémů je třeba zahrnout i psychoterapii, která zpravidla zabere několik měsíců, ale je předpokladem pro dosažení úspěchů.

I když mohou být následky poruch příjmu potravy velmi závažné, je někdy velmi těžké nemocného o nutnosti léčby přesvědčit. Zejména v případě mentální anorexie problém spočívá v tom, že postižený jedinec nepovažuje svůj problematický vztah k jídlu za nemoc, mnohdy chápe své jednání za zdroj nadřazenosti a pochvaly ohledně změny svého vzhledu považuje za důkaz úspěchu a správnosti svého chování. V případě mentální bulimie a záchvatovitého přejídání je přístup k léčbě znesnadněn skutečností, že jedinec své jednání považuje za selhání, stydí se za ně. V obou případech bývá léčba postiženým odmítána také proto, že se jedinec bojí, aby neztloustl. Prvním a důležitým krokem vpřed je uvědomění si toho, že problém vůbec existuje a že poruchy příjmu potravy lze úspěšně léčit, i když je léčba poměrně náročná a trvá dlouho. Čím dříve se začne nemoc řešit, tím se zvyšuje pravděpodobnost úspěšnosti léčby.

Možným důvodem k léčbě bývá skutečnost, že toto onemocnění výrazným způsobem snižuje kvalitu života, omezuje zájmy, studium, kariéru a vnáší do života beznaděj a utrpení. Motivací k léčbě jsou také tělesné důsledky jako například ztráta menstruace, padání vlasů, větší kazivost zubů, zažívací potíže, bušení srdce, problémy s termoregulací, přičemž včasná léčba může odvrátit vážné problémy se zažíváním, srdeční vady či neplodnost. Vliv také hrají konflikty a zhoršující se stav vztahů, ať už s partnerem, rodiči, sourozenci. Počátek léčby může být okolím vnímán jako náznak, že bolest spojená s poruchami příjmu potravy nemusí mít trvalý charakter.

Nejlepší cestou je vyhledat odborníka, který se poruchami příjmu potravy a jejich léčbou zabývá. Kontakt na odborníka a přehled o dostupné péči mohou poskytnout linky důvěry a krizová centra, na která se můžeme telefonicky obrátit nebo je navštívit osobně. Pacient by se měl snažit vyhledat odborníka v blízkosti svého bydliště, neboť je v průběhu terapie nutné jej pravidelně navštěvovat. Jistou překážku mohou představovat také finanční aspekty léčby, většina odborníků požaduje za svou pomoc 500 – 600 Kč za jednu návštěvu, což představuje jistou zátěž. Bohužel jejich služby zpravidla nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

Je důležité si uvědomit, že je možné volit mezi celou řadou léčebných přístupů – od hospitalizace v nemocnici, přes svépomocné skupiny, příručky, až k homeopatii a jiným alternativním řešením, ale neexistuje léčba, která by proběhla rychle a bez aktivní spoluúčasti pacienta. Sám nemocný se musí rozhodnout svou nemoc řešit (předpokladem je přiznání si problému), vyhledat odborníka a sám musí být odhodlán se léčit. Každý den bude muset nemocný překonávat své návyky a postavit se svému strachu.

Člověk, který se potýká s poruchou příjmu potravy, bude muset problém řešit hned na několika úrovních, neboť se nejedná jen o „jídelní problém“- řešení zahrnuje změnu postoje vůči jídlu, změnu stravovacích návyků, ale také odhalení emocionálních problémů, které poruchu příjmu potravy vyvolávají, často i změnu vztahu vůči svým rodičům, partnerovi, přátelům.

Účinnou terapií je možné fyzické i psychické obtíže způsobené poruchami příjmu potravy potlačit. Předpokladem je znovuzískání kontroly nad jídlem, které se nutně pojí s přiměřeným stravovacím režimem a ustálením optimální váhy. Díky tomu pak u nemocného ustupují negativní emoce, napětí, podrážděnost, deprese a egocentrismus a postupně dochází k obnovení dřívějších zájmů. Je důležité se připravit na skutečnost, že pro vyléčení se z mentální anorexie či mentální bulimie je nutné změnit složité chování a postoje, což může být mnohdy provázeno nepříjemnými změnami. Pacient by měl postupovat od konkrétních a srozumitelných kroků a být připraven na možná „selhání“, která nejsou důvodem k panice, ale měla by být spíše motivací snahy chybám napříště předcházet. Pro dosažení vytyčeného cíle, tedy pro uzdravení, je rozhodující stanovení přiměřené a realistické strategie.

1.3.3.1 Léčba podle typu instituce

Ambulantní lékařská péče

Tento druh „lékařské péče“ je veden zcela rozdílným cílem než psychoterapie, neboť se neorientuje na překonání poruchy příjmu potravy, ale jen na znovuoobnovení somatické a psychické stability u nemocné pacientky. V nutných případech lékaři kontrolují tělesnou váhu, elektrolyty a další kritéria zdravotního stavu.

Ambulantní lékařská péče může probíhat individuálně nebo také ve skupinách, přičemž v některých případech může být podpora ve skupině zdrojem motivace pro aktivní

„boj“ s poruchou příjmu potravy.²⁰

Existuje i možnost své obtíže probírat a konzultovat s psychologem, za kterým pacient dochází. Díky této pomoci by mohla být zvýšena zodpovědnost nemocného za jeho zdraví a život, mohl by být motivován změně, získat potřebné informace o nemoci. Zároveň si jedinec může osvojit některé sociální dovednosti, či pracovat na jejich zlepšování.

V případě akutního ohrožení života je v některých případech nutné přistoupit k léčbě na klinice i přes pacientův nesouhlas, který může být způsoben právě poruchou příjmu potravy, v jejímž důsledku není pacient schopen sám o sobě adekvátně rozhodovat.

Hospitalizace

Pokud závažný zdravotní stav nemocné nedovolí jinak, je nutné přistoupit k řešení, které je posledním východiskem pro jedince sužované poruchami příjmu potravy v případě nutnosti jejich lékařské stabilizace a tou je hospitalizace. Nemocniční léčba je v těchto případech nevyhnutelná a mnohdy je momentem, který donutí celou rodinu přijmout potřebnou pomoc. I pro samotné pacientky je hospitalizace znamením, že jejich porucha není „normální“ a vážně ohrožuje jejich zdraví a život.

Nemocniční léčba se nesoustřeďuje jen na fyzické aspekty onemocnění, ale i na psychické problémy způsobené poruchou příjmu potravy. V případech, kdy se nemocná nerozhodla pro hospitalizaci dobrovolně (což je možné u dívek mladších osmnácti let), může být vnímána jako zrada a pacientka nemusí být nakloněna k aktivní spolupráci. V rámci hospitalizace nejsou pacienti nuceni do jídla násilím, ale když se jedinec ocitne v ohrožení života a hrozí metabolické i minerální rozvrácení, je pacient vyživován uměle sondou.

Podle Františka Davida Krcha jsou kritéria při rozhodování o nutnosti hospitalizace následující: 1) nutnost návratu k normální hmotnosti nebo přerušení trvalého úbytku hmotnosti u vyhublých pacientů, 2) přerušení záchvatů přejídání, zvracení či zneužívání projímadel v případech, že jsou spojeny s vážnými somatickými komplikacemi, nebo když představují vážné zdravotní ohrožení, 3) zhodnocení a léčba jiných potenciálně vážných zdravotních obtíží, 4) léčba některých přidružených stavů jako je těžká deprese, riziko

²⁰ Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s. 130

sebeпоškozování nebo zneužívání psychoaktivních látek.

Potřebná délka hospitalizace se nestanovuje na základě domluvy s nemocnou, ale je dána počtem týdnů nebo měsíců potřebných k nabytí 90 % cílové váhy. V případě, že pacientka spolupracuje, se doporučený přírůstek hmotnosti pohybuje okolo jednoho až jednoho a půl kilogramu týdně. Tento způsob léčby je poměrně dlouhotrvající a představuje nemalou finanční zátěž, ale s ohledem na chronicitu onemocnění je mnohdy výhodný.²¹

Svépomoc

V případě pacientů, kteří mají poměrně mírné příznaky, jako například u nemocných s mentální bulimií s mírnějšími příznaky, existuje naděje na uzdravení díky svépomoci. Ačkoli pro mnoho pacientů není svépomoc sama o sobě způsobem řešení nemoci, pro některé ale může představovat velký přínos. Užitečnost spočívá i v tom, že si pacient uvědomí, že není s problémem sám a má možnost se svěřit.

V rámci svépomoci jsou poskytovány základní informace o dostupných službách a možnostech, je prováděno poradenství a také se scházejí svépomocné skupiny, tedy lidé trpící poruchou příjmu potravy či jejich blízcí – rodiče, sourozenci, přátelé a hovoří o svých zkušenostech, problémech, pocitech. Skupina je zpravidla vedena odborným poradcem či vyléčeným pacientem. V případě svépomocné skupiny nejde nutně o profesionální pomoc, ale lidé s podobnými problémy si při skupinových setkáních poskytují podporu, motivují se k další léčbě, vyměňují si zkušenosti a prožitky. Svěpomocné manuály pak nabízejí určitý „návod“ a jsou určitým vodítkem při léčbě bez odborné pomoci.²²

V případě České republiky se poskytováním poradenské péče a organizováním svépomocných skupin zabývá občanské sdružení Anabell, které vzniklo v roce 2002. V prostředí Anabell je poskytována pomoc a podpora osobám, postiženým i ohroženým poruchami příjmu potravy. V současné době Anabell poskytuje sociální a zdravotnické služby v Kontaktních centrech Anabell - v Brně (současně sídlo organizace), v Praze, Ostravě, Bratislavě a v Plzni.²³ V listopadu roku 2003 členové občanského sdružení Anabell Ondra

²¹ Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s. 129 - 130

²² <http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickyh-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657>. [citováno dne 13.3.2009]

²³ < <http://www.anabell.cz/> >. [staženo dne 14.3.2009]

Stískal a Ria Černá založili s pomocí Jany Sladké svépomocnou skupinu pro nemocné poruchami příjmu potravy v Praze. Tato skupina funguje úspěšně i v současnosti.

Pro představu o fungování svépomocných skupin v praxi jsem se zúčastnila sezení pod vedením koordinátorky Svépomocné podpůrné skupiny pro osoby s poruchou příjmu potravy a pro blízké osob s poruchou příjmu potravy Patricie Arlethové v centru Anabell. Toto sezení bylo uspořádáno speciálně pro studentky/ty, kteří se o problematiku zajímají. Koordinátorka skupiny nás seznámila s faktory, které mají terapeutické účinky na nemocné – patří sem například přínos členstva skupiny, tedy pocit „nejsem s problémem sama“, dívky se na skupinách setkávají, čímž se snižuje jejich sociální izolovanost, poskytují si emoční podporu, pomáhají si, sdílejí své problémy. Důležité je i odreagování, možnost vyjádření lítosti, zloby, tedy emoční uvolnění, dívky se konfrontují se sebou samými i s druhými, získávají zpětnou vazbu, dostává se jim náhledu na problém od koordinátorky skupiny a také díky sezení se snaží pohlédnout na problém z jiného úhlu. V rámci skupiny jsou hledány alternativy, je sestavován vhodný jídelníček, dívky získávají informace, sociální dovednosti. Mezi nejčastější prodiskutovávaná témata v rámci skupiny patří to, zda je třeba začít hledat odbornou pomoc, co je příčinou vzniku problému, zda je vůbec možné se léčit, dále také partnerské vztahy a sociální izolovanost, kterou dívky často pocítují, neboť mnohdy ztratí své přátele. Zpravidla se skupiny účastní dívka, která má léčbu poruchy příjmu potravy za sebou, a tak se dívky dozvídají informace „z první ruky“.²⁴

Dále se pomocí nemocným a blízkým lidem s poruchami příjmu potravy zabývá řada krizových center, linek důvěry. Velmi významné jsou pak Klub pro pacienty a zájemce o léčbu poruch příjmu potravy a Klub pro rodiče a přátele. Oba pravidelné, veřejnosti otevřené programy probíhají v prostorách Psychiatrické kliniky VFN Ke Karlovu 11 v Praze pod vedením odborníků na tuto problematiku – například Dr. Františka Davida Krcha či Mgr. Jany Tomanové.

Abych získala konkrétnější informace o fungování skupin pod odborným vedením a také o nejčastějších pocitech, problémech a strastích, které prožívají nejbližší osob nemocných poruchami příjmu potravy, navštívila jsem Klub pro rodiče a přátele v Psychiatrické klinice VFN pod vedením Dr. Františka Davida Krcha. Tohoto sezení se nejčastěji účastní rodiče

dívky, které se zároveň léčí u Dr. Krcha, což je velmi přínosné, protože rodiče se mohou zeptat na konkrétní otázky a dilemata, která řeší ve vztahu k nemoci dcery, přičemž Dr. Krch osobně zná tyto dívky, jejich diagnózu a zcela přesně ví, co je jejich problémem.²⁵

1.3.3.2 Léčba podle typu léčebného přístupu

Rodinná terapie

Poruchy příjmu potravy mohou odrážet dysfunkční role, spojení, konflikty nebo interakční vzorce v rodině. Vzhledem k tomu, že pacient často bydlí spolu se svými rodiči v jedné domácnosti, rodiče mohou výrazně podpořit dosažení terapeutického cíle. Velkým přínosem je i to, že díky rodinné terapii získávají rodiče přehled a doporučení, jak zacházet s dcerou trpící poruchou příjmu potravy.

Pozornost se nesoustřeďuje pouze na nemocného jedince, ale na celou rodinu. Tento přístup chápe rodinu jako složitou vztahovou strukturu složenou z jednotlivých členů rodiny, kteří se navzájem ovlivňují. Rodina tvoří celek, jejíž členové se k sobě vztahují a jsou na sobě vzájemně závislí. V lepším případě se terapie účastní celá rodina nebo alespoň někteří její členové. Rodinná terapie je především vhodná pro pacienty, kteří žijí s rodiči.

V posledních letech se uplatňuje tzv. vícerozinná terapie (Multi-Family Therapy). Tato forma psychoterapie pro pacienty Centra pro poruchy příjmu potravy Psychiatrické kliniky 1. LF UK vychází z potřeby účinné formy rodinné terapie a péče o rodiny pacientů. Cílem této terapie je vytvořit pro rodiny prostředí terapeutické skupiny, a tím umožnit všem členům aktivně se podílet na léčbě svého blízkého. Tento přístup je koncipován jako jednoletý kurz s danou strukturou, přičemž jednoho cyklu se účastní pět až šest rodin, v nichž některý z členů trpí poruchou příjmu potravy. Terapie umožňuje setkávání s jinými rodinami, které se rovněž potýkají s tímto problémem, podělit se o své zkušenosti a navzájem se podpořit v obtížných chvílích.²⁶

²⁴ Sezení se uskutečnilo 17.3.2009 v centru Anabell za přítomnosti koordinátorky skupiny a čtyř studentek.

²⁵ Sezení jsem se zúčastnila 18.3.2009 v Psychiatrické klinice VFN pod vedením Dr.Krcha. Klubu pro rodiče a přátele se zúčastnili dva manželské páry (rodiče), jeden otec a dále tři matky. Dcery všech zúčastněných se léčí u Dr.Krcha.

²⁶ Krch, F.D. : Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s. 132

Kognitivně behaviorální terapie (KBT)

Cílem kognitivně behaviorální terapie je proměna nezdravých návyků, které se objevily ve způsobu myšlení nebo chování klienta. Díky tomu následně dochází ke změně toho, jak se nemocný cítí. Tento druh terapie se soustřeďuje na přítomnost, konkrétní ohraničené problémy, snaží se o změnu postojů a má obvykle krátkodobější trvání.²⁷

Tento přístup byl vytvořen Fairburnem a jeho spolupracovníky (Fairburn 1985; Fairburn, Marcus a Wilson, 1993; Wilson, Fairburn a Agras, 1997) a je vhodný především pro pacientky, které mají středně těžké až vážné příznaky a to zejména při léčbě mentální bulimie. Ovšem nachází uplatnění i při léčbě mentální anorexie, ale v tomto případě je kognitivně behaviorální terapie modifikována pro speciální potřeby pacientek s mentální anorexií.²⁸

V případě mentální bulimie se pacientka při kognitivně behaviorální terapii učí rozumově pochopit a poznávat své pocity, které způsobí to, že je nemocná schopna nakoupit obrovské množství jídla, doslova „vyjíst“ ledničku, a vzápětí všechno vyzvracet. Cílem terapie je získání kontroly nad těmito procesy.

Interpersonální terapie (IPT)

Tento druh terapie byl původně vytvořen Klermanem, Weissmanem, Rounsavillem a Chevronem v roce 1984 jako krátkodobá léčba deprese, pročež se na problémy s jídlem přímo nezaměřuje. Tato terapie se skládá ze tří fází: 1) Identifikace interpersonálních problémů, které vedly k rozvoji a udržování problémů s jídlem, 2) Uzavření terapeutické smlouvy o práci na těchto interpersonálních problémech, 3) Zaměření pozornosti na otázky spojené s ukončením terapie. Tento přístup je vhodný jak pro pacientky s mentální bulimií, tak i pro pacientky s mentální anorexií, u nichž příznaky přetrvávají dlouhodoběji.²⁹

1.3.3.3 Některé další přístupy k léčbě poruch příjmu potravy

Psychoanalytický přístup a terapie - předpokladem je, že prožívání a chování člověka

²⁷ < http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickyh-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657 >. [staženo dne 14.3.2009]

²⁸ Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s 132 - 134

²⁹ Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s 134

závisí na nevědomých procesech mysli, které pak ovlivňují naše chování. Tyto teorie vycházejí z toho, že kořeny patologie jsou podmíněny vztahy s důležitými osobami (hlavně matkami), přičemž je pozornost věnována především osobnosti pacientky. Terapie by měla směřovat k proměně osobnosti, k jejímu zrání a samostatnosti.³⁰

Farmakoterapie – Medikace se užívá u pacientek s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, ovšem nemělo by se jednat o hlavní způsob terapie z několika důvodů: 1) účinnost psychologických intervencí, 2) vysoký poměr pacientek, které během léčby odpadly, 3) riziko vedlejších účinků léků, 4) vysoké procento relapsů po skončení podávání léků. Proto je lepší medikaci při léčbě používat spíše jako doplněk.³¹

V této kapitole je uveden stručný přehled léčebných procesů poruch příjmu potravy. Je však důležité podotknout, že existuje ještě mnoho dalších možností, jak přistupovat k těmto onemocněním. Jsou to zejména doplňující metody k psychoterapii, které se v rámci léčby mohou používat jako jsou například relaxační metody, trénink asertivity, focusing (tj. technika spočívající v rozpoznání a změně osobních problémů zakotvených v lidském těle), aromaterapie a dále pak alternativní postupy sebezvoje, kam řadíme holotropní dýchání.³²

1.3.4 Prevence poruch příjmu potravy

Domnívám se, že obecná informovanost o problematice je poměrně malá. Veřejnost má o těchto onemocněních jisté povědomí, ale stále spíše jen povrchní. Pochopit mentální anorexii a bulimii je pro lidi s normální chutí k jídlu a normálními jídelními návyky téměř nemožné - je velmi těžké pochopit, jak mohou vůbec vznikat tak intenzivní pocity ve spojitosti s jídlem a zvýšením tělesné hmotnosti. Mnozí lidé mají navíc poruchy příjmu potravy spojené pouze s představou problematického vztahu k jídlu a váze, ale příčina poruch příjmu potravy je multifaktoriální a v mnoha případech ani nemusí spouštěč problému souviset přímo s váhou a vzhledem.

³⁰ Kocourková, J. Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy. in Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999, s.150.

³¹ Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy. Praha. Grada. 1999. s. 136

³² <http://www.idealni.cz/druhy-pomoci--psychoterapie--psychoterapeutickych-pristupu-a-dalsich-metod+terapie_show.asp?id=1657>. [staženo dne 16.3.2009]

Prevence poruch příjmu potravy je i přes pozornost médií, odborníků, časopisů a knih stále poměrně zanedbávána. Ačkoli knih, článků a informací na internetu o nebezpečí poruch příjmu potravy přibýlo, literatura zabývající se dietami, dokonalým vzhledem a hubnutím naprosto převažuje. Vliv médií je v současnosti až neuvěřitelně silný, stránky časopisů jsou plné "ideálních a dokonalých těl" a rad, jak dosáhnout štíhlosti³³. Společnost stále ještě problému nevěnuje dostatečnou pozornost, a to i přes skutečnost, že jsou poruchy příjmu potravy velmi rozšířené (například mentální bulimií trpí každá dvacátá mladá žena³⁴). Prevence by měla mít základ a oporu v samotných rodinách, přínosné by mohlo být, kdyby rodiče své děti vedli ke zdravým stravovacím návykům, snažili se předcházet strachu z tloušťky a nepředávali svým dětem představu, že obézní lidé jsou líní, nešikovní a hloupí, svou roli hraje i to, aby zdravotní výhody štíhlosti nebyly přeháněny. Příznivý vliv by mohla představovat i prevence ve školách, kde by v rámci programu výchovy ke zdravému životnímu stylu mohlo být využito širších možností. Ve školách by měly být ve větší míře poskytovány obecné informace o výskytu, příčinách i důsledcích poruch příjmu potravy, mělo by být podporováno pozitivní sociální klima a také by se mělo dbát na vytváření podmínek pro osobní rozvoj žáků, jehož cílem by mělo být posílení sebedůvěry studentů. Domnívám se, že je velmi důležité varovat před extrémními přístupy k tělu a potravě. Ideál krásy prezentovaný médii je až neuvěřitelně nereálný a právě neustálé srovnávání se s modelkami a vnímání své „nedostatečnosti“ se může vyhrotit až do stavu, kdy se všechny myšlenky a starosti zabývají pouze jídlem a rodina, přátelé, studium, práce, zájmy ustupují zcela stranou.

1.4 Poruchy příjmu potravy a vliv na nejbližší okolí

Vzhledem ke skutečnosti, že poruchy příjmu potravy, podobně jako jiné závislosti, zásadním způsobem ovlivňují fyzický a psychický stav nemocného jedince, může být velmi těžké s postiženým člověkem žít a vycházet. Tato onemocnění vnášejí do rodiny, partnerských i přátelských vztahů velký zmatek. V důsledku pozměněného chování nemocné, která je často podrážděná, provokativní a sobecká, přibývá konfliktních situací, sporů a celková rodinná

³³ <<http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>>. [staženo dne 4.4.2009].

³⁴ Krch, F.D.: Bulimie. Jak bojovat s přejídáním. Praha. Grada. 2000, s. 24

atmosféra či partnerský vztah je zásadně narušen. Takto nepříznivý stav může mít velký vliv na duševní i fyzické zdraví blízkého okolí nemocné.

V každodenních interakcích je patrné, že ženy a muži obývají tento svět zcela odlišným způsobem, a proto i jejich vztahování se a nazírání na nemoc je rozdílné. V případě rodičů dcery nemocné mentální anorexií nebo mentální bulimií je velmi důležité, aby se rodiče „spojili“, ačkoli se jejich náhled na nemoc a její řešení může v mnoha ohledech odlišovat. Nemá smysl pátrat po příčinách nemoci, je třeba smířit se s minulostí, neúspěchy a pozornost soustředit na čas „tady a teď“ a na uzdravení. Negativní myšlení, hledání viníků a rozpory totiž ničemu neprospějí, pouze mohou znemožnit pomoc dceři. Je nutné se spojit s odborníky a proti nemoci bojovat a být připraveni na skutečnost, že i tak může úzdrava trvat i několik let.³⁵

Rodinný život je nemocí dcery zcela narušen, někdy je jí dokonce ovládán a vše se „točí“ jen kolem ní. Odborníci ovšem doporučují, že je třeba si zachovat vlastní život, nezanedbávat partnera/ku a ani ostatní děti. To může být v době onemocnění dcery velmi těžké, ale i přesto je dobré se držet následujících pravidel: členové rodiny by se měli respektovat a to oboustranně - rodiče by měli brát ohled na dětský růst k nezávislosti a děti naopak brát ohled na právo rodičů na vlastní potřeby, každý by měl mít možnost říci, co je pro něj přípustné a stanovit hranice, rodiče by měli spolupracovat a podporovat a nevytvářet s dcerou „koalice“, měli by se dělit o odpovědnost za dceru rovnocenně a nechat dceru budovat svou nezávislost. Pro soužití v době nemoci je velmi podstatné zlepšit vzájemnou komunikaci, která bude úspěšná při dodržení určitých zásad – v každém okamžiku by měla hovořit pouze jedna osoba, je třeba mluvit k osobě a snažit se pochopit, co druhý říká a vyjadřovat spíše pozitivní pocity. Klíčem k úspěchům při léčbě je laskavost, takt a trpělivost.³⁶

Podobně nelehká se ukazuje situace v případě partnerského soužití. Poruchy příjmu potravy ovlivňují společný život v mnoha ohledech a nemoc je všudypřítomná. Pokud je partner nakloněn snaze pomoci své partnerce, musí i on dbát o své pocity. Je důležité udržet mezi sebou ve vztahu vyrovnanou moc, soustředit se na to, v čem je vztah přínosem a zdrojem radosti, a také mít čas sám pro sebe. Často nemocí trpí i sexuální život partnerů a v průběhu nemoci se mohou objevit různé problémy, proto je na místě v případě potřeby vyhledat

³⁵ Papežová, Hana: Anorexia nervosa. Praha. 2000

³⁶ Papežová, Hana: Anorexia nervosa. Praha. 2000

odbornou pomoc a navštívit specializované pracoviště pro manželské a partnerské problémy.³⁷

1.4.1 Partner versus PPP

Již od raného dětství jsou děti příjemci sdělení o tom, jak vypadá, jaké vlastnosti má mít žena, jaké muž a jak by měly být jejich role realizovány. A tak si dítě vytváří určitou představu nejen o sobě, ale také o svém okolí a opačném pohlaví. Na povědomí mužů a jejich představu o ženách má velký vliv jejich původní rodina, která je vede k určitému způsobu zvládnání životních situací, stresu, k postojům k ostatním lidem i k určitému způsobu komunikace, ale také média, která často předkládají nereálné vzory.³⁸

Partner může sehrát klíčovou roli, když partnerka onemocní poruchou příjmu potravy, právě on je tím, kdo se může pokusit partnerce dodat sebevědomí, chránit ji a dokázat jí, že není možné a ani nutné vypadat přesně podle ideálu krásy předkládaného médiu. Mnohdy právě on může být zdrojem posílení a růstu sebevědomí své partnerky, které je v důsledku poruchy příjmu potravy značně oslabeno. Žena totiž nedokáže netaktní a zraňující poznámky okolí ohledně svého vzhledu přecházet.

Podle názorů koordinátorky skupiny v Anabell či dle Dr.Krcha, mnoho mužů není vůbec schopno onemocnění poruchou příjmu potravy pochopit a akceptovat, neboť je považují za nesmyslné a nerozumějí mu. Náhled na problém i určité zlehčování problému se ovšem mění, když tato nemoc zasáhne někoho blízkého v jejich okolí – partnerku, dceru. V takové situaci je důležité, aby se partner či otec nemocné dozvěděl co nejvíce skutečností o nemoci a pokoušel se o trpělivý přístup a reakce.

Podle názoru Dr. Krcha³⁹ nelze předem přesně stanovit, jaký partner nemocné je, nelze vyslovovat závěry o jeho osobnosti, povaze, temperamentu či jakkoli zevšeobecňovat. Na druhou stranu se domnívá, že jsou patrné a sledovatelné určité fáze vývoje postojů partnera k onemocnění partnerky. Je zřejmé, že nemoc není možné od vztahu separovat a že má vliv na vývoj partnerského vztahu.

³⁷ Papežová, Hana: Anorexia nervosa. Praha. 2000

³⁸ Renzetti, C., Curran, D.: Ženy, muži a společnost. Praha. Karolinum. 2005

³⁹ Ústní konzultace 9.4.2009.

Přístupem partnerů k PPP jejich partnerky se již dříve zabývala Ria Černá⁴⁰, která ve své práci zjistila, že určité trivializování a nepřipouštění závažnosti onemocnění PPP končí spolu s tím, že se partner dozví o nemoci své blízké. Její výzkum ukázal, že partneři na problém zpravidla reagovali a snažili se všemožnými způsoby partnerku podpořit, přičemž vyjadřovali potřebu dozvědět se o nemoci více informací. Autorka ve své práci vyjádřila názor, že pokud partner na nemoc nereaguje či ji popírá, nemusí to být způsobeno neschopností muže porozumět podstatě nemoci, ale spíše tento přístup spojovala s nefunkčností vzájemného vztahu. Pokud partner reaguje zmateně a rozpačitě, nemusí toto chování souviset s nezájmem, ale spíše s neinformovaností a nevědomostí, což podle autorky odkazuje na potřebu podpory nejen pro nemocnou, ale také pro partnera samotného.

Většina odborníků zastává názor, že je lepší k nemocné přistupovat spíše trpělivě, klidně a nedirektivně. Ria Černá ovšem upozorňuje na důležitost osobnostní charakteristiky partnera. Svou roli hraje výbušnost, submisivita a také zralost partnera. Přílišná přizpůsobivost partnera problému nemocné, přehnané zaměření se na jídlo či přebírání odpovědnosti za léčbu partnerky se může stát nebezpečným pro vztah i vývoj nemoci ženy.⁴¹

1.4.2 Otec versus PPP

V rámci patriarchálních společností je na ženu jako na matku pohlíženo jako na něco „přirozeného“ a její role je zjevnější a přesněji definována než role otců. Díky společenským změnám dochází k mírné proměně, ale přesto je tato role „matek“ ženám vštěpována velmi intenzivně od útlého dětství.

Vedlejší role otců může být dána jejich pracovní vytížeností, díky které se stávají „cizinci“ a také skutečností, že od malička mívají menší množství příležitostí ke kontaktu s dětmi, mají s nimi nedostatek zkušeností. Díky tomuto faktu společnost, média i literatura vnímají otce jako vedlejšího činitele v životě dítěte. Ačkoli se v současnosti prosazuje trend „moderního otce“, který je více aktivní, podílí se na péči o dítě a není cizincem, stále

⁴⁰ ČERNÁ, R. Porucha příjmu potravy v partnerském vztahu z pohledu partnera nemocné ženy. Diplomová práce. FF UK Praha. 2008. s.24-25

⁴¹ ČERNÁ, R. Porucha příjmu potravy v partnerském vztahu z pohledu partnera nemocné ženy. Diplomová práce. FF UK Praha. 2008. s.25

převažuje stereotypní představa větší aktivity a péče matky a otec pořád ještě vystupuje spíše jako anonymní „pracovní síla“, jako živitel rodiny.

Podle převládajícího názoru je matka obdařena jakýmsi „mateřským instinktem“, přičemž je opomíjeno, že žena má obecně více příležitostí s dětmi trávit čas a být s nimi v kontaktu. Stále je na situaci, kdy o dítě nepečuje matka, nahlíženo jako na krizi, nikoli jako na rovnocennou alternativu. V posledních letech je kladen důraz na přítomnost otců při výchově, ale jejich role je spíše spojována s tím, aby se dcery od svých otců naučily, jak se chovat k mužům a také by díky nim děti měly úspěšně projít socializací, tedy že potomci přijmou hodnoty a normy společnosti. Důraz je ovšem kladen především na vztah otce k synům, protože jen díky nim se chlapci učí „mužské roli“. Význam otců je spatřován v oblasti výkonu, praktických dovedností a intelektových schopností.⁴²

Specifický pohled na danou problematiku nabízí autoři Chvála a Trapková v jejich pojetí „sociálního porodu“⁴³, tedy metafory popisující, jak se dospívající jedinec propracovává ze sociálně uzavřeného prostoru k samostatnému a na rodičích nezávislému životu, došli autoři k názoru, že za příznaky mentální anorexie a mentální bulimie se skrývá typický vývoj vztahů rodinného systému, kterým každá rodina v období dospívání dítěte prochází. Pro děti je toto období velmi podstatné, neboť v jeho rámci dochází díky proměnám vztahů k matce a otci k utváření a ustálení ženské či mužské identity. Dívka konkrétně potřebuje prožít ve vztahu s otcem odlišnost mužské svébytnosti, aby ji v dalším vývoji mohla potlačit ve prospěch ženství, což je později základem vzniku partnerského a sexuálního vztahu.

Tento rodinný vývoj předpokládá pohyb mezi třemi stádii: první zahrnuje sblížení s matkou a separaci od ní, následuje sblížení s otcem a separace od něj a dále pak stadium samostatnosti. V rámci druhého stadia dochází k proměně dítěte v ženu, je třeba, aby se dceři dostávalo pozornosti a lásky otce, prostřednictvím tohoto platonického vztahu dospěje dívka k ženské sexualitě a přijme mužský svět v jeho odlišnosti od ženského. Otec je v této fázi klíčovou postavou, ovšem sblížení s dcerou je mnohdy složité, zvláště pokud není otec sexuálně spokojen ve vztahu se svou ženou. Na dceru pak často přesouvá svou zlost, která je ovšem určena manželce, se kterou není schopen dosáhnout uspokojivého sexu. Vztah dcery a

⁴² Zdrojem informací byl kurz Feministické teorie pod vedením prof. Hany Havelkové, absolvovaný v roce 2005.

⁴³ Trapková L., Chvála V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha. Portál.2004

otce je ohrožován také jeho nedůvěrou, jazykem a neschopností přiměřené komunikace.

Pokud dospívající jedinec projde oběma stadii, je připraven biologicky i psychologicky rodiče opustit. V případě anomálií a komplikací v jednotlivých stadiích může dojít k „anorektické či k bulimické stagnaci“, přičemž právě v druhém případě je problém vázán primárně na osobnost otce. Nastávají zejména následující situace: otec by byl k dispozici, ale dcera ho nepřijímá, dcera touží po sblížení s otcem, ale otec není k dispozici způsobem pro dceru přijatelným, matka brzdí sblížení dcery a otce, když váže pořád ještě dceru na sebe, matka s otcem jsou příliš těsně svázáni a nelze uzavřít alianci dcera-otec bez matky, otec není dostupný, stadium sblížení dcery s otcem je dokončeno, ale dcera se neodvážá odpoutat od rodiny, protože vztah rodičů je přes ni udržován a rozpadl by se.⁴⁴ Popis separačního procesu jedince poukazuje na nezastupitelnou a velmi důležitou úlohu otce, což neodpovídá praxi, ve které je význam otců pro výchovu dětí podceňován.

1.5 Problematika osob pečujících o osoby trpící PPP

Ačkoli se problematice osob, kteří jsou v blízkém vztahu k lidem trpícím poruchami příjmu potravy někteří zahraniční autoři jako například De La Rie et al. (2005), Thompson a King (2005), Perkins et al. (2004), Winn et al. (2004), Haigh a Treasure (2003), Treasure a Schmidt (2008) a další věnovali, zpravidla ovšem partneři či otcové netvořili hlavní složku respondentů. V našich domácích podmínkách je první vlaštkou diplomová práce Rii Černé Porucha příjmu potravy v partnerském vztahu z pohledu partnera nemocné ženy (2008).

Domnívám se, že skutečnost, že je mužským protějškům věnována minimální pozornost by mohla být způsobena tradičním – stereotypním pohledem na muže a ženy. Jak jsem již zmínila výše, výchova dětí a péče o ně je automaticky považována za součást ženské role a jejího životního údělu.

I když ve většině dnešních společností ženy pracují a jsou produktivní stejně jako muži, jsou to stále ony, kdo nese zodpovědnost za výchovu dětí, jejich stravu a celkový chod domácnosti. Muži obývají a ovládají spíše veřejnou sféru, jejich doménou je především svět práce, což vede k jejich „odloučení“ od rodiny. Společnost tradičně nahlíží na otce jako na

⁴⁴ < <http://www.sktlib.cz/publikace/kritfalt.htm> > [citováno dne 23.3.2009], původně předneseno na 1. Kongresu české psychiatrické společnosti J. E. P. ve Špindlerově Mlýně v červnu 1997

osoby, které „nemají čas“ se o problémy svých dětí tolik zajímat, vzhledem k jejich funkci „živitelů rodiny“. Podobně i vaření a příprava jídla je vnímána jako ženská oblast. Starost, a tudíž i jakékoli problémy s ní spojené, jsou především přesouvány na ženy (matky).

Zdá se, že právě tyto skutečnosti vedou k tomu, že žena – matka je osobou, která je primárně konfrontována s onemocněním svých dětí (v případě poruch příjmu potravy především dcer) a vzhledem k větší schopnosti empatie je to ona, kdo problém rozpozná a snaží se získat informace a pomoc odborníků.

Přehlížení mužů v této oblasti chápou jako důsledek toho, že poruchy příjmu potravy se převážně týkají žen (95%) a řada odborníků na problém nahlíží právě z tohoto úhlu – muž obecně, ať už v roli otce či partnera, ani není schopen problém pochopit, natož jej řešit. Jde především o „jídelní problém“, který se proporcčně týká žen.

Ovšem někteří odborníci i přes tyto „předsudky“ posouvají muže do popředí. Vladislav Chvála a Ludmila Trapková⁴⁵ představují muže v roli otce jako základní článek trojúhelníku vztahu dcera – matka – otec, přičemž jakákoli komplikace v dynamice rodinných vztahů může vést k anorektické či bulimické stagnaci. V druhém případě jsou to právě muži, kdo je hlavním hybatelem poruch příjmu potravy a právě oni mohou významně ovlivnit vznik a průběh nemoci. Autoři se domnívají, že když je otec nemocné nakloněn léčbě a spolupráci, je snazší a pravděpodobnější uzdravení, než když otec chybí, či je bez bližších kontaktů s dcerou.

1.5.1 Teoretické studie zabývající se PPP a přístupem partnerů

Stephan Van den Broucke, Walter Vandereycken a Hans Vertommen⁴⁶ se ve své studii zabývali psychologickými potížemi manželů žen s poruchami příjmu potravy. Ve své práci porovnávali 21 párů, v nichž žena trpěla PPP a s odpovídajícími si kontrolními skupinami 21 párů s manželskými potížemi a další skupinou 21 párů bez manželských problémů. Navzdory předchozím studiím, manželé žen s PPP neprožívali významně více psychologických potíží než manželé z druhé kontrolní skupiny a dokonce vykazovali méně interpersonální

⁴⁵ Trapková, L., Chvála V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha. Portál.2004

⁴⁶ BROUCKE, S. – VANDEREYCKEN, W. – VERTOMMEN, H. (1994). Psychological distress in husbands of eating disorder patients. The American Journal of orthopsychiatry. vol. 64. is. 2. s. 270-279.

přecitlivělosti a nepřátelství než manželé ze skupiny párů s manželskými potížemi. (*Broucke et al., 1994, přel. autorka práce*)

Mnoho teorií a odborníků předpokládalo určitou shodu mezi pacientkami a jejich manželi, neboť považovali jejich neurotické tendence a emocionální nestabilitu partnerů za velmi důležitý faktor při rozvoji PPP pacientky. Ovšem výsledky tohoto výzkumu stojí v protikladu. (*Broucke et al., 1994, přel. autorka práce*)

Vlivem PPP na partnera nemocné se podrobně zabývá Studie zkušeností a prožitků partnerů žijících s osobou trpící mentální bulimií Katherine Huke a Pauline Slade z roku 2006⁴⁷. Ačkoliv se některé studie v minulosti zamýšlely nad povahou partnerských vztahů lidí žijících s PPP, jen velmi málo prací bylo zaměřeno na prožitky partnerů těchto osob. O což se pokusila právě tato studie, která byla zaměřena na zmapování prožitků partnerů žijících v páru s osobou trpící mentální bulimií. Bylo provedeno osm rozhovorů s partnery, rozhovory byly následně analyzovány. V rámci studie bylo vyvozeno pět nadřazených témat, které byly shrnuty: 1) Život s osobou trpící PPP přináší život s tajemstvím a v klamu, 2) Bojujete o pochopení a snažíte se najít řešení, 3) Pečující objeví a potýká se se svou bezmocností, 4) „Problém narůstá a žijete s ním“, 5) Zakoušíte a prožíváte napětí a intenzitu ve vztahu. (*Huke and Slade, 2006, přel. autorka*)

Ačkoli je ve vztahu vysoce hodnocena otevřenost, z rozhovorů vyplynula určitá nespokojenost s tím, že partnerka udržovala své tajemství. „Proč máš potřebu mi lhát?...žijete ve lži velmi, velmi dlouho“ (Simon, partner). Partneři hodnotili tuto skutečnost jako zraňující a pokoušeli se jí pochopit skrze snahu o empatii a to, že se partnerka za toto tajemství styděla. Partneři si uvědomovali, že nemocná usilovala o to, aby se partner o problému nedozvěděl. V tom, že blízký o nemoci nevěděl, byla nalezena určitá forma ochrany, ovšem na druhou stranu partneři pociťovali rozpor mezi tím, že chtěli vědět, co se děje, ale nechtěli čelit situaci a připustit si problém. Velmi smíšené pocity byly popisovány ve spojitosti s možností problém sdílet s někým dalším, doposud nezúčastněným. Někteří partneři byli této možnosti nakloněni, ovšem tato potřeba se dostávala do rozporu s přáním nemocné, aby byla nemoc

⁴⁷ Huke, K. – Slade, P. An Exploratory Investigation of the Experiences of Partners Living With People Who Have Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2006. s. 436 - 447

udržena v tajnosti. (Huke and Slade, 2006, přel. autorka)

Většina partnerů využila jako zdroj informací o PPP a obtížích spojených s tímto onemocněním své blízké, rozhovory s nemocnou, dozvídali se více čtením knih a hledáním na internetu. I přes to někteří partneři přiznávali, že se nesnažili nic hlubšího zjišťovat: „Příliš jsem se o to nezajímal.“ (Stephen, partner) Partneři, kteří se pokoušeli nemoc pochopit, toho nebyli vždy schopni: „Když jí to tolik rozrušuje a zraňuje... proč prostě nepřestane?“ (Oliver, partner). Někteří partneři přičítali nemocné určitou zodpovědnost a vinu za problém: „Začnete být na nemoc naštvaný, ale... staral jsem se o ni ... myslím, že nejdůležitější bylo se toho zbavit, protože jsem nemohl oddělit bulimii a její osobu.“ (Oliver, partner) (Huke and Slade, 2006, přel. autorka)

Partneři často pociťovali strach o nemocnou a snažili si situaci změnit a ovlivnit ji – někteří se pokoušeli partnerku přesvědčit o nutnosti návštěvy lékaře, dohlížet na ni, což mnohdy vedlo ke konfrontacím, což dotazovaní popisovali jako frustrující a jako zdroj naštvání. Respondenti se také obávali, aby svým chováním celou situaci ještě nezhoršili, a proto nemohli vyjádřit složité pocity a tíživé myšlenky. Ačkoliv se všichni partneři pokoušeli zaujmout roli v řešení problému, nakonec často popisovali pocity bezmoci, neschopnosti, frustrace, naštvání a zklamání. Proto se někteří rozhodli naučit se stát stranou: „Musel jsem jí nechat být ... stejně jsem nemohl kontrolovat, co jí.“ (Giles, partner) (Huke and Slade, 2006, přel. autorka)

I přes skutečnost, že si uvědomovali svou bezmocnost a nemožnost situaci ovládnout, většina partnerů stále cítila potřebu hrát určitou roli v podpoře nemocné. Ačkoli se jen malé množství přímo zapojilo do sezení, snažili se podporovat nepřímo – odstraněním věcí, které by partnerku rozptylovaly, například „nezdravé a špatné jídlo“. Většina dotazovaných vyjadřovala pocit, že se vše změní, zlepšila se jejich vzájemná důvěra a komunikace ve vztahu, což jim umožňovalo víru v lepší budoucnost. Na druhou stranu si byli většinou vědomi, že PPP jsou chronickým onemocněním: „Domnívám se, že bude nemocná po zbytek života.“ (Huke and Slade, 2006, přel. autorka)

Ukázala se určitá odlišnost ve vnímání dopadů na životy zúčastněných. Podle některých neměla nemoc rozhodující vliv na vztah partnerů (díky tomu, že se od nemoci snažili distancovat), ovšem na druhou stranu se někteří domnívali, že PPP ovlivnila všechny oblasti partnerského života. Někteří dokonce zvažovali, že by nemocnou opustili. Partneři se

potýkali s nenáladou blízké, jejím zhoršeným sebehodnocením a nejistotou: „Ačkoli si všichni myslí, že vypadá v těhle kalhotách skvěle, ona si bude myslet, že jsem si ve skutečnosti myslil, že v nich vypadá tlustě.“(Giles, partner) Partneři také popisovali nepříznivý vliv nemoci na sexuální život: „Náš sexuální život bulimií hodně utrpěl.“ Celkově však dotazovaní vnímali kromě negativ i pozitivní přínos pro jejich vzájemný vztah, někteří hovořili o vzájemném sblížení, touze po tom „být zde pro partnerku“ a také o velkém respektu, který cítí vůči partnerce díky jejímu úsilí nemoc překonat. (*Huke and Slade, 2006, přel. autorka*)

Na základě studií lze předpokládat, že partneři mohou nabízet možnost zpřístupnění podpory a pomoci nemocným a že jejich perspektiva a úhel pohledu na nemoc by mohly být východiskem terapeutické intervence. (*Huke and Slade, 2006, přel. autorka*)

Jednou ze specifických součástí života, na níž PPP mají výrazný vliv, je oblast sexuálních vztahů. Tímto tématem se v minulosti zabývaly některé studie (např. Wiederman et al., Sexuální prožitky žen s mentální anorexií a mentální bulimií, 1994), ovšem jejich pohled na problematiku nedostatečným způsobem zachycoval prevalenci sexuálních dysfunkcí mezi jednotlivými druhy PPP a ani to, do jaké míry fyzické a psychické obtíže spojené s PPP ovlivňují sexuální funkce nemocných. Na tuto oblast se zaměřila studie Sexuální aktivita žen s poruchami příjmu potravy⁴⁸, která porovnávala prostřednictvím dotazníků sexuální touhu, libido, fyzickou intimitu a partnerské vztahy 242 žen trpících PPP se vzorkem žen bez těchto onemocnění. Mezi běžně zjištěné pocity a prožitky dotazované řadily obtíže v oblasti sexuální, vztahu s partnerem, sníženou sexuální touhu a zvýšenou sexuální úzkost.. Ženy s mentální anorexií vykazovaly větší oslabení sexuální touhy než ženy nemocné mentální bulimií či dále nespecifikovanou PPP. Absence sexuálních vztahů souvisela s nízkým BMI⁴⁹ a s brzkým vznikem nemoci, ztráta sexuální touhy také s nízkým BMI a se sklonem k úzkostem jako součásti povahy nemocné a sexuální úzkost byla způsobena nízkým BMI, vyhýbáním se ublížení a neschopností. Sexuální dysfunkčnost byla vyšší u žen s PPP než u normálního vzorku. (*Pinheiro et al., 2008, přeložila autorka*)

⁴⁸ Pinheiro, A. et al., Sexual Functioning in women with Eating disorders. International Journal of eating disorders.2008. s. 1-7

⁴⁹ BMI = Body Mass Index. Dále jen BMI.

1.5.2 Teoretické studie zabývající se přístupem rodičů (otce) k PPP

Příbuzenský vztah s někým, kdo trpí PPP v mnoha ohledech ovlivňuje život rodiny a může způsobit snížení jeho kvality. Studium této oblasti se ve své práci zabývala Simone M. De La Rie a Eric F. Van Furth⁵⁰. V rámci výzkumu požádali 40 pečujících o vyplnění dotazníku, který se zabýval dopadem nemoci jejich blízké osoby na rozmanité oblasti jejich životů, na jejich vztah s osobou, o níž pečovali a také na potřeby odborné péče. Odpovědi respondentů ukázali, že kvalita jejich života byla horší než u kontrolní skupiny lidí bez vztahu s osobou trpící PPP. Za obzvláště narušené považovali své psychické zdraví, vitalitu a svou emocionální úlohu. Zdá se, že PPP blízké osoby ovlivnila jejich život zcela rozhodujícím způsobem. Pečující pocitovali silnou úzkost, bezmocnost, smutek a zoufalství. Vztah s nemocnou osobou se také proměnil, neboť pečující byli více ustaraní, ztratili k sobě vzájemně důvěru a docházelo ke konfliktům. Tři čtvrtiny respondentů vyhledalo odbornou pomoc a podporu. Pečující potřebovali hlavně praktické rady, informace o PPP a emocionální podporu. *(De La Rie et al., 2005, přeložila autorka)*

Výzkumu se zúčastnily převážně matky nemocných (22), 12 otců, 3 sestry a 3 partneři. Většina dívek, o které bylo pečováno, trpěla mentální anorexií (29) a většina pečujících žila s nemocnou ve společné domácnosti. Většina respondentů vypověděla, že nemoc jejich blízké měla dopad alespoň na některou oblast jejich života, pouze 1 partner a 1 otec nepocítovali vliv nemoci v žádném ohledu. Pečující se shodli na tom, že nemocná vyžadovala hodně pozornosti a péče, přičemž pak pro ně bylo obtížné projevit své vlastní potřeby a potřeby ostatních členů rodiny. Nemoc tak ovlivnila běžný život, hlavně jídelní zvyklosti, ale i aktivity ve volném čase. „Nemám čas na sebe. Vše se točí jen kolem dcery.“... „Myslím na to ve dne v noci. Ovlivňuje to můj vztah s ostatními dcerami, nevěnuju jim dostatek pozornosti.“ ... „Tyhle roky starostí obestřely naši rodinu stínem.“ Je zajímavé, že pouze někteří muži (2 otcové a 2 partneři) se nedomnívali, že by byl jejich vztah s nemocnou pozměněn PPP. Všichni ostatní vnímali proměnu vztahu, a to hlavně ve smyslu menší otevřenosti a nenucenosti. „Neustále se strachuju, jestli dost pila a jedla.“ ... „Už jí nemůžu věřit, hlavně v tom, co nám říká, že jedla.“ Na druhou stranu 2 matky, 1 otec a 1 sestra hovořili o zlepšení

⁵⁰ De La Rie, S. M. et al. (2005). The Quality of Life of Family Caregivers of Eating Disorder Patients. *Eating Disorder Patients. Eating Disorders*. vol. 13. is. 4. s. 345-351.

vztahu, který se zintenzivnil a zlepšila se v něm komunikace. Lze se domnívat, že kvalita života pečujících úzce souvisí s tím, jak velice intenzivně je pocíťováno břímě nemoci a poskytování péče. (*De La Rie et al., 2005, přeložila autorka*)

Na prožitky a zkušenosti pečujících o jedince trpící mentální bulimií se zaměřila Sarah Perkins⁵¹, která vedla 20 polostrukturovaných rozhovorů s pečujícími o osoby s MB⁵². V rámci rozhovorů vyšly najevo převážně nepříznivé důsledky poskytování péče, ovšem bylo možné sledovat i pozitivní přínos této zkušenosti. Pečující vypovídali, že způsob odhalení nemoci plně odpovídal tomu, že mentální bulimie je „tajná“ nemoc a často se s ní osoba může potýkat řadu let, aniž by to kdokoli věděl. Většina pečujících hovořila o postupném uvědomování si problému a bulimického chování, ale objevení a připuštění si nemoci bylo často mařeno pacientovým odmítáním problému a velkou obtížností rozlišit mezi bulimickým chováním a chováním teenagerů. V některých případech se pečující obviňovali, že nemoc neodhalili dříve či dokonce některé matky se cítily zodpovědné za vznik nemoci, neboť ony samy měly nestandardní postoj k jídlu. Navzdory těmto sebeobviněním, nakonec většina respondentů došla k závěru, že vznik nemoci blízké nebyl jejich vinou: „Došel jsem k závěru, že jsem nic neudělal, prostě se to stalo ... nemůžete se sebeobviňovat navždy.“ (Gregory, otec). Tyto obtíže poukazovaly na nutnost zvýšení informovanosti o příznacích existence MB, která by případně mohla napomoci dřívějšímu odhalení nemoci a následně i rychlejšímu uzdravení. (*Perkins et al., 2004, přeložila autorka*)

Dopad na život pečujících byl výrazný, většina se potýkala s přetrvávajícími negativními pocity v průběhu poskytování péče a také popisovali dopad této zkušenosti na jejich zdraví. Praktické obtíže byly spojovány především s „dobou jídla“ a také s finanční zátěží: „Každé jídlo bylo, muselo být zvláštní, bylo to vždy stresem naplněných pět minut rozhodování, co můžeme a co ne.“ (Toby, partner) (*Perkins et al., 2004, přeložila autorka*)

Pečující se střetávali s potížemi v oblasti vztahu s osobou v jejich péči, v komunikaci s nemocnou a ve zvládnutí bulimického chování. „Přišlo mi, že bulimie se stala skutečnou překážkou mezi námi ... nemohla jsem se k ní přiblížit, aniž bych myslela na to, že je

⁵¹ Perkins, S. et al. (2004). A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa : Part 1: The Emotional Impact of Caring. *International Journal of Eating Disorders*. vol. 36. is 3. s. 256 -268.

⁵²MB = mentální bulimie. Dále jen MB.

bulimička.“ (Katie, matka) Mnoho pečujících uvedlo, že cítili, že je na nich nemocná závislá, nezvládá být sama sebou, přičemž tato situace měla vliv i na vztahy s ostatními členy rodiny: „Můj manžel to nemohl překonat a obviňoval mě.“ (Margaret, matka) PPP podle respondentů vyústila ve ztracené příležitosti, ať už jejich či nemocných osob. (*Perkins et al., 2004, přeložila autorka*)

Pečující užívali řadu způsobů, jak se s těžkostí situace vyrovnat: optimistický přístup, snaha nesoustředit se pouze na nemoc, snaha o vedení normálního života a také považovali za důležité ustoupit stranou, aby nemocná mohla převzít zodpovědnost za svou nemoc a život. Jako blahodárné se ukázalo být udržování vlastních zájmů a také čas strávený bez osoby, o níž respondenti pečovali. (*Perkins et al., 2004, přeložila autorka*)

Na studii dále navázala Suzanne Winn⁵³, která se svými spolupracovnicemi vedla rozhovory s 20 pečujícími, 15 rodiči a 5 partnery. Ukázalo se, že někteří pečující považovali možnost získání informací a rad o nemoci za nedostačující, ačkoliv se obecně věřilo, že Asociace pro poruchy příjmu potravy přináší vše potřebné. Řada respondentů ani o existenci asociace nevěděla a vyjadřovali potřebu informací o povaze, vývoji, léčbě, zacházení s mentální bulimií, ale také o interakci s nemocnou osobou. (*Winn et al., 2004, přeložila autorka*)

Výzkum ukázal, že u pacientů s MB se vyskytoval sklon k sebepoškozování, k užívání alkoholu a sebevražedné sklony, což bylo pro pečující těžko překonatelné a zvladatelné. Pečující také nevěděli, jak reagovat na nemocnou a báli se, aby svým chováním nezpůsobili více škody než užitku a prožívali pocity bezmoci a nemožnosti zvrátit situaci k lepšímu. (*Winn et al., 2004, přeložila autorka*)

Podle zjištění autorky je třeba pokusit se vytvořit informační materiály pro pečující (ať už sešity, příručky či CD-ROM). Přístup k těmto publikacím by mohl být přínosem a také kontakt s odborníky by mohl snížit pocity nedostatečnosti a napětí z nutnosti tajit onemocnění před okolím. Někteří respondenti vyjadřovali potřebu hovořit o problému, například s rodinou a přáteli, což může být neocenitelnou pomocí, ovšem toto přání je omezené - pečující se

⁵³ Winn, S. et al. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa: Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*. vol. 36. is. 3. s. 269-279.

obávali, že by okolí onemocnění nepochopilo a také se báli určitého stigma, neboť se domnívali, že lidé obecně předpokládají, že lidé s PPP si za nemoc a potíže mohou sami. Tyto pocity by mohly být zmírněny právě zvýšením informovanosti společnosti o této problematice. (*Winn et al., 2004, přeložila autorka*)

Určitá možnost byla spatřována v podpůrných skupinách lidí v podobné situaci, ale ty byly často těžko dostupné a málo různorodé. „Všechny tyto podpůrné skupiny jsou podle mě zaměřeny především na rodiče teenagerů ... cítím, že by měla existovat také skupina pouze pro partnery.“ (James, partner) (*Winn et al., 2004, přeložila autorka*)

Potřeby pečujících je možné rozdělit do třech oblastí: potřeba většího množství informací a přístupu k nim, dále praktické rady a vedení a také možnost hovořit s ostatními lidmi v podobné situaci o jejich zkušenostech. (*Winn et al., 2004, přeložila autorka*)

Na situaci a potřeby rodičů se zaměřila Olivia Kyriacou a její spolupracovníci⁵⁴, kteří vypracovali studii s názvem: Jak se rodiče vyrovnávají s životem s osobou trpící mentální anorexií. Jejich výzkumu se zúčastnilo 151 rodičů, 91 matek a 60 otců. Cílem jejich práce bylo vypátrat faktory související se sklonem k depresím a úzkostem u pečujících o osoby s PPP. Za tyto faktory přispívající k potížím pečujících lze považovat napětí uvnitř sebe sama, sexuální oblast a interpersonální napětí. Bylo zjištěno, že matky mají vyšší sklon k depresím a úzkostem a celkovému napětí než otcové nemocných. Matky vykazovaly ve svých odpovědích větší pocit přetížení, ztročení svou rolí pečující osoby a také ztrátu sebe sama než otcové. U žen si požadavky dcer na jejich péči vybíraly vyšší daň, zvláště proto, že svou roli pečovatelek rozšířily do všech oblastí. Většina matek nebyla zaměstnána na plný úvazek, podle čehož se lze domnívat, že zaměstnání může být určitým ochranným prvkem před napětím a stresem způsobeným péčí o nemocnou, neboť umožňuje určitý odpočinek a změnu role. Tato zjištění napovídají, že matky mohou být velmi důležité pro psychickou podporu nemocných a že jejich vlastní psychický stav ustupuje do pozadí potřebám nemocného dítěte. (*Kyriacou et al., 2008, přeložila autorka*)

V teoretické části své práce jsem se pokusila podat informace o jednotlivých typech

⁵⁴ Kyriacou, O. – Treasure, J. – Schmidt, U. (2008b). Understanding How Parents Cope with Living with Someone with Anorexia Nervosa: Modelling the Factors that are Associated with Carer Distress. *International Journal of Eating Disorders*. vol. 41. is. 3. s. 233-242.

poruch příjmu potravy, o příčinách jejich vzniku, možnostech léčby, prevenci. Zároveň jsem svou pozornost zaměřila na partnerský a otcovský vztah mezi mužem a nemocnou, přičemž jsem tyto názory podložila pracemi a výzkumy domácích i zahraničních autorů.

2. Praktická část

2.1 Úvod

V současné době mnohé studie a výzkumy⁵⁵ rozšiřují svá „zorná pole“ a v případě poruch příjmu potravy směřují svou pozornost i na blízké okolí nemocných, neboť je patrné, že nemoc neovlivňuje pouze postižené, ale má výrazný vliv i na jejich okolí, které se mnohdy ukazuje jako velmi důležité při řešení problému. Pozornost je směřována především na matky nemocných dívek, naopak otcové bývají spíše opomíjeni, ani nemluvě o partnerech dívek. To jsem považovala za velmi zvláštní, neboť otcové představují „polovinu“ rodičovského páru – nikoli něco méně a partneři nemocných jsou těmi, kdo s dívkou či ženou tráví velké množství času, bydlí s ní, případně spolu mají potomky, a proto je vnímám jako významné činitele a mnohdy ovlivňovatele průběhu onemocnění.

Ve své práci jsem chtěla upozornit a poukázat na skutečnost, že poruchy příjmu potravy jsou stále závažnějším problémem současnosti, jehož řešení a léčba nemocných závisí na celé řadě faktorů. Zcela zásadní význam má právě přístup nejbližších osob v okolí nemocných – rodičů, sourozenců, přátel. V rámci své práce bych svou pozornost chtěla zaměřit právě na tyto blízké osoby, konkrétně na mužské protějšky pacientek – tedy především otce a partnery. Cílem mé práce je zmapovat stav, pocity a situaci, do které se v důsledku onemocnění své dcery či partnerky muž dostává, jak na onemocnění reaguje, jakým způsobem jej vnímá a snaží se jej pomoci řešit. Praktická část mé bakalářské práce je zaměřena na analýzu postoje, cítění a prožívání situace, do které je otec či partner nemocí „vržen“, jaký vliv má jejich přístup na řešení problému jejich dcery či partnerky a jak jejich postoj vnímá sama dívka trpící poruchou příjmu potravy.

⁵⁵ Například PERKINS, Sarah, et al. A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa, Part 1: The Emotional Impact of Caring., DE LA RIE, S. M. et al. (2005). The Quality of Life of Family Caregivers of Eating Disorder Patients., WINN, Suzanne, et al. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa: Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders* 2004

2.2 Výzkumné otázky

V rámci své práce bych ráda odpověděla především na tyto *výzkumné otázky*:

- Jakým způsobem byl otec/partner nemocné informován o problematice poruch příjmu potravy před vznikem problému u své dcery/partnerky? A jak onemocnění rozumí, vnímá jej?
- Jakým způsobem otec/partner dívky reaguje na problém své dcery/partnerky? Co pociťuje? Prožívá?
- Zapojuje se otec/partner dívky aktivně do léčby, řešení problému své dcery/partnerky? Jakým způsobem?
- Jaký vliv má nemoc dívky na společný život z pohledu otce/partnera a z pohledu nemocné?
- Jaký vliv má postoj blízkého okolí dívky, ženy trpící poruchou příjmu potravy na její snahu o vypořádání se s problémem (z pohledu partnera, otce i nemocné ženy)?
- Pomocí čeho se otec/partner vyrovnává s těžkostmi a situací vzniklou v důsledku poruchy příjmu potravy u své dcery/partnerky? A jakým způsobem žena trpící nemocí?

2.3 Výzkumná strategie a techniky sběru dat

Cílem mého výzkumu bylo do hloubky popsat fenomén poruch příjmu potravy a jejich vliv na blízké osoby nemocných, zejména mužů (ať už v roli otců či partnerů), proto jsem pro svoji práci zvolila kvalitativní přístup, který mi umožní proniknout do problému co nejhluběji, a pochopit jej v celé složitosti. Kvalitativní přístup by měl poskytnout co nejpřehlednější a nejhlubší pohled na prožitky otců a partnerů po zjištění o poruše příjmu potravy u jejich dcery či partnerky, na to, jak nemoc zvládají, jak se s ní vyrovnávají, do jaké míry ovlivňuje jejich vzájemný vztah, kvalitu života a také jak otcovo či partnerovo chování doléhá na nemocnou a jak ovlivňuje její léčbu, průběh nemoci a uzdravení.

Konkrétní technikou sběru dat, kterou jsem ve své práci použila, jsou kvalitativní polostrukturované rozhovory. V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem jako tazatelka

měla předem připravené otázky, jejichž pořadí, formulaci jsem mohla podle situace a potřeby měnit, doplňovat. To bylo pro moji bakalářskou práci výhodné, jelikož jsem usilovala o to, abych neopomenula nic důležitého a aby bylo snazší porovnávat získané údaje.

Za jistou výhodou rozhovorů lze považovat to, že jsem se mohla přímo ujistit, zda respondent formulaci mé otázky porozuměl a zda skutečně odpovídá na to, na co jsem se ho ptala. Respondent mohl navíc své odpovědi rozvést, doplnit o své subjektivní názory, postoje a zkušenosti, pro které v písemných odpovědích v dotaznících není dostatek prostoru.

Kromě již uvedené techniky sběru dat (kvalitativní polostrukturované rozhovory) jsem také vycházela ze své vlastní zkušenosti s problematikou poruch příjmu potravy. O tuto oblast jsem se již dříve velmi intenzivně zajímala a to nejen na úrovni obecné, ale i v „praxi“. V mém nejbližším okruhu přátel jsem se totiž dlouhou dobu potýkala s tímto onemocněním, a proto pro mě problematika, o které informátoři hovořili, nebyla cizí. Přestože jsem si uvědomovala, že se touto subjektivní zkušeností nesmím nechat ovlivnit, domnívala jsem se, že mi při mém výzkumu byla tato zkušenost přínosem, jelikož mi napomohla více se přiblížit zkoumanému tématu a také vystavět svůj výzkum na „přirozenějším“ úhlu pohledu. Domnívala jsem se, že bylo výhodou, že jsem se v problematice poměrně vyznala, ale uvědomovala jsem si, že byla na místě velká opatrnost jak při vedení rozhovorů, tak při jejich následné interpretaci. Velmi důležitá byla tzv. sebereflexe, tzn. uvědomění si a přesný popis způsobu, jak já - tedy osoba tazatele (mé schopnosti vést rozhovor, osobní zkušenosti, pohlaví, sociální identita, vzdělání, apod.) mohou ovlivnit výsledky výzkumu.

2.4 Výběr a popis vzorku

Konkrétně pro svoji práci jsem při volbě vzorku zvolila tzv. účelové vzorkování, „*které se používá pro hlubší studium informačně bohatých případů, jejichž počet a výběr závisí na účelu studie.*“⁵⁶ Jak jsem již zmiňovala v kapitole Výzkumná strategie a techniky sběru dat, s většinou respondentek jsem se již znala před vedením rozhovorů, v některých případech jsem znala i jejich partnery. Bohužel počet respondentek a jejich protějšků jsem

⁵⁶ Hendl, J.: Kvalitativní výzkum. Základní metody a aplikace. Praha. Portál 2005, s. 154

nepovažovala za zcela dostačující, a proto jsem se rozhodla další respondentky/ty doplnit, a to prostřednictvím metody „sněhové koule“, kdy jsem po zvolení několika jedinců pro rozhovor, kteří mě pak dále informovali, na základě jejich doporučení vybrala další případy.

Respondenty a respondentky pro svou práci jsem vybírala ze svého okolí, tedy z oblasti poměrně malé, ale doufám, že se mi touto cestou podařilo prezentovat sice místně omezený, ale zato ucelenější obraz zvolené problematiky. Dotazování, až na jednu výjimku, pocházejí konkrétně z města Kladna a blízkého okolí, které je zároveň i místem mého bydliště. Město Kladno má přibližně 70.000 obyvatel, a proto nelze předpokládat, že se mi podařilo provést rozhovory se všemi lidmi z tohoto města, kteří mají s poruchami příjmu potravy zkušenosti, avšak to ani nebyl cíl mého výzkumu.

V průběhu mé práce jsem uskutečnila celkem dvacet čtyři polostrukturovaných rozhovorů s informátory. Jednalo se o dvanáct dvojic, vždy pár tvořený partnerem či otcem, který se potýkal s PPP své blízké a dívka trpící nemocí, jejíž výpověď rozšiřovala úhel pohledu na nemoc, její vliv na vztahy, život a okolí.

V pěti případech se jednalo o dvojici dcery a otce, v dalších sedmi případech o pár ženy a jejího partnera. Věk dívek – žen, které se zúčastnily mého výzkumu, se pohyboval v rozmezí 22-45 let, ovšem až na výjimky bylo dívkám 22-24let. Pouze ve dvou případech ženy vystudovaly střední školu, zbytek respondentek své vzdělání dále rozšiřovalo. Některé již vysokou školu vystudovaly, jiné ji ještě navštěvují.

Vzorek mužů byl tvořen pěti otci a 7 partnery. Věk tatínků se pohyboval mezi 53-63 roky, partnerů mezi 26-57 lety. Vzdělání otců bylo na vyšší úrovni, 3 vystudovali střední školu a 2 vysokou školu. U partnerů bylo dosažené vzdělání méně vyrovnané, 2 muži navštěvovali pouze učiliště, 2 dokončili střední školu a 3 vysokou školu.

Délka vztahu partnerů odpovídala věku respondentů – od 1,5 roku – 20let. Dva páry spolu udržovali vztah 2 roky, ovšem většinou spolu partneři byli 4-6let. Z toho 4 dvojice uzavřely manželský sňatek, 2 páry měly potomky. Pouze ve dvou případech spolu partneři žili, ale neměli vlastní domácnost (žili u rodičů jednoho z partnerů), ostatní sdíleli společnou domácnost. Jedenáct dvojic informátorů pocházelo z městského prostředí Kladna, pouze jedna manželská dvojice žije v malé vesnici kousek od Kladna.

V rozhovorech jsem zjišťovala podrobnější informace o nemoci, jakou poruchou příjmu potravy dívka trpěla, kdy její potíže začaly, jak se s nimi vyrovnává, zda je léčí a jakým

způsobem. Ve snaze o přehlednost jsem v této části popisu vzorku zařadila tabulku zachycující právě tyto informace.

Tabulka č. 1 - Popis výzkumného vzorku

	Věk a druh PPP	Doba trvání PPP a kontakt s léčebným zařízením ANO - NE
Informátorka č. 1	38 let - mentální bulimie	20 let, NE
Informátorka č. 2	23 let - mentální anorexie	8 let, ANO
Informátorka č. 3	24 let - mentální anorexie	9 let, NE
Informátorka č. 4	24 let - mentální anorexie	9 let, NE
Informátorka č. 5	45 let - mentální bulimie	30 let, ANO
Informátorka č. 6	31 let – mentální bulimie	15 let, ANO
Informátorka č. 7	24 let – mentální bulimie	8 let, NE
Informátorka č. 8	24 let – mentální anorexie	7 let, ANO
Informátorka č. 9	28 let – mentální anorexie	7 let, ANO
Informátorka č. 10	24 let – mentální anorexie	8 let, NE
Informátorka č. 11	22 let – mentální bulimie	7 let, ANO
Informátorka č. 12	23 let – MA cca 1 rok, MB trvá	8 let, ANO

Vzorek dvanácti dívek je tvořen šesti anorektičkami a šesti bulimičkami, ačkoli některé dívky poukazovaly na prolínání obtíží s jídlem.

2.5 *Kontakt s respondenty*

Již při prvním kontaktování jsem informátory seznámila s obsahem a cílem své bakalářské práce. Některé respondentky byly zprvu překvapeny, přeci jenom se nejedná o příliš příjemné téma, pro některé je spojeno s bolestivými a smutnými vzpomínkami, pro některé není problém v současné době ještě zcela vyřešen, a proto jsem si byla vědoma, že o těchto věcech není snadné hovořit. Považovala jsem za určitou výhodu skutečnost, že se s většinou respondentek osobně znám řadu let, což mohlo pomoci překonat počáteční ostych,

stud a nejistotu respondentek. Na druhou stranu jsem si byla vědoma, že jde o můj osobní pocit a že některým respondentkám naše blízkost mohla být v průběhu rozhovorů nepříjemná. Téměř všechny respondentky byly zpočátku zaskočeny problematikou, ale po uvážení zpravidla přistoupily na svou účast ve výzkumu, neboť se domnívaly, že by práce mohla být přínosem pro lidi, kteří se s poruchou příjmu potravy potýkají, a také určitou pomocí pro jejich blízké. Ve většině případů, zejména pokud se s problémem nemocné potýkali jejich partneři, byla hned na začátku vyjádřena ochota přesvědčit i svého partnera, aby se zúčastnil výzkumu. Problematictější situace se ukázala v případech, kde se s nemocí potýkali hlavně rodiče nemocné, tedy když jsem se snažila zkontaktovat a vést rozhovor s otcem respondentky. První reakce byly většinou naprosto odmítavé, v některých případech byla nutnost zapojení otce tak velkou překážkou, že bylo nutné tyto respondentky z výzkumu dokonce vyřadit. Ovšem s odstupem času byly některé respondentky ochotné požádat svého otce, aby se zapojil do práce, a v některých případech bylo této žádosti vyhověno. Do své práce jsem tak mohla zahrnout pouze ty respondentky a respondenty, kteří byli ochotni se dobrovolně rozhovoru zúčastnit a hovořit o svých zkušenostech.

Informátory jsem ve většině případů oslovila osobně nebo telefonicky na základě naší předchozí známosti, či na základě doporučení již zkontaktovaných účastníků výzkumu. Počet svých respondentů/tek jsem se snažila navýšit prosbou o zapojení se do mé bakalářské práce na internetových stránkách www.idealni.cz v diskuzním fóru, a také prostřednictvím odborníků, které jsem požádala o umístění informací o mé práci v jejich ordinaci, skupině. Také jsem se zúčastnila Klubu pro rodiče a přátele v Psychiatrické klinice VFN pod vedením Dr. Františka Davida Krcha a tam jsem se snažila oslovit další respondenty. Bohužel tato snaha nepřinesla výraznější výsledky, ukázalo se, že je velmi složité a obtížné získat ochotné informátory.

Všechny respondenty/ky, kteří byli ochotni zúčastnit se rozhovoru, jsem požádala o svolení k pořízení zvukového záznamu během rozhovoru, ujistila jsem je, že zvukový materiál použiji pouze k účelu přepsání rozhovoru, tedy že se nahrávka nedostane do cizích rukou. V případě zachování přísné anonymity na nahrávání rozhovoru informátoři přistoupili.

V průběhu rozhovorů jsem se snažila přistupovat k respondentům citlivě a s porozuměním, což si závažnost problematiky vyžadovala. Kvalitu rozhovoru také ovlivňuje vhodné místo jeho realizace, proto jsem se snažila přizpůsobit přáním respondentů s ohledem

na to, aby měli potřebný klid, možnost soustředění a cítili se příjemně. Okruhy otázek jsem měla předem připravené a formulované, ale v případě, že se rozhovor odklonil k jiné otázce, nechala jsem respondenty v klidu hovořit, abych zbytečně nenarušovala plynulost rozhovoru, a tím respondenta neovlivňovala.

2.6 Zpracování získaných dat

Nahrané rozhovory bylo nutné dále zpracovat pomocí transkripce. Jedná se o proces převodu mluveného projevu z interview do písemné podoby, přičemž jsem používala doslovnou transkripci doplněnou o informace z poznámek, které jsem si průběžně dělala, neboť diktafon nemohl zachytit relevantní neverbální komunikaci. Uvědomovala jsem si, že již přepis rozhovoru byl do určité míry mojí interpretací. Takto přepsaný rozhovor musí vždy obsahovat tzv. *paspartizaci*- zachycení průběhu rozhovoru, času, místa, doby trvání a také profilu respondenta - věk, pohlaví, soc. zázemí, vzdělání, atd.

Klíčovým nástrojem následné analýzy bylo kódování, které umožnilo data utřídit a zároveň komplikovat. Kód jakožto symbol je přiřazen k úseku dat, a to způsobem, že ho klasifikuje, respektive kategorizuje. Konkrétně jsem zvolila otevřené kódování, díky němuž jsem se snažila dosáhnout adekvátního popisu dat výzkumu. Během analýzy v otevřeném kódování se text rozkrývá, což napomohlo interpretaci. V přepsaných rozhovorech jsem se poté snažila vyhledat odpovědi na výzkumné otázky.

2.7 Analýza a interpretace získaných informací

V rámci rozhovorů jsem na jedné straně získávala tzv. “tvrdá data” týkající se např. věku respondentů/tek, délky partnerského vztahu, způsobu bydlení, sezdanosti páru, potomcích, o dosaženém vzdělání a aktuálním zdravotním stavu dcery či partnerky. Na druhé straně jsem zachytila tzv. “měkká data”, tedy subjektivní názory a výpovědi dívek, žen, otců a partnerů, která jsem utřídila a použila pro praktickou část mé bakalářské práce. Získané informace prostřednictvím interview jsem dále zpracovala a tímto postupem vyloučily následující kategorie.

2.7.1 Informovanost respondentů o nemoci

Teoretická informovanost partnerů a otců o problematice poruch příjmu potravy byla ve všech případech velmi povrchní, obecná, zběžná a základní. Všichni dotazovaní odpověděli, že o této problematice „zaslechli“ a „četli“ – tedy jejich znalost byla založena převážně na zprávách z médií.

Pět respondentů uvedlo, že o těchto onemocněních věděli, že existují, ale že si je spojovali převážně se vzdáleným světem modelek a těmito extrémními případy, o nichž slyšeli v televizi, rádiu či o nich četli v časopisech. Spojovali si je s případy, kdy dívky nejedly téměř nic, a proto v některých případech zemřely. *„Tak většinou tam byly prezentovaný ty šílený případy modelek téměř na umření a tak. Asi nikdy tam nikdo nepsal o obyčejný holce, co má sem tam s tím problém, ale jinak dokáže fungovat.“* (partner) *„Tak asi jako všichni, něco zaslechnete, čtete, ale spíš takový obecnosti, že třeba někdo tímhle trpí a že je možný i umřít, když ty osoby nejedí vůbec nic a tak, ale nezajímá jsem se o to víc, neměl jsem k tomu důvod. Spíš jsem si to spojoval s modelkama a jejich nestandardním způsobem života. Takže jsem v podstatě nevěděl nic.“* (partner)

Nikdo z respondentů se o tato onemocnění hlouběji nezajímá a pouze jeden muž se s PPP setkal ve svém okolí: *„Setkal jsem se s nemocí v okolí mých dcer, ale taky jedna kolegyně v práci s tím měla problém a docela jsme se přátelili, takže jsem to s ní řešil a mluvil s ní o tom. U ní se jednalo čistě o problém se zvracením, myslím, že se to dalo označit za bulimii, takže jsem o tom věděl hlavně od ní a jak jsem řek, i ve sportovním okolí mé dcery se to vyskytovalo, ale o tom jsem nevěděl nic moc.“*

Všichni partneři si uvědomovali, že PPP souvisí hlavně s psychikou jedince. Když si toho nebyli vědomi na začátku, nyní již ano na základě osobních zkušeností s nemocí partnerky: *„Na začátku si člověk myslí, že to souvisí jenom s jídlem, ale postupem času, co to u ní sleduju, tak vidím, že to hlavně souvisí s její psychikou a tím, jak se zrovna cítí.“* (partner) Ovšem v případě otců bylo možné u dvou tatínků sledovat naprosté nepochopení podstaty problému i přes výrazné komplikace, zdravotní problémy a léčbu jejich dcer: *„Tak ona prostě začla zlobit s jídlem, respektive nechtěla skoro nic jíst, ale docela brzy se to srovnalo. Moje dcera nikdy neměla žádný psychický problémy a to, že nejí, neznamená, že je rovnou cvok.“* (otec) *„Prostě málo jedla a taky nesprávně. Navíc si myslím, že to bylo takový blbnutí, který odpovídá trendům a je módní záležitostí.“* (otec)

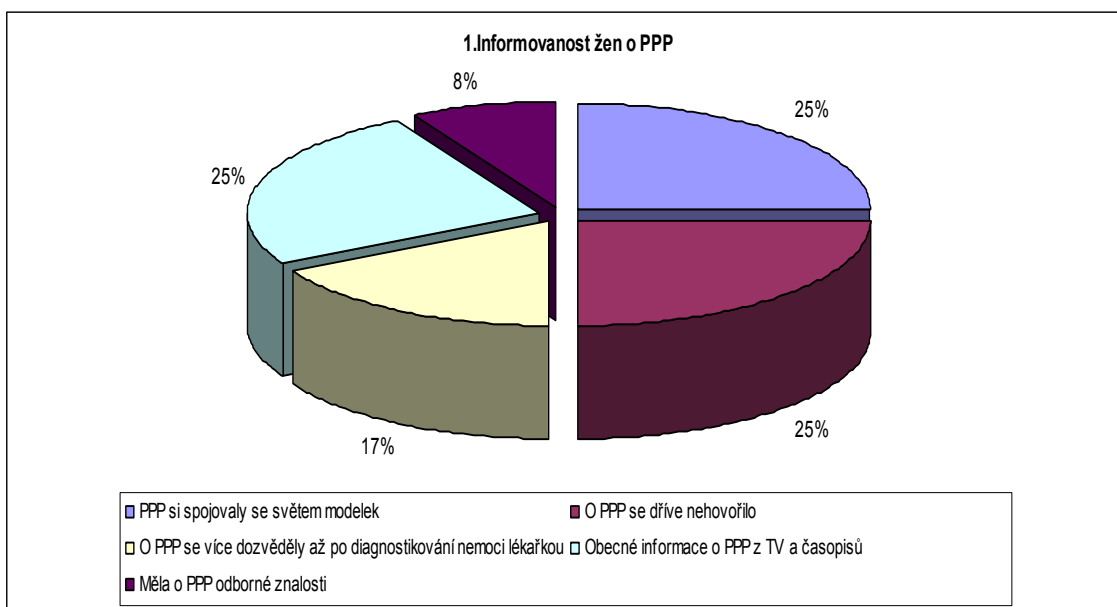
Na druhou stranu další dva otcové podstatu nemoci pochopili velmi dobře a vyjádřili lítost nad tím, že o problematice nebyli informováni více. *„Bohužel jsem o tomhle skoro nic nevěděl a je to škoda, třeba by to na začátku pomohlo...“* (otec)

Polovina žen uvedla, že o poruchách příjmu potravy neměly žádné odbornější, hlubší informace a nevěděly o nich téměř nic. Podle názoru třech respondentek se o těchto onemocněních veřejně příliš nehovořilo, nepsalo a informace o nich ani nebyly příliš dostupné, což bylo dáno jejich věkem. Počátek jejich problematičtějšího vztahu k jídlu spadl do období počátku 90.let, kdy toto téma nebylo příliš diskutované. *„Na začátku nemoci jsem si ji nepřipouštěla, prakticky ani nevěděla, že nějaká anorexie nebo něco takového vůbec existuje. Když si spočteš, kolik mi je, tak je jasný, že jsem dítě komunistický doby a tenkrát nic podobného nikoho nezajímalo a ani se o tom veřejně tolik nemluvalo jako dneska. Ted' mi připadá, že o tom čtu nebo slyším v podstatě na každém rohu, ale tenkrát skoro vůbec.“* ... *„V té době, to už je 30let zpátky, se o tom nepsalo a ani nemluvalo jako dneska. Ani nevím, jestli se to tak tenkrát vůbec nazývalo. Nevím, jestli je to tak starý problém a ani nevím, že by tyhle názvy zaznívaly.“*

Dvě respondentky dále vypověděly, že se o PPP dozvěděly až poté, co jim byl problém diagnostikován lékařkou: *„Úplně poprvé, když mi stanovili, že trpím PPP, tak jsem skoro neměla ani potuchy, co to anorexie nebo bulimie je. Víím, jak jsem pak přišla od doktorky domů a joo, jen tak mimochodem, tam mě mamka dotáhla tak trochu násilím, ale to je jedno a tam jsem si pak přečetla v encyklopedii nějaký základní informace.“* ... *„Nevěděla jsem, co jsou poruchy příjmu potravy a vlastně když s tím máma přišla od doktorky, netušila jsem, o co jde, což je jasný, protože je to psychická nemoc.“*

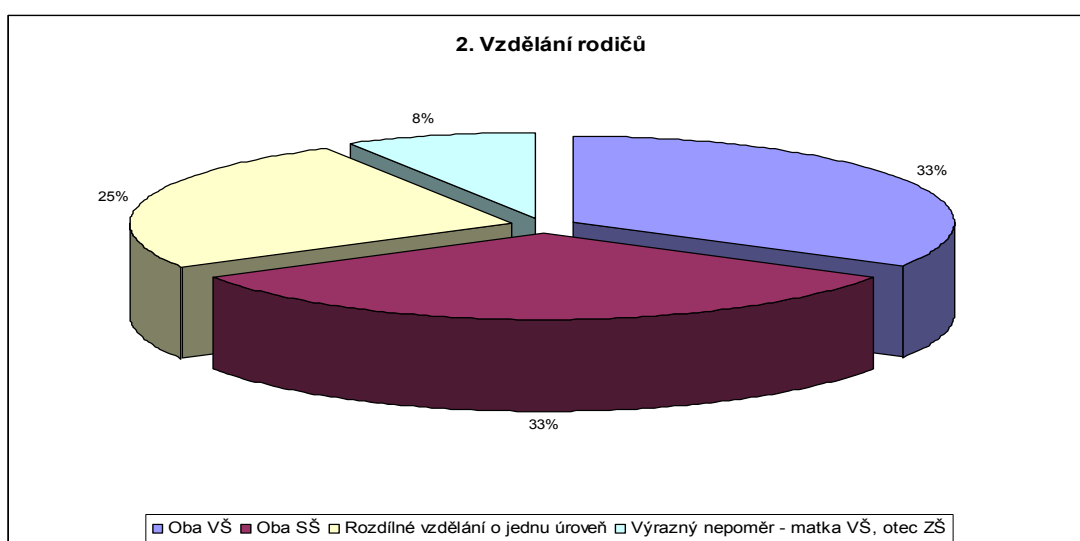
Zbýlé respondentky uvedly, že měly informace o PPP z populárních časopisů, knih, televize a médií, přičemž 3 dívky si tato onemocnění spojovaly s extrémními případy vyhublých modelek, a proto se domnívaly, že se jich problém netýká, což souvídalo se jejich zkreslenými představami o sobě a jejich těle. Pouze jedna dívka se domnívala, že již na počátku své nemoci měla hlubší teoretické znalosti o PPP: *„Ještě před mým onemocněním, když to tak řeknu, jsem měla, troufám si říct, až odborný znalosti z týchle oblasti, myslím z problematiky poruch příjmu potravy... Ty jsem získala jak z odborný literatury, tak z televize*

nebo internetu a tak. Musím přiznat, že jsem si uvědomovala všechna rizika s tím spojená.“



2.7.2 Původní rodina dívek a žen trpících PPP

Rodiče respondentek vesměs dosáhli vyrovnané úrovně vzdělání. Ve 4 případech oba rodiče vystudovali vysokou školu, ve 4 oba střední školu, v dalších 3 jeden rodič dosáhl vysokoškolského vzdělání a druhý středoškolského, případně středoškolského a druhý se vyučil. Pouze u jedné dívky se vyskytl velký nepoměr mezi vzděláním rodičů – matka vystudovala vysokou školu a otec dokončil pouze základní vzdělání.



Žádná z respondentek nebyla jedináček a polovina rodičů se nikdy nerozvedla, ovšem ve dvou případech jejich dcery nepovažují vzájemný vztah rodičů za příliš spokojený: *„Vztah rodičů je nepochopitelný... Nějak jim to funguje, ale jsou věčně na kordy. To není jakože by to bylo nějaký přátelský špičkování... Není to vůbec příjemný z vnějšího pohledu, vlastně z vnějšího pohledu jsou na sebe fakt hnusný. Nevím, jak to mají mezi sebou, třeba tomu rozuměj nějak jinak.“* Jedné respondentce navíc zemřel otec v době vzniku nemoci.

Zbýlých šest rodičovských párů bylo rozvedeno, nežijí spolu a příliš spolu nevycházejí: *„Tak dneska už táta mámu může vidět a možná i pozdravit na ulici, ale ne že by byl schopnej se s ní normálně bavit. V tomhle je chyba na jeho straně, tváří se jakoby mamka umřela, ale já s ním už asi skoro čtyři roky nemluvim a nestýkám se s ním, takže to ani moc neřešíme.“*

Je zajímavé, že žádná z dívek a žen sama nepovažovala napětí mezi rodiči, hádky a rozvod za příčinu vzniku PPP, a to ani v případě, kdy tuto skutečnost považovali lékaři za zcela zásadní pro vznik nemoci dívky: *„Tak doktoři říkali, že příčinou byl rozchod a hádky rodičů a já jsem se snažila svým problémem upoutat pozornost na mě. Ale s tím fakt nesouhlasím a mám svůj vysvětlení.“*

Tato data zjištěná na základě provedených rozhovorů lze považovat za korespondující s názorem F.D.Krcha, že nelze definovat a že neexistuje žádná typická anorektická či bulimická rodina.

2.7.3 Seznámení se s poruchami příjmu potravy u blízké osoby očima muže

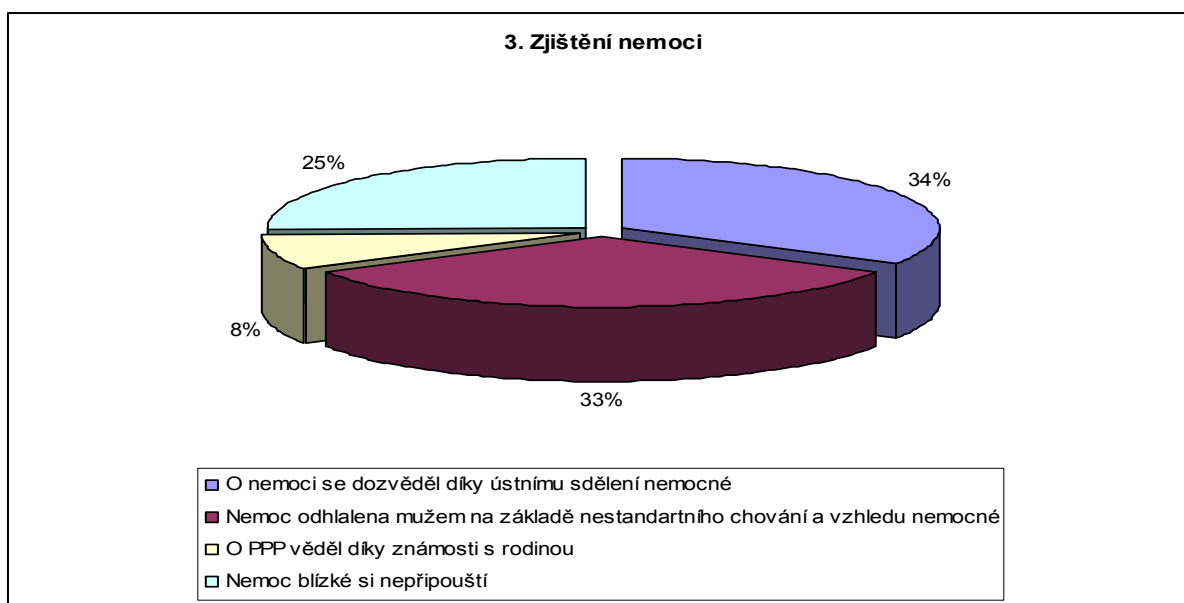
Pouze v jednom případě byl partner nemocné od začátku vztahu o problému plně informován díky předchozí známosti s její rodinou: *„Před začátkem našeho vztahu už tenhle problém měla, ale jako kamarádi jsme se znali už dřív a věděl jsem proto o tom. O ní jsem toho celkově věděl dost, protože jsem se kamarádlil s jejím bráchou, a tak jsem o tom od něj slyšel a věděl.“* Pět respondentů o PPP na počátku vztahu nevědělo, jeden uvedl, že tušil, že je s jídlom manželky něco v nepořádku: *„Téměř od začátku jsem věděl, že je nějaký problém... teda ne možná, že jde vyloženě o tohle, ale že je něco v nepořádku ohledně jídla a jejího pohledu na sebe.“*

Partneři si byli velmi dobře vědomi, jakou PPP jejich partnerka trpěla či stále trpí,

pouze jeden partner si nemoc neuvědomoval a nepřipouštěl: „*Tak ona... já doufám, že ničím netrpí, že to není zas až takovej problém.*“

Ve 4 případech se partner o nemoci dozvěděl díky ústnímu sdělení své partnerky, což bylo vnímáno veskrze kladně: „*Přítelkyně mi o své bulimii sama řekla a za to si jí moc vážím.*“, jeden partner o nemoci věděl od bratra nemocné a dva partneři onemocnění „odhalili“ sami: „*Všimnul jsem si toho sám a začal jsem se ptát, co to má znamenat, začal jsem jí vyčítat, že se stravuje úplně nezdravě, že to není normální.*“

Úhel pohledu otců se v mnohém lišil – ve dvou případech tatínek nemocné problém zcela popíral a zlehčoval či jej odmítal nazývat poruchou a to i přes skutečnost, že dcera byla kvůli PPP hospitalizována, musela navštěvovat psychologa a dosáhla životu nebezpečné váhy (34kg): „*Nebyla to nějaká porucha, ale nechtěla jíst a toužila po tom být strašně moc štíhlá, až to nebylo hezký.*“ ... „*Poruchou bych to nenazýval, jenom prostě nechtěla jíst, takže hodně zhubla, ale jak už jsem říkal, srovnalo se to rychle a vrátila se do normálu.*“



Ovšem ve zbylých třech případech otec vnímal nemoc odlišným způsobem a byl si plně vědom závažnosti problému: „*Myslím, že jsem si uvědomoval, že je to závažný. I to, že tady s Vámi mluvím o dost rodinných záležitostech a osobních věcech, ukazuje, že mám před těmahle věcmi velké respekt a bojím se jich.*“ ... „*Závažnost onemocnění jsem si uvědomoval a asi čím dál tím víc, jednak s rostoucí mírou informovanosti a jednak proto, že asi před*

rokem jedna z jejích spolupacientek, kterou jsme znali i ze skupinových terapií na Karlově a kterou jsme skoro všichni považovali za někoho, kdo tam skoro nepatří, náhle zemřela, zcela jednoznačně v souvislosti s anorexií.“

Ani v jednom případě se dcera s problémem nese sama, většinou se otec o nemoci dcery dozvěděl od své manželky, což mohlo souviset i se skutečností, že rodiče nemocné byli rozvedeni a také s tradičním pojetím rodičovských rolí, kdy se od matky očekává, že by měla být vůči problémům svých dětí vnímavější. Pouze v jednom případě otec nemoc odhalil sám, jelikož žil se svými dcerami a manželka žila odděleně. Začal pozorovat zvláštní jídelní chování své dcery: *„Tak asi jsme vypožorovali, teda jako myslím mě a její sestru, že po každém jídle chodí v krátké době na záchod. To nám nejdřív nijak nepřišlo, ale naopak když jedla, jedla jakoby hodně hltavě a snědla velké množství. Začlo nám to docházet, ale docela to trvalo. Bylo poměrně zvláštní, že i když takhle jedla, nijak nepřibírala. Druhá dcera má dobrou postavu, ale musí o to docela dbát, takže to prostě začlo bejt celý divný.“*

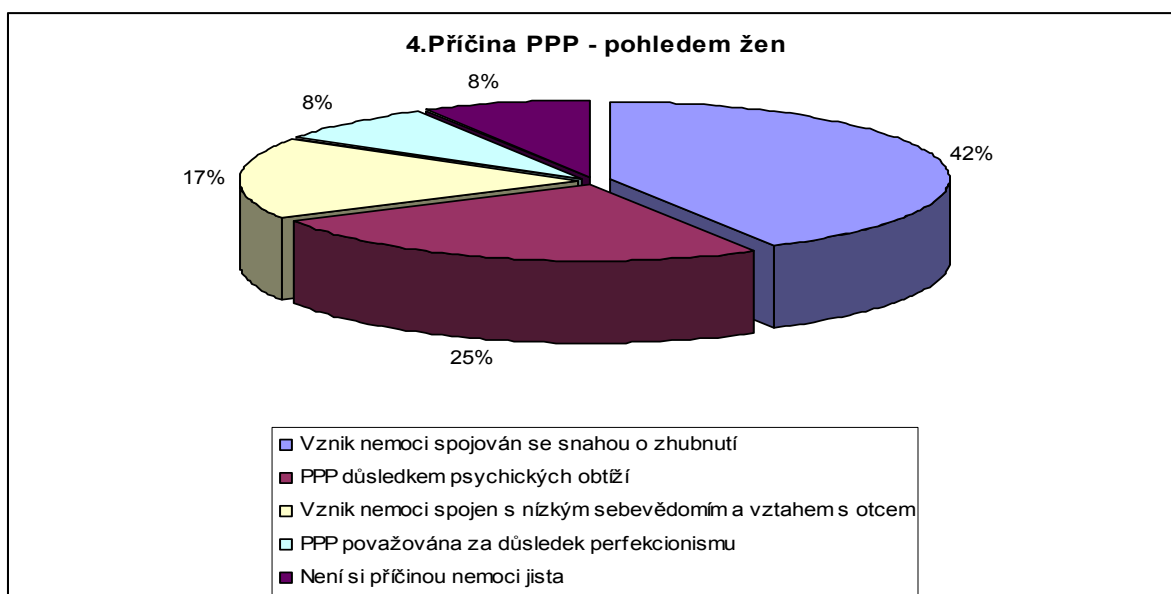
2.7.4 Příčiny vlastního onemocnění očima dívek a žen

Můj vzorek respondentek je tvořen dvanácti dívkami či ženami, přičemž šest z nich samo sebe označilo hlavně za bulimičku, zbylá polovina se považovala za anorektičku. Ovšem pouze v pěti případech bylo možné hovořit o „čisté“ mentální anorexii nebo „čisté“ mentální bulimii. V ostatních výpovědích byl sice patrný příklon k jedné z nemocí, ale samy respondentky dále uvedly, že se jejich problémy s jídlem prolínaly a proměňovaly: *„Tak já snad prošla všim. Byla tam i anorexie, ale to bylo tak krátkou dobu, že to ani nepovažuji za příliš důležitý, bylo to jen pár měsíců. Spíš mám dlouho bulimii a taky se to prolíná se záchvatovitým přejídáním. Prostě se to různě prolíná.“... „Trpěla jsem anorexií i bulimií, když jsem se dostávala z anorexie, přešlo to do ještě horší věci.“... „Mým hlavním problémem je anorexie, ale s takovejma občasnejma epizodama, bulimickejma...“*

Problematický postoj k jídlu a sobě samé respondentky prožívaly v různé délce od 6 – 30ti let, vždy úměrně svému současnému věku. U většiny dívek počátek problému spadl do věku 15 – 17 let, pouze situace jedné dívky se vymykala: *„Začlo to docela pozdě, tak přibližně v 21 letech.“*, což bylo netypické i vzhledem k tomu, že dívka trpěla hlavně mentální anorexií, která obvykle začíná mezi 14-18 rokem.

Při zjišťování příčiny vzniku PPP 5 respondentek uvedlo, že se snažily zhubnout a líbit

se: „*Tak od malička mi všichni říkali, že jsem tlustá, ve srovnání se ségrou, no ta prostě byla hubenější a taky si pamatuju, že jsem chodila k doktorce se štítnou žlázou a ta mi říkala, že jsem tlustá... Vždycky mi to hodně vadilo...*“, neboť samy sebe považovaly za nedostatečné v tomto směru. Tři dívky poukazovaly na svou psychickou vyčerpanost a deprese, které způsobily PPP jako spíše sekundární problém: „*Ráda bych to svalovala na ostatní, jako že matka se ke mně nehezky chovala, že bylo u nás doma napětí. To možná považuju za prapříčinu. Ale nejsem si jistá, jestli to prostě nebylo tím, že jsem byla v depresi. Můžu děkovat, že jsem s tou depresí začla něco dělat, protože jsem na tom byla fakt mizerně, že jsem to až musela začít léčit. Předtím by mě ani nenapadlo, že bych to mohla ventilovat jinak než jídlem.*“ Dvě respondentky spojovaly vznik problému s nízkým sebevědomím a snahou dokázat svou hodnotu otcí: „*Neustále jsem měla potřebu tátovi něco dokazovat, aby mě měl táta mít za co rád... Přijde mi to, že ho prostě nesmím zklamat, ale přitom vim, že když s nim mluvím, nemůžu ho vystát, hádáme se, ale zároveň jsem hrozně ráda, když mě obejmě. Nevim, prostě mi tam něco chybělo. Naši mě ve všem ovládali, cejtla jsem se nejistá, ale u tohohle jsem měla pocit, že to je jenom na mně.*“ Jedna respondentka, i přes odlišnou diagnózu lékařů, spatřovala počátek nemoci ve svém perfekcionismu: „*Můj osobní názor je, že jsem přišla na gympl, kde byli všichni chytrý, krásný, mně to tam moc nešlo a byla jsem jak šedá myška. No a můj perfekcionismus vedl k tomuhle. Jsem hodně vztahovačná, potřebuju mít pocit, že vedu ostatní lidi, potřebuju bejt o stupínek vejš než ostatní lidi a tohle tak najednou nebylo.*“ Jedna dívka si doposud nebyla příčinou nemoci jista, nenalezl zatím pro sebe žádné přijatelné vysvětlení: „*Tak kdybych věděla, co bylo příčinou, tak už jsem jí dávno odstranila... Nee, já fakt nevím, jak už jsem naznačila, nebyl k tomu vlastně žádný důvod, silná jsem nikdy nebyla, sportovala jsem, já fakt nevím. Přečetla jsem spoustu knížek, kde je hromada různých názorů, ale já nikdy nechtěla bejt hubená jak modelka, upoutávat na sebe pozornost, rodiče byli vždycky v pohodě, problémy začly až po začátku mé anorexie.*“ Tyto výpovědi poukazovaly na skutečnost, že neexistuje pouze jediná univerzální příčina poruch příjmu potravy.



Všechny respondentky uvedly, že si svůj vztah k jídlu jako problém „nepřipouštěly“, nevnímaly tento stav jako problematický, přičemž dvě dívky to tak chápaly i v současnosti. 7 žen dále vypovědělo, že k částečnému uvědomění si PPP došlo prostřednictvím psychických obtíží, nevyrovnanosti, depresím a sebepoškozování, které dále řešily s lékařem: *„Postupem času jsem začala ztrácet kamarády, protože mi chtěli pomoci a já se před nimi uzavírala sama do sebe, s rodiči začaly neustálé hádky, samy výčitky nejen z jídla, ale snad skoro ze všeho, postupem času přišly i deprese, cejtala jsem se strašně sama, začala jsem se nenávidět, sebepoškozovat, myslela jsem i na sebevraždu, protože už jsem nechtěla nikomu ubližovat.“* Tři respondentky se domnívaly, že k připuštění si své nemoci vedly především zdravotní komplikace: *„Začla jsem mít různé problémy, odřený ruce, krk a začlo mě hodně často a dost intenzivně pobolívávat břicho a žaludek a mně najednou došlo, jo, mám asi problém.“*

Pět žen se shodlo na tom, že u nich v rodině nikdo problematickým postojem k jídlu netrpěl a ani nedržel žádné diety: *„Ne, u nás měli všichni jídlo rádi a o nikom nevím, že by to řešil... Taky jsme všichni sportovali, takže tloušťku u nás ani nikdo moc neřešil, i když moje máma podle mě byla docela silná, ale ona se tím nezabývala.“* 6 respondentek uvedlo, že se sice v jejich rodině nikdo s PPP neléčil, ale že sledovaly zvláštní chování ve spojitosti s jídlom: *„Moje mamka od svého mládí sice jí, ale tak miniaturní porcičky a tak maličko, že se v podstatě v určitý době o anorexii jednalo. Mamka začla asi ve svých 16ti letech držet dietu stylem, že jedla půlku rohlíku a několik jablek denně. Dneska jí v podstatě všechno, ale*

neuvěřitelně málo, a když jsme o tom mluvily, tak říkala, že s tím asi vždycky měla trochu problém.“ Pouze jedna dívka měla ve své rodině osobu, která se léčila s PPP : „Moje teta, sestra od táty, měla v jejích 12 letech taky anorexii, byla s ní v nemocnici, ale je vyléčená.“

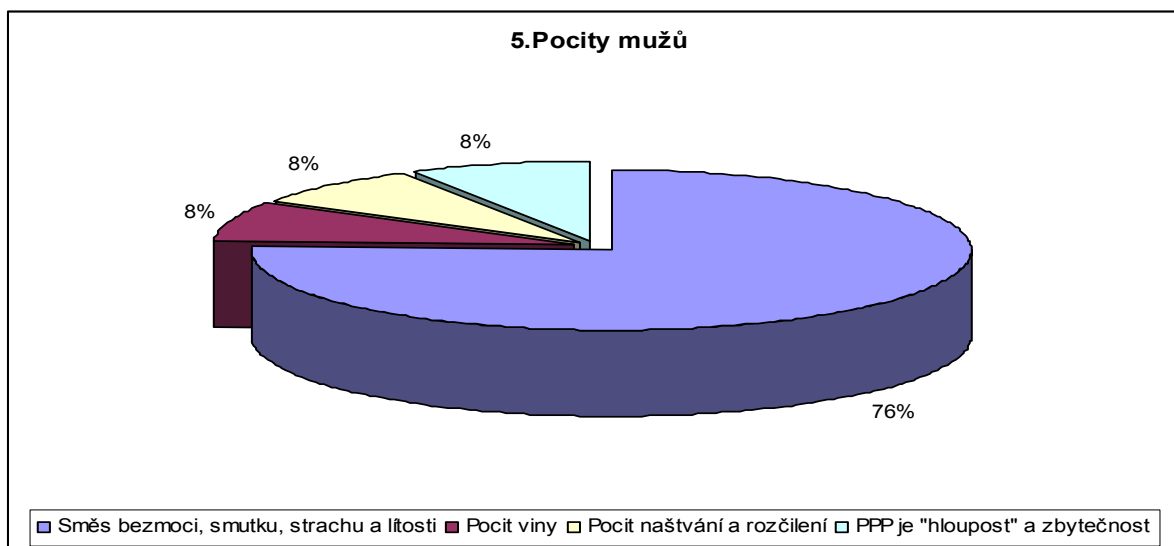
2.7.5 Reakce, pocity a vnímání problému

Čtyři partneři konstatovali, že jejich reakce na zjištění o PPP jejich partnerky byly vcelku zmatené, že nechápali situaci a nevěděli, proč takový problém a nemoc vznikla: *„Byl jsem poměrně zaskočen, s tímhle jsem se nikdy nesetkal a nevěděl jsem, co od toho čekat a co s tím dělat. Takže jsem asi reagoval poměrně zmateně a nes jsem to dost těžce.“* Dva partneři reagovali snahou o „domluvení“ partnerce tím, že se snažili dohlížet, aby zdravě a dostatečně jedla: *„Já jsem jí nutil, aby začala jíst. Se mnou už se pak pomalu začala zlepšit, protože jsem na ní moh relativně dohlížet.“* Pouze jeden z partnerů problém nepřipouštěl a zlehčoval, i když o něm byl informován svou přítelkyní.

U třech otců nemoc dcery vyvolala hledání příčin a vlnu „sebeobviňování“: *„Samozřejmě jsme hledali příčiny a možná zanedbání zejména u sebe, těžko jsme se rovnali s osvětou, které se nám dostávalo na odborných pracovištích, jednak že za vznik nemoci jakoby nikdo nemůže, a že se s tím takřka nedá nic dělat.“* Tato reakce byla sledovatelná u tatínků, kteří se svými dcerami žili ve společné domácnosti a přicházeli s nimi běžně a pravidelně do kontaktu. Vnímání situace a onemocnění se ukázalo jako odlišné u otců, kteří se svými dcerami nežili. Jeden uvedl, že se snažil ji donutit jíst, aby přibrala na váze a další otec závažnost situace zcela nepochopil, neboť vyjadřoval pouze obavy o studium dcery: *„Tak říkal jsem si, že pokud to problém je, že se vyléčí a že snad co nejdřív, aby jí to nějak neovlivnilo ve škole a v jejích povinnostech.“*

Mezi nejčastější pocity ve spojitosti s nemocí partnerky/dcery muži zmiňovali směs bezmoci, smutku, strachu a lítosti (9 respondentů). Jeden partner nemocné se svěřil s pocitem viny: *„Tak trošku si to dávám za vinu, že jsem to takhle zařídil já tím, že jsem jí nutil, aby zhubla, ale já se prostě nechci kolem sebe dívat na tlustý lidi, mně to vadí. Každý druhý je, pardon, ale vyžranej a lidi si za to můžou sami.“* Jeden otec popisoval kromě bezmoci hlavně naštvání a rozčilení: *„Tak jsem naštvanej na bývalou manželku, že to nechala zajít tak daleko, když jí měla před očima, měla jí prostě popadnout a něco s ní dělat. Ne ji nechat dělat takovýhle blbosti, měli bysme jíst všichni všechno... taky jsem se cejtíl dost bezmocně, přeci*

jen když jsem s nima nežil, nemoh jsem úplně zasahovat a ani dceři pořádně domluvit.“ Podle jednoho otce šlo o „hloupost“: „Byla to prostě hloupost, ohrozila tím svoje studium v té době, zanedbávala koníčky, kamarády a tak všechno kolem a to mi přijde zbytečný.“



Sedm respondentů vypovědělo, že nemoc partnerky/dcery neovlivnila jejich pohled na její osobu, vnímali ji stále stejným způsobem. Dva otcové uvedli, že svou dceru stále stejně milovali, ale vnímali výrazný vliv dospívání a s tím spojené změny, přičemž ale věřili v dceřinu osobnost, sílu a inteligenci: *„Mám ji rád a vždycky jsem jí považoval za chytrou a úspěšnou a i když je tohle hrozný, vnímal jsem jí dál jako inteligentního člověka, kterej se s tím určitě brzy vypořádá.“*

Jeden partner svou přítelkyni litoval, mrzelo ho, že se takto trápí, protože její přitahovala i bez nutnosti hubnutí a jeden partner vyjádřil svůj pocit zklamání, že měla partnerka potřebu před ním tak závažnou věc tajit: *„Bylo mi to celkově líto, jakoby předemnou něco tajila. Ale zase jsem si na to za ty leta zvyknul.“*

Osm mužů o problému své blízké s okolím nemluvalo a s problémem se nikomu nesvěřovali, a to z různých důvodů jako například: 1partner se bál reakce okolí, nevěděl, zda by to lidé kolem pochopili, 2 by o tom hovořili až v extrémním případě a to spíše s lékařem, ale zatím to podle jejich názoru není tak vážné: *„To už by to muselo být asi fakt extrémní a to bych asi spíš vyhledal odborníka, protože jenom se z toho vypovídat, to mě nějak nelákalo.“* 1 otec by nemoc nejraději nesdílel s nikým, ovšem musel o situaci mluvit s manželkou: *„Nepřál*

jsem si o tom s nikým mluvit, ale chtě nechtě jsem se o tom bavil s manželkou, protože ta z toho byla hodně vyděšená, tak jsem jí v té době utěšoval, že to nic není a že se to určitě brzy spraví a uklidní se to.“ Ostatní se klonili k tomu, že potřebu o nemoci hovořit vůbec nepocíťovali.

Zbylí 4 muži uvedli, že o PPP hovořili, převážně se jednalo o otce dívek, což souviselo i s tím, že nemoc dcery se týkala a ovlivňovala život celé rodiny: *„Žila tím v podstatě celá rodina včetně bývalé manželky a tchyně. Dá se říct, že jsme se ani nebavili o ničem jiném.“* Pouze jeden partner cítil potřebu svěřit se svým přátelům a okolí: *„Hodně jsem o tom mluvil s kamarádama a taky jejím bráchou, protože i když toho druhýho miluješ, není to nejlehčí a kolikrát si s tím fakt nevíš rady, takže to potřebuješ někomu povědět a vyřikat se.“*

2.7.6 Reakce nejbližších na poruchy příjmu potravy očima nemocných žen

Všechny dívky a ženy žily v době vzniku PPP v domácnosti se svými rodiči (případně matkou či otcem po jejich rozvodu či úmrtí). Ovšem vzhledem k délce trvání nemoci v některých případech došlo u poloviny dívek k tomu, že si nemoc přenesly do společné domácnosti s partnerem či manželem.

V naprosté většině (11 respondentek) se samy dívky s problémem dobrovolně nikomu nesvěřovaly, ať už z důvodu, že se za nemoc styděly: *„Nikdy jsem nechtěla to nikomu říkat, ani kamarádkám ne. Byla to moje soukromá záležitost, kterou jsem řešila sama se sebou. Ani mamce jsem to nikdy neřekla, ani partnerovi přímo. Nebrala jsem to jako problém. Potřeba o tom mluvit nebyla, ani se čím chlubit.“* nebo ji nevnímaly jako problém a okolí se o něm dozvědělo, až když byly „přistiženy“. Všechny se ale postupem času svěřily alespoň někomu – lékařům, partnerovi, kamarádce. Pouze jedna dívka vypověděla, že se sama od sebe bez donucení okolnostmi svěřila: *„Víš o tom můj partner, protože v té době už jsem byla trochu nervově mimo a začlo mi docházet, že potřebuju nějaký impulz, abych s tím začla něco dělat. Ne jenom si opakovat, že už to druhý den dělat nebudu, ale jakmile přítel odejde do práce, rozhodnutí jsou pryč... Taky jsem měla šílený nálady a takhle jsem měla pocit, že by to mohl líp pochopit a potřebovala jsem se o to podělit. Dál jsem to řekla své nejlepší kamarádce.“*

Pět respondentek vnímalo reakci svého partnera či rodičů tak, že se jim snažili pomoci a hledali cesty k uzdravení. Ve 3 případech dívky vypověděly, že si jejich okolí s problémem nevědělo rady. Ačkoli je to poměrně překvapivé, 4 dotazované se domnívaly, že jejich blízcí

PPP přehlíželi a dodnes tento problém nepřijali: „*Mám pocit, že mamka si do dneška nechce přiznat, že by u ní mohla být chyba a že je dost negativní a nechce ani dnes připustit, že to byla fakt anorexie. Táta o tom jakoby neví a tváří se, že je to jen tím, že jsem nejedla maso.*“

2.7.7 Vztah s partnerkou/dcerou očima muže

V této části práce je nezbytně nutné rozlišit mezi partnery a otci dívek, neboť jejich pozice a vliv poruchy příjmu potravy na vztah a život se zásadně lišil. Muž v roli partnera obecně má vždy o něco „svobodnější“ volbu, s partnerkou žije dobrovolně a může od ní odejít. Naproti tomu otcovský pohled a vztah je odlišný. Otec nemůže své povinnosti a vazby vůči dceři úplně zrušit a jeho vztah je „nevolený“, nemůže dceru vymazat ze života.

Většina partnerů (5) hodnotila svůj vztah k partnerce veskrze kladně a cítili se v něm vždy šťastně. Zbylí dva partneři poukazovali na určitou proměnlivost vztahu. Pouze 1 partner nevnímal PPP jako omezení v žádném ohledu, což souviselo se skutečností, že partnerku znal řadu let před začátkem jejich vztahu a vnímal nemoc jako fakt, který k ní vždy patřil: „*O jejím problému vim už od začátku našeho vztahu a beru to tak a nikdy to ani nebylo jinak. Nikdy moc nejedla, vždycky u ní hrozilo, že se tohle zhorší a tak to taky beru, prostě to k ní patří.*“ Všichni ostatní uvedli, že PPP je určitým omezením, ať už pro ně či hlavně pro partnerku. „*Omezení to určitě je. Její nálady mají vliv na všechno, kolikrát se bojím něco říct a v podstatě ani nemůžu nic říct, protože se bojím, abych jí nerozhodil, taky mě někdy štve, že nemůžeme mít doma zásobu jídla a taky mám o ní strach, aby si něco neudělala, ale to asi nesouvisí jen s jídlem, spíš s jejím sklonem k depresím.*“ 4 partneři navíc pocítovali výrazný vliv nemoci a aktuálního stavu nemoci partnerky na sexuální život: „*Sex mi často dost chybí a s našim sexuálním životem nejsem spokojenej a vim, že to souvisí s tímhle, protože když má manželka lepší období, daří se i v této oblasti lépe.*“

Ačkoli PPP ovlivňují celkově život nemocných, pouze dva partneři se domnívali, že nemoc partnerky je zdrojem konfliktů a rozepří: „*Skoro pořád vznikaj konflikty a její náladovost si opravdu spojuju jen a jen s její PPP. Tohle bych bejval potřeboval hned na začátku, aby mi někdo vysvětlil střídání nálad u lidí s těmahle problémama.*“ 5 partnerů připustilo, že občas se rozpory ve vztahu objeví, ale nespojovali je s nemocí partnerky a považovali je za normální součást života. Vliv PPP vnímali spíše druhotně.

Úplně všichni partneři se snažili s partnerkou o nemoci otevřeně a v klidu hovořit a

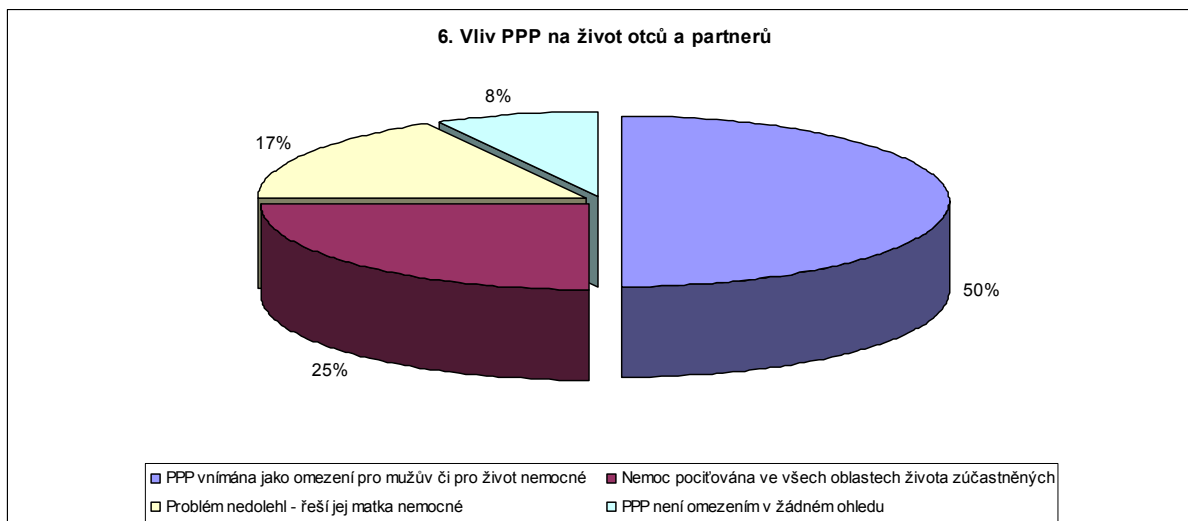
probrat situaci, ovšem vesměs tyto rozhovory nebyly zdrojem příjemných pocitů – muži se cítili bezmocně, unaveně a deprimovaně.

Nikdo z partnerů nepovažoval PPP jako důvod k ukončení vztahu, pět respondentů chápalo pomoc partnerce s onemocněním jako součást vztahu. Dva partneři vyjádřili určité obavy či nejistotu: *„Zatím nechci manželku opustit, ale podotýkám, že je to někdy hodně těžký a složitý a občas mám pocit, že už to nevydržím.“*... *„To je těžký teďka říct, teďka jsem do ní zamilovanej a mám jí rád, takže teďka bych se s ní kvůli tomu nechtěl rozejít. Mám spíš strach, že kdybych se s ní rozešel, že by se to mohlo ještě zhoršit.“*

Vzhledem k tomu, že všechny ženy – partnerky trpěly problematickým vztahem k jídlu a sobě samé v určité podobě již před začátkem vztahu, nemohli partneři pozorovat a hodnotit proměnu vzájemného vztahu pod vlivem PPP, neboť nemoc se s partnerkou pojila již od počátku. Kořeny nemoci spadaly do doby, kdy se pár ještě neznal. V tomto ohledu byl přístup otců opět rozdílný. Tři tatínkové „hledali vysvětlení“, „zdůvodnění“ nemoci, snažili se pochopit, kde a v čem se stala chyba. Dva otcové měli naopak „jasno“ a po příčinách nemoci nepátrali.

Dva otcové vnímali nemoc dcery jako jisté omezení či zdroj zhoršení kvality jejich života: *„Nemělo to na nás kladný vliv, od dohadování ohledně přístupu k řešení, vzájemných výčitek, co kdo dělá špatně...Návštěvy v nemocnicích a na terapiích taky moc elánu do života nepřidaj a zvlášt když výsledky jsou chabý a v nedohlednu... Musim říct, že nás to všechny ovlivnilo, musíte si dávat na všechno pozor, všechno hlídat, dohlížet a to je vyčerpávající“*... *„Je to pak všude okolo a nejde na to zapomenout a dělat jakoby problém nebyl. Začnete pak dceru víc sledovat a pořád doufáte, že už se to konečně musí začít lepší...Ostatní problémy, který dřív byly podle mě podstatný, už tak podstatný najednou nebyly.“*

Jeden otec nemoc dcery silně pociťoval a prožíval, ale vnímal ji spíše jako problém, který je třeba řešit a nepřemýšlel nad negativním vlivem nemoci pro svůj život. 2 otcové nemoc jako omezení nebrali, ovšem jeden si byl vědom, že se záležitostí zabývala převážně manželka: *„Pro mě to ani omezení nebylo, jen jsem si říkal, aby se to nějak nezvrtlo a nemělo to na dceru dlouhodobější vliv. Ale omezení to asi bylo pro manželku, ta byla v tý době dost na dně a nesla to hodně špatně, hodně se kvůli tomu trápila a plakala, ale stejně to ničemu nepomáhalo.“* Jejich nižší vnímání vlivu nemoci mohlo být zapříčiněno tím, že s dcerou nežili ve společné domácnosti.



Všichni otcové se domnívali, že problém dcery neměl vliv na jejich vztah s matkou dcery ani s jejími sourozenci. Buď se snažili situaci řešit společnými silami s manželkou, nebo byli rozvedeni a vztah už nebylo možné dále měnit, ovšem 1 rozvedený otec uvedl, že s bývalou manželkou zintenzivnil komunikaci, aby bylo řešení nemoci úspěšnější: „*Začli jsme spolu komunikovat častěji, než jsme asi oba chtěli, ale nemoc jsme se snažili řešit společně a bez zbytečných dohadů, to by to ještě zhoršilo.*“

Všechny dívky měly sourozence, ale žádný tatínek se nedomníval, že by došlo k proměně vztahu s druhým dítětem kvůli nemoci dcery. 2 otcové vypověděli, že se naopak vědomě snažili, aby druhé dítě nenabývalo dojmu, že je přehlíženo či jakýmkoli způsobem zanedbáváno: „*V té době jsem se snažil, aby starší dcera neměla pocit, že ji nějak přehlízíme, ale nevím, zda se mi to opravdu povedlo.*“

Dva otcové, kteří se svou dcerou nežili pod jednou střešou, si nevšimli výraznějších změn v chování a projevech dcery: „*Dcera byla podle mého názoru v podstatě pořád stejná... Taková dívčí a milá.*“ Naopak zbylí tři tatínkové, kteří s dcerou bydleli, zaznamenali proměnu v jednání a chování dcer spojenou se smutkem, náladami, způsobem oblékání a přístupem k jídlu: „*Úspěšná komunikace se dařila spíš výjimečně a nastoupila víc nekomunikace než konflikty. Dcera měla taky deprese, nebyla ochotná přijmout nabízenou pomoc. Přišlo mi, že cítila takovou nechuť vůči všemu. „... „Dcera začala být uzavřenější a postupně odmítala jíst v přítomnosti někoho jiného. Časem vlastně jedla jenom ve svém pokoji a že bysme třeba šli do restaurace, to nikdy, to by prostě nešla.“ ... „Ona chodila najednou hodně oblečená, byla*

smutná a neustále kontrolovala kalorický hodnoty toho, co by měla sníst a taky si začla nosit jídlo do svého pokoje s tím, že to sní až za chvíli a pak jsme zjistili, že i jídlo vyhazovala.“

Všichni otcové svůj vztah s dcerou charakterizovali jako „dobrý“, spíše přátelský, hluboký a bezproblémový. Podle názoru 1 otce se ve vztahu vůbec nic nezměnilo, podle 1 docházelo k výkyvům a konfliktům spolu s vývojem nemoci a zbylí 3 otcové vnímali proměnu vztahu, ovšem spojovali ji hlavně s věkem a dospíváním dcery, přičemž připouštěli, že komunikace ohledně jídla a nemoci byla konfliktnější či se uchýlili k diplomatickému přístupu a tématu jídla se někdy raději vyhýbali.

2.7.8 Zdroje informací, hledání „řešení“ a vliv nemoci na způsob života blízkých

Čtyři dotazovaní muži dosud necítili potřebu o nemoci partnerky/dcery zjišťovat více – 2 partneři například uvedli, že věří v osobnost partnerky a v to, že má problém pevně v rukou, 1 otec měl v celém problému zcela jasno a další se vše potřebné dozvěděl od bývalé manželky.

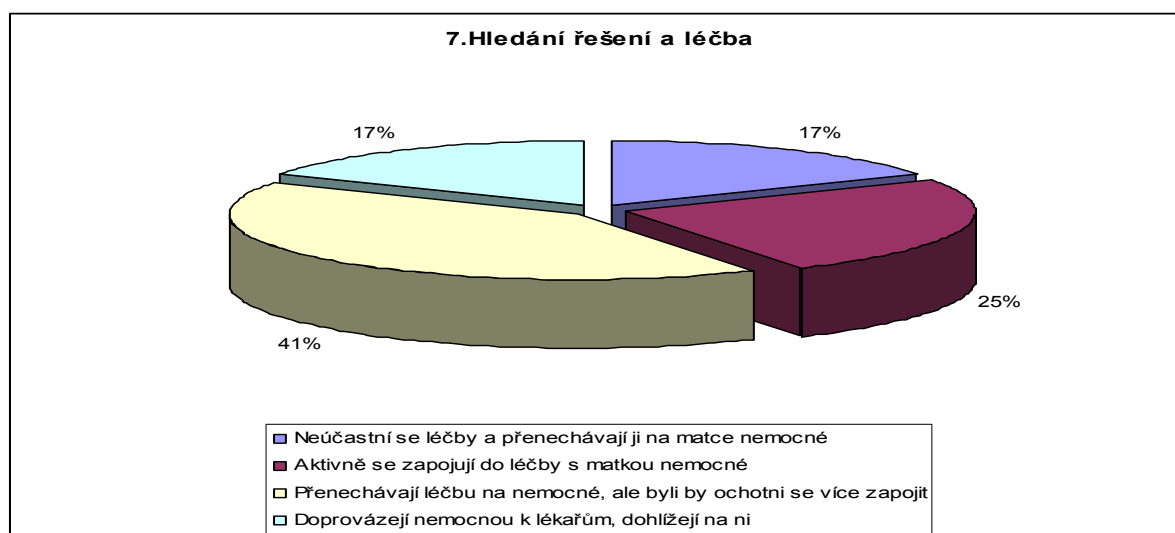
Tři partneři si nic podrobnějšího o nemoci nehledali, neboť byli důkladně seznámeni s onemocněním svou partnerkou: *„Sice jsem o tom nic moc nevěděl, ale ani jsem si nemusel půjčovat knížky nebo tak, protože jsem byl chtě nechtě proškolenej přítelkyní. Ta už za ty roky ví teoreticky snad všechno, takže mi to přiblížila, vysvětlila co hrozí, jaký jsou jednotlivé poruchy příjmu potravy, že je to psychický a nedá se to moc ovládat a tak. Nemusel jsem nic moc shánět“*. 2 respondenti se vše potřebné dozvěděli od lékaře, kterého navštěvovala jejich blízká, další 2 ke kontaktu a konzultacím s lékařem přidali ještě informace z odborných knih a internetu. 1 partner čerpal znalosti z internetu, od své partnerky a nastudoval brožuru O Poruchách příjmu potravy pro otce a partnery od Rii Černé vydanou pod záštitou sdružení Anabell.

Co se týče snahy o řešení problému a léčby, je patrný odlišný přístup partnerů a otců v závislosti na tom, zda nemoc partnerky či dcery dospěla do stadia nutnosti hospitalizace či kontaktování lékaře. V případě léčby za pomoci lékařů a odborníků již nelze problém tak lehce „přehlížet“.

U dvou otců bylo možné sledovat naprosté přenechání iniciativy v oblasti léčby dcery na bývalé manželce: *„O tohle se starala manželka, ta jí začla tahat po různých doktorech,*

vyšetřeních, začla jí kontrolovat, aby jedla, tak ani nebylo třeba se do toho plést.“ Další 3 otcové přistupovali k nemoci dcery mnohem aktivněji a snažili se ji řešit s manželkou společně: „Myslím, že jsme se s manželkou zapojovali do léčby, co to šlo, od kontaktu s lékaři, po vícerodinnou terapii, návštěvy v nemocnici a snahu o rozmluvy. Zkoušeli jsme snad všechno.“ V žádné rodině ovšem dcera na léčbu a snahu o pomoc nereagovala, příliš nespolupracovala, stahovala se do sebe a docházelo kvůli léčbě k hádkám a konfliktům. „Dcera bohužel moc nespolupracovala, pohybovali jsme se od ostentativního vzdoru přes deprese, ke zdánlivé a bohužel vesměs fingované spolupráci.“ ... „Tak dcera protestovala, spíš jsme se kvůli tomu hádali, protože podle ní žádnéj problém vlastně ani neměla a všechno, co dělala, bylo v pořádku. Nebylo možný jí vysvětlit, že zvracet a brát projímadla moc normální není.“

Partneři se nesnažili v oblasti léčby prosazovat autoritu a spíše přenechávali způsob řešení problému na partnerce: „Chtěl jsem, aby šla zase k doktorům, ale vysvětlila mi svoje důvody, proč už k odborníkům nechce a já jí respektuju a snažime se to řešit spolu, a docela to jde, sice pomalu, ale pokroky jsou znát. Ona má za sebou hospitalizaci, všemožný sezení, rodinnou terapii, tak se snažim jí do ničeho nenutit, protože tohle zjevně nebyla asi jediná a nejlepší cesta, tak to nechávám na ní.“ ... „Zatím jsem ji netlačil k doktorům, protože mi přišlo, že to má zatím pod kontrolou, že s tím dokáže nějak pracovat a je tam určitá sebereflexe.“ Většina partnerů ale vyjadřovala ochotu se do léčby aktivně zapojit či partnerku doprovázet a podporovat ji. 2 partneři navíc uvedli, že manželku navštěvovali v nemocnici, dohlíželi, aby správně jedla, doprovázeli ji k lékařům. „Když je třeba, doprovodím ji tam, odvezu, vyzvednu, postarám se o syna, ale nechodim na žádný sezení nebo tak, ale to asi spíš proto, že žena ani nechce, kdyby jí to mohlo pomoci, udělal bych to. Hrozně bych si přál, aby se vyléčila a cejtila se dobře. Taky když byla v nemocnici, navštěvoval jsem jí, chodil tam za ní. Taky dohlížim, aby jedla jakž takž normálně, a když vidim, že se necejtí nejlíp, tak se snažim jí dotáhnout k psycholožce.“



9 mužů vypovědělo, že problém jejich partnerky či dcery neměl vliv na jejich způsob života, způsob stravování a vesměs se domnívali, že by to na ni stejně nemělo žádný vliv. 1 otec uvedl, že rodina respektovala doporučení lékařů ohledně stravování, ovšem bez výraznějšího přínosu pro léčbu dcery. 1 partner vypověděl, že jej problém ovlivnil, že nyní více sportuje a jí zdravěji, ale ani ne z důvodu snahy pomoci přítelkyni, ale spíše proto, aby si sám udržel štíhlou postavu. Pouze 1 partner se domníval, že nemoc partnerky měla zásadní vliv na životní styl celé rodiny. „Snažíme se společně jíst a dbám na to, aby jsme jedli pravidelně a pestře a to jsem dřív nikdy neřešil. Taky bych rád, aby náš syn měl dobrou vzor, aby s něčím podobným neměl problém. Jinak taky sportujeme, dělám to i kvůli tomu, aby si manželka připadala líp, je jasné, že když se člověk hejbe, připadá si líp.“

2.7.9 Vyléčení a vliv na život okolí z pohledu mužů

Na otázku, zda považují respondenti nemoc partnerky či dcery za překonanou, odpověděli kladně 3 otcové. Další 3 dotazovaní vyjádřili, že „snad ano“, že nemocné věří, ale jsou si vědomi neustálého nebezpečí a vnímají stále dopad nemoci v podobě zdravotních komplikací. Zbývá polovina mužů problém partnerky či dcery označila za nevyřešený, stále se opakující či právě probíhající.

Názory mužů ohledně toho, co podle jejich názoru nemocné nejvíce pomáhalo/pomáhá při potlačení PPP se velmi různily. 2 partneři viděli zdroj řešení ve vůli a síle partnerky,

v jejím rozhodnutí nemoc porazit. 1 partner označil za hlavní činitel to, že se partnerka musí cítit dobře, další by řešení viděl v tom, kdyby spolu s partnerkou žili společně v jedné domácnosti a mohl na ni dohlížet. 1 partner spatřil možnost oslabení problému v urovnání vztahových záležitostí, neboť pociťoval zhoršování nemoci jako druhotný důsledek problémů ve vztahu, další 2 partneři nacházeli naději ve více faktorech jako je láska, podpora blízkých, studium: „*Možná pomáhá láska, snaha o porozumění, podpora. Ale to nejen ode mě, ale samozřejmě i od její rodiny, protože nebejt jich, tak by tu dneska ani nemusela bejt. Taký si myslím, že je fajn, že jí baví studium a začíná mít víc koníčků, takže se pak nesoustředí jenom na jídlo a problémy s tím.*“ 4 otcové za nejvlivnější považovali přínos lékařů a 1 se domníval, že dceři pomohlo hlavně to, že po letech dokázala dokončit vysokoškolské studium.

Co se oblasti vývoje léčby týče, 4 partneři uvedli, že jejich partnerka nevyhledala odbornou pomoc, 1 partner vypověděl, že partnerka byla několikrát hospitalizována s PPP, ale dnes „*bojuj s nemocí sami*“. 2 respondenti hledali v době nemoci blízké pomoc u lékařů a psychologů a dalších 5 mužů popsalo spojení více možných přístupů – hospitalizace, léky, psycholog, ambulantní léčba, skupinová sezení. „*Vzhledem k věku dcery formu léčby volila spíš ona, když si uvědomila, že to musí začít řešit, tak se dobrovolně nechala hospitalizovat Na Karlově, pozdějš i méně dobrovolně na metabolické jednotce v Motole, docházela na soukromé psychoterapie, ale nevím, zda byly užitečné... absolvovali jsme vícerodinnou terapii a dcera i dnes užívá antidepressiva.*“ (otec) „*Manželka navštěvuje řadu let psychologku, užívá antidepressiva, byla hospitalizována na Karlově a v rámci toho absolvovala sezení.*“

Dvě třetiny mužů považovalo PPP za stále přítomné nebezpečí a stále se obávají, že se bude nemoc u partnerky opakovat a opět vynořovat: „*Vlastně se každěj den bojím, že se to zhorší a vrátí se to v těch nejhorších podobách. Tohle je jak na houpačce, chvíli je to lepší a chvíli horší.*“ (partner) 1 partner uvedl, že si nemyslí, že by problém u partnerky opět hrozil, doufá, že je po 20letech snad překonán a zmírněn, ale podotkl, že si je plně vědom chronicity nebezpečí. 3 dotazovaní už nepovažovali PPP za hrozbu: „*Tak snad už vyrostla a má rozum a nehrozí to, jen je blbý, že každá pitomost mládí se projevuje až pozdějc, tak je otázkou, co jí ještě kvůli tomu bude.*“

Snažila jsem se také zjistit, zda partneři či otcové viděli v onemocnění nějaký „*přínos*“ pro svou osobnost. Většina respondentů bez dalšího zvažování odpověděla, že nemoc rozhodně neměla žádný příznivý vliv nebo je ani nikdy nenapadlo o tomto přemýšlet. Pouze 3

partneři svou odpověď dále rozvedli. „Už snad zkousnu úplně všechno, ale jinak na tom nic dobrého není. Možná mi to taky přineslo lepší jídelní návyky a větší toleranci.“... „Asi jsem vůči tomu teďka pozornější a citlivější a víc si všímám. Takže je to spíš takový poznání.“ ... „Pokusil jsem se změnit, už vím, jak se mám chovat, přestal jsem žárlit a neříkám věci, který jsem říkal dřív a přiznávám, že jsem byl hlupák, že prostě nezáleží na velikosti zadku, ale na jinejch přednostech. Asi když jsem něco takovýho manželce řekl, nedodal jsem jí tím a to mě štve, že jsem byl takhle hloupej.“

2.7.10 Vztah s partnerem/otcem

Většina žen hodnotila svůj vztah s partnerem velmi kladně, pouze 1 dívka uvedla, že není ve vztahu s manželem šťastná. Otcovu osobnost vnímaly 2 dcery jako autoritu a ideál, 2 dcery popisovaly velmi pevnou vazbu a blízký vztah s tatínkem a 1 dívka považovala svého otce za velmi dominantní osobu, kterou vždy poslouchala „na slovo“.

Většina respondentek vnímala silný vliv PPP na partnerský vztah a život s partnerem: „Hodně to ovlivňuje naše soužití. Manžel to neodfiltruje, žijem spolu, takže se tomu nemůže vyhnout a dělat, že se nic neděje.“ Pouze dvě ženy měly opačný názor a domnívaly se, že jejich nemoc vztah neovlivňuje. Ve vztahu otců a dcer mohly dívky lépe zhodnotit proměnu vzájemného vztahu, neboť otec byl jejich rodičem i před vznikem nemoci, kdežto u všech partnerských vztahů nemoc začala před počátkem partnerství. Podle 3 dívek se vztah s otcem změnil, i když z různých důvodů – časté hádky a konflikty kvůli jídlu způsobily ještě nižší intenzitu kontaktu, nebo naopak dcera cítila, že si otec nemoc vyčítal a snažil se s ní více komunikovat a 1 dívka proměnu vztahu chápala nejen ve spojitosti s PPP, ale i s vlastním dospíváním. 1 dcera vypověděla, že k výrazné proměně vztahu nedošlo, i když na ni nemoc měla dopad: „Během nemoci si myslím, že se náš vztah s tatínkem nikterak nezměnil, asi jenom díky mé neustálé únavě se časově omezily naše rozhovory a společně strávený čas. Já jsem prostě nějak neměla sílu.“ 1 dcera nebyla schopná proměnlivost vztahu posoudit, protože byl otec velmi neutrální a do nemoci a jejího řešení se téměř vůbec nevměšoval.

Součástí partnerského života je zajisté i sexuální kontakt partnerů a téměř všechny ženy popisovaly negativní dopad nemoci na tuto sféru života – uváděly důvody jako ztrátu sexuální potřeby, nepříjemný pocit z vlastního těla, pocit nepřítažlivosti, které je vedly k vyhýbání se sexu s partnerem. Pouze 1 dívka vypověděla, že nespokojenost s vlastním tělem

jí nikdy nezabraňovala v kontaktu s partnerem a nevnímala v důsledku PPP zhoršení kvality sexuálního života.

Převážná většina (10) respondentek zpětně vnímala silný vliv nemoci na své chování, nálady a přístup k okolí. Pouze 2 ženy zastávaly názor, že nemoc neměla pro jejich rozpoložení zásadní význam, nemoc takto nevnámaly a nespojovaly své stavy a nálady s PPP.

7 dotazovaných uvedlo, že jsou si vědomé toho, že jejich nemoc a postoj k jídlu byly často zdrojem rozepří a konfliktních situací s partnerem či otcem. *„Jsem hodně náladová, podrážděná, vztahovačná a pak i neúmyslně vyvolávám zbytečné konflikty a spory. Naštěstí partner je klidový a snaží se mě rozdejchávat a já se poslední dobou hodně snažím krotit, ale stává se mi to. Ted' i kvůli tomu, že se cejtim přečpaně, snažím se to vydržet a nejt zvracet a pak jsem nepříjemná.“* (partnerka) 5 respondentek se nedomnívalo, že by jejich „jídelní problém“ a nemoc byla zdrojem hádek – byly na nemoc za roky vleklých obtíží zvyklé, či se odmítaly s okolím na toto téma bavit nebo nemoc nebyla zdrojem konfliktů, protože otec nemocné byl velmi neutrální a tvářil se, že problém „neexistuje“.

Polovina respondentek se svým partnerem či otcem o nemoci otevřeně hovořila, ačkoli tyto rozmluvy pro ně byly těžké, ale většinou je považovaly za potřebné, aby mohly svému protějšku nemoc přiblížit a částečně pochopit její logiku, fungování a vliv na osobnost. Další 6 žen nenavázalo o problému otevřenou komunikaci, 1 dívka uvedla jako důvod to, že partner problém zlehčuje, a proto o situaci nechce mluvit, 1 z partnerek by to považovala za trapné, další uvedla, že je toto téma pro celou rodinu naprosté tabu. 1 dívka přiznala, že její otec a sestra se často snažili o nemoci hovořit, ale ona to odmítala.

2.7.11 Život dívek a žen trpících PPP

Třetina dívek na svůj problematický postoj vůči jídlu zpočátku pohlížela jako na součást zdravého životního stylu, ovšem po určité době si byly vědomy, že se situace zcela proměnila v opak: *„Začíná to tím, že chce člověk zhubnout a snaží se jíst zdravě, vynecháváš „zakázaný jídla“ typu knedlo, zelo, vepřo atd. Ale postupně jsou zakázaný všechny, a o to víc je chceš. Je to takovej kolotoč a pomalu je to naprosto vzdálený nějakýmu zdravému životnímu stylu.“* 5 respondentek své postoje k jídlu nespojovaly ani na začátku nemoci s aktivním a zdravým způsobem života a ani nad tím nepřemýšlely, nebylo to pro ně důležité. 3 dívky už

v době onemocnění věděly, že jejich stav nemá s úsilím o pevné zdraví nic společného, ale přehlížely to: „*Tak já měla vždycky radost, když jsem hubla, ale zase nejsem úplně blbá a je mi jasné, že když člověk skoro nic nejí, že to nemůže být moc zdravý a taky se mi to vždycky na zdraví podepíše, ale vlastně to v tu chvíli stojí za to.*“

Všech 12 respondentek pocívalo PPP jako silné omezení svého života. Mezi nejčastější (9 respondentek) zmiňované problémy způsobené nemocí patřily různé psychické obtíže (deprese, nevyrovnanost, plačtivost), 5 dívek zmínilo jako jeden z negativních důsledků ztrátu přátel a izolovanost, 4 vnímaly záporný vliv v oblasti studia vysoké školy, 2 ženy velmi sužovaly neustálé a nutkavé myšlenky na jídlo, 2 se potýkaly s výraznými zdravotními komplikacemi, 1 dívka se domnívala, že nemoc změnila v jejím životě vše – ztratila přátele, poškodila si zdraví, ohrozila své studium, zájmy a nemoc po několika letech vedla k rozchodu s partnerem (pozn. dívka zde přispívala z pozice vztahu dcera-otec). 1 dívka navíc uvedla, že jí hodně vadilo klamání svého blízkého okolí: „*Vadí mi, že spouště lidem lžu, že jsem jedla a tajím to před nima, je to omezení, protože je pitomý, když pak sedíš někde se známejma, srkáš dvě deci vína 2hodiny a všem tvrdíš, jak jsi přejezená a máš dost. Je to trapný.*“ Je zajímavé, že 3 respondentky samy od sebe vyjádřily názor, že PPP považují za normální součást svého života.

2.7.12 Léčba a řešení nemoci z pozice žen trpících PPP

Z rozhovorů s dívkami a ženami potýkajícími se s PPP vyplynulo, že pouze 3 respondentky považují svou nemoc za vyřešenou, ovšem i přesto připustily, že ani dnes nedokáží normálně jíst a občas se s problémy ve spojitosti s jídlem potýkají: „*V tom nejradikálnějším smyslu je to vyřešený, ale jak už jsem říkala, pořád reaguju na věci kolem, na problémy a stres jídlem a jeho nejezením.*“... „*Beru to jako uzavřený, ale je pravda, že dejme tomu jednou za měsíc, si řeknu, že jsem se najedla jak s prominutím prase a musím se vyzvracet, ale to už nevnímám jako problém.*“ Zbylé dívky (9) svůj problém nepovažovala za ukončený a vyřešený, u některých PPP stále plně ovládá život nemocné: „*Pracuju na tom... Už na podzim jsem se rozhodla, že s tím musím skončit, že bez toho nejsem schopná normálně žít, učit se, fungovat, a tak jsem to řekla partnerovi a myslela si, že když se rozhodnu, že to prostě půjde a zvládnou to silou vůle, ale asi jsem si v té době neuvědomovala, že je to prostě závislost. Po měsíci úspěchů se to zlomilo a já začla zvracet a přejídat se ještě víc, takže*

nynější stav řešení probíhá, ale vim, že není dokončen a že mě to vždycky může zaskočit a je to každodenní boj.“ U některých žen je problém částečně pod kontrolou díky lékům, psychologům či terapii a hospitalizaci: *„Člověk je už z toho unavený, ale vlastně jsem se ještě nedobrala k tomu, že bych byla úplně zdravá, spíš se cejtim v docela dobrém stavu, teďka. Jako stabilizovaně, jím pravidelně, ale jsem asi hodně hubená, některý jídla si nikdy nedám a mám s tím asi pořád trochu problém.“* 10 respondentek poukázalo na skutečnost, že dříve navštěvovaly psychologa, i když ne nutně kvůli PPP, která byla řešena spíše jako druhotný problém. Většinou byla důvodem k návštěvě prohlubující se deprese, nízké sebevědomí pocíťované jako silná zábrana normálního života či emocionální nestabilita. 3 ženy i v současné době užívaly léky (antidepresiva).

Polovina dívek se v době svého problématického vztahu k jídlu nechtěla dobrovolně léčit a pokud k řešení nemoci došlo, tak zpravidla ne kvůli samostatnému rozhodnutí: *„Když jsem potřebovala odklad, tak mi doktorka řekla, že mi to napíše, když půjdu k někomu dalšímu, k odborníkovi na jídlo. Po donucení doktorkou jsem byla hospitalizována, ale jinak bych to asi sama neudělala.“*... *„Naši na mě tlačej a dělali docela dusno a nutili mě, abych zašla k nějakýmu odborníkovi. Podle nich by bylo nejlepší, kdybych snad nastoupila někam do nemocnice, nebo co, ale to teda ne. Když se o tom dozvěděli, tak už mi v té době naštěstí bylo 18 a o tomhle jsem si mohla rozhodovat sama. Díky bohu, oni by mě určitě někam šoupli.“* 3 respondentky přiznaly, že se k léčbě a řešení nemoci dlouho stavěly odmítavě, ale po letech potíží s nemocí jsou nakloněny léčbě a podnikají proto v tomto ohledu nezbytné a potřebné kroky. 2 respondentky uvedly, že poté, co si problém připustily, chtěly nemoc dobrovolně řešit, ale ne s lékařem. Pouze 1 dívka bez vnějšího donucení nastoupila léčbu, vzhledem ke svému psychickému a fyzickému stavu, který ji neumožňoval „normálně“ fungovat.

Dvě třetiny dívek (8) svou nemoc řešilo prostřednictvím návštěv psychologů, odborníků, za pomoci léků, sezení či ambulantní léčby. 4 z nich musely být kvůli obtížím a zdravotním komplikacím způsobenými PPP hospitalizovány v nemocnici. 2 respondentky se domnívaly, že se nemoc „vyřeší sama“, 1 dívka se spolehla na podporu kamaráda a zvolila zcela nestandardní přístup k léčbě: *„Svěřila jsem se svému blízkému kamarádovi a ten mi byl obrovskou podporou a taky motivací k tomu, se s tím nějak vypořádat. Trávili jsme spolu většinu času, dělali jsme různé hlouposti a no já nevím, jestli to vůbec tady takhle můžu říct, ale zdatně jsme kouřili marihuanu, která mi svým způsobem tenkrát taky pomohla se ze všeho*

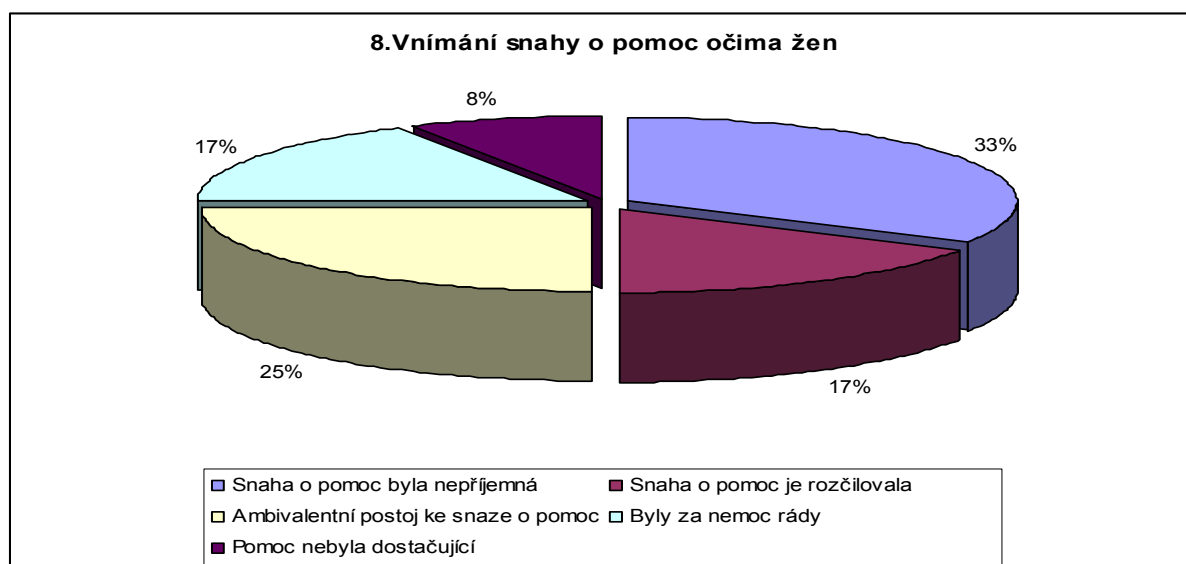
dostat. Prostě když si zakouříš, tak máš chuť k jídlu, což mi malinko pomohlo a já prostě měla hlad, tak jsem se snažila aspoň něco sníst a i když mi potom bylo blbě, říkala jsem si, že je to lepší než nic, jinak bych to nezvládla vůbec.“ 1 dívka uvedla práci se svépomocnou příručkou Bulimie – Jak bojovat s přejídáním.

V případě zdrojů motivace k léčbě se ukázala velká rozmanitost. 4 respondentky považovaly za hlavní zdroj motivace k řešení nemoci celkové omezení různých oblastí života (přátelé, partnerský život, nejistota, studium,...) a zdraví: *„Tak minulej rok jsem strávila víceméně v nemocnici a snažila se nepřijít o ledviny, to všechno následkem mýho životního stylu. A taky bych docela ráda jednou dodělala školu, a to s tímhle problémem jde dost těžko, takovýhle věci pak začínaj bejt vytlačovaný na vedlejší kolej.“* 2 ženy našly motivaci ve svých dětech, 2 dívky chtěly „normálně žít“ a řešit nemoc nejen kvůli sobě, ale i partnerovi, 2 dívky motivovala bezmocnost, trápení rodičů a strach o matku: *„V prvním případě určitě ta máma, ve druhym hlavně já, moje tělo, strach o zdraví a snaha o normální život, protože mě to omezovalo. Zlom asi nastal, když mi přišlo, že mi máma umírá před očima, měla jsem o ní hroznej strach.“* 2 dívky zatím bohužel potřebný zdroj motivace k řešení nemoci nenašly, ovšem možný zdroj a východisko viděly ve sporu a fungujícím partnerském vztahu.

4 ženy se domnívaly, že jejich vztah s partnerem, jeho reakce a postoje byly zdrojem „vyřešení“ či alespoň stabilizace nemoci, že právě on jim nejvíce pomohl a byl jim skutečnou oporou. 1 žena měla ve svém manželovi vždy oporu, ale jeho přístup považovala za normální součást vztahu a nevnímala jej za hlavní příčinu stabilizace problému. 2 dívky svého partnera milují, ale nemohly jej označit za skutečnou oporu. 4 dcery nepovažovaly přístup a reakce otce (rodičů) za rozhodující, 1 dívka vypověděla, že své matce vděčí za záchranu života, ale otec se, podle jejího názoru, v léčbě vůbec neangažoval: *„Tak máma mě tahala po všemožnejch doktorech, neustále mě kontrolovala, v tý době nedělala nic jinýho, chodily jsme na sezení, vážení a tak. Ale táta ne, ten to bral jako kompetenci matky, že ta by se o to měla postarat. Máma mě hodně tlačila a to mi v tý době samozřejmě vadilo, i když dneska vim, že mi zachránila život.“*

Když byly dívky/ženy požádány o zhodnocení vnímání snahy o pomoc svých rodičů či partnera, tak 4 uvedly, že ji vnímaly negativně a bylo jim to nepříjemné: *„Já jsem měla pocit, že je všechno v naprostym pořádku, všichni byli nepřátelé a neměli pravdu. Byli podle mě blázni.“*, další 2 dívky to dokonce vytáčelo a rozčilovalo: *„Tak vcelku mě to chvílema vytáčelo,*

ale snažila jsem se to chápat, přeci jen jsou to rodiče. Ale asi z pohledu zvenčí jsem nebyla nejmilejší.“ 3 respondentky svůj postoj ke snaze okolí hodnotily ambivalentně: „Tohle má dvě strany, byl určitej tlak, abych se léčila, kterej mohl bejt někdy nepříjemnej, ale na druhou stranu mi to dělalo dobře a byla jsem ráda, že se stará. Přišlo mi, že mu na mě záleží.“ (partnerka) Zbylé 3 byly za snahu o pomoc rády, ovšem podle 1 dívky nebyla snaha o pomoc partnera dostačující: „Ze začátku mi přišlo, že to řeší míň, než je třeba, že se nesnaží to pochopit, ale asi je to taky mou vztahovačností a soustředěním se na svou osobu. Na druhou stranu to, že z toho neudělal smrtelnou tragédii, mi pomohlo, protože jinak bych se začla ještě víc sebelitovat a utápět se v tom. Takhle mě to trochu zamrzelo, ale pošťouchlo mě to alespoň k nějakýmu reálnýmu kroku.“ Její vnímání mohlo být velmi ovlivněno bulimií, která obecně zvyšuje egocentrismus a sebelítost postižených.



Partnerův či otcův pohled na PPP jejich blízké očima nemocných žen se také velmi různil. 3 respondentky popisovaly praktický přístup partnera, který se snažil pomoci a z důvodu strachu se pokoušel hlídat, aby partnerka jedla, 1 žena se domnívala, že manžel pohlížel na problém hlavně racionálně skrz zdravotní komplikace, které ji PPP průběžně působila, 2 dívky si myslely, že partner jejich postoj k jídlu jako problém nevnímá, či s ním je dokonce spokojen, protože partnerka výrazně zhubla a to on si přál: „On to nevnímá vůbec, neřeší to a asi si fakt neuvědomuje, že s tímhle lidi vůbec můžou mít problém. On je teď spokojenej s tím, jak vypadám a neřeší, jestli k tomu vedla normální cesta.“ 1 dívka

poukazovala na to, že její přítel problém nechápe, což ale ani nepovažovala za možné: „Myslím, že to úplně nechápe, ale to asi nikdo, kdo to nezažil. Nemůže pochopit, že je to závislost, že to potrvá a že je to taková achilovka na celý život, že to nikdy nebude úplně v pohodě.“ 3 z dcer vypověděly, že otec nemoci vůbec neporozuměl: „Otec to vnímal asi tak, že nejím maso a může za to mamka, protože ta taky pořád drží dietu. Dodnes mu to prostě nedošlo, vůbec neví, že jde hlavně o mojí psychiku. Myslím si, že ho to možná ani nezajímá.“ Podle 1 dívky otec onemocnění vnímal velmi intenzivně, pochopil jej a byl v tomto ohledu velmi empatický a 1 dcera popisovala vyrovnaný přístup otce, který se k nemoci postavil čelem a řešil ji.

Kromě 3 dívek, které se domnívaly, že udržují nemoc pod kontrolou a nevnímají ji již jako výrazný problém, popisovaly nemocné recidivu nemoci. 4 ženy opakovaný výskyt nemoci vysvětlovaly vzrůstající hmotností, která zapříčiní emocionální výkyvy, a nejsou schopné růst hmotnosti akceptovat, 1 respondentka viděla příčinu recidivy v tom, že problém nikdy neřešila s odborníky a čekala, že se „vyřeší sám“, u 1 se nemoc vrátila s nátlakem partnera, který si přál, aby zhubla a 2 dívky si příčinou recidivy nebyly jisty.

V deseti případech byla PPP důvodem řady zdravotních komplikací: „Měla jsem zánět dvanácterníku, 70 kamenů ve žlučníku, vypadané vlasy, zlámané nehty, zpomalené trávení, potíže s vylučováním, imunitu žádnou. To snad stačí, ne? Ale mám děti, je to dobrý.“, 2 ženy nevnímaly závažnější zdravotní důsledky a problémy, s výjimkou estetických záležitostí (padání vlasů, nehty, špatná pleť) a zkaženého chrupu.

2.7.13 Doporučení mužů

Na závěr rozhovorů jsem ponechala respondentům prostor pro vyjádření vlastního názoru a určitých doporučení pro ty, kteří se s PPP svých blízkých teprve seznamují a smiřují, neboť rady od blízkých, kteří si nemoc prožili, by pro ně mohly být přínosem a pomocí. Zde uvádím některé z nich: „Hlavně asi bejt neustálou oporou, nevyčítat, ale snažit se pochopit a pomoci, protože kdo skutečně chce, ten pochopí, taky se snažit o problému naučit mluvit, ale zároveň na něj neustále neupozorňovat a taky umět dávat najevo lásku.“ (partner) „Asi aby si každéj rozmyslel rozchod, setrvání ve vztahu, protože je potřeba pevných nervů a je potřeba si srovnat v hlavě, jestli je člověk schopnej to zvládnout... Taky je třeba dávat pozor na jídlo, aby

se jedlo pravidelně a tak.“ (partner) „V žádném případě by nikdo neměl PPP podceňovat a myslet si, že se vyřeší křikem, nucením do jídla nebo nějak podobně. Je nutný jednat s rozvahou, diplomaticky a nejlíp se hned poradit s odborníkem, protože čas je v léčbě hodně důležitý.“ (otec) „Asi jen to, že je to běh na dlouhou trať a chce to hodně trpělivosti a pevný nervy. A hlavně si nemyslet, že to přejde samo a vyhledat psychologa nebo někoho, kdo už má zkušenosti. Vlastním rodičům děti v tomhle případě nevěří.“ (otec)

2.8 Závěry – shrnutí

Poruchy příjmu potravy mají velký vliv na životy pečujících osob, ať už matek, otců, partnerů, sourozenců či nejbližších přátel. Ve své práci jsem se zaměřila především na mužské spektrum pečujících, a z tohoto důvodu není možné zcela porovnávat zjištění mého výzkumu s výsledky zahraničních prací (Perkins et al., 2004, Winn et al., 2004, Haigh and Treasure, 2003, De La Rie and Van Furth, 2005), neboť v těchto výzkumech převažovaly příspěvky a výpovědi matek nemocných nad sděleními otců a partnerů.

Ve svém výzkumu jsem si kladla za cíl hlubší prozkoumání prožitků, reakcí a pocitů partnerů a otců ve spojitosti s onemocněním jejich blízké a propojit toto vnímání s pohledem samotné nemocné, přičemž jsem se snažila nalézt odpovědi na vytyčené výzkumné otázky.

- ***Jakým způsobem byl otec/partner nemocné informován o problematice poruch příjmu potravy před vznikem problému u své dcery/partnerky? A jak onemocnění rozumí, vnímá jej?***

Na základě rozhovorů s otcí a partnery nemocných mentální anorexií či mentální bulimií se ukázalo, že jejich teoretická informovanost o těchto onemocněních byla převážně povrchní, obecná, zběžná a spíše základní. Jejich představa o PPP vycházela z představy, kterou si vytvořili na základě skutečností, o nichž se dozvěděli v médiích. Proto si někteří spojovali tyto problémy se vzdálenou sférou modelingu a nenapadlo by je, že se PPP týkají i „obyčejných“ dívek, což bylo způsobeno i tím, že se téměř nikdo z mužů s onemocněním nikdy dříve nesetkal, a proto přesně nevěděli, co se za onemocněním skrývá. I přes velmi nízkou informovanost si většina partnerů a otců uvědomovala souvislost PPP s psychikou nemocných, ovšem i přesto třetina mužů problém zlehčovala a polovina z nich považovala nemoc za odstraněnou a vyřešenou díky odstranění zdravotních komplikací a ustálení

výraznějších výkyvů chování a jednání v souvislosti s jídlem. Ačkoli si byli téměř všichni respondenti vědomi toho, že jde o chronické onemocnění, mnoho z nich se domnívalo, že problém už jejich blízké dále nehrozí.

- ***Jakým způsobem otec/partner dívky reaguje na problém své dcery/partnerky? Co pociťuje? Prožívá?***

Pocity a prožitky ve spojitosti s nemocí jsou ovlivněny tím, zda pečující osoba s nemocnou bydlí ve společné domácnosti, neboť v takovém případě je onemocnění vnímáno skutečně každý den. Třetina mužů reagovala na zjištění problému zmateně a nevěděla si rady, u většiny otců bylo možné sledovat období hledání příčin nemoci a sebeobviňování. V některých případech si muži nemoc partnerky či dcery vůbec nepřipustili, zlehčovali ji a neuvědomovali si její závažnost. Muži ve většině případů popisovali pocity hluboké bezmoci, smutku, strachu a lítosti, když pomýšleli na nemoc své blízké.

Dívky trpící PPP popisovaly racionální způsob myšlení partnera či otce ve spojitosti s nemocí, který se projevoval snahou o odstranění případných zdravotních obtíží a úsilím o nastolení zdravého způsobu stravování, který se zpravidla pojil se snahou o určité porozumění nemoci a snahou o pomoc při jejím překonávání. Na druhou stranu ovšem dívky pociťovaly nepochopení problému jejich otcem či partnerem, a s tím související odmítavé chování a přístup, což znesnadňovalo situaci dívky.

- ***Zapojuje se otec/partner dívky aktivně do léčby, řešení problému své dcery/partnerky? Jakým způsobem?***

V této oblasti bylo nutné rozlišit mezi otcí a partnery, neboť jejich vztah a pouto k nemocné je velmi odlišné. U otců se na jedné straně setkáváme s popíráním problému a jeho přenecháním na starost matce dívky, a nebo naopak s aktivním přístupem, spojením sil s matkou dcery a velmi aktivním zapojením otce do léčby od návštěv dcery v nemocnici při její hospitalizaci, účasti na sezeních, terapii či snahou zajistit dceři odbornou pomoc. V případě partnerů jsem nezjistila přímou účast na sezeních či terapii partnerky, ale spíše z toho důvodu, že si to nemocná nepřála. Partneři se snažili pomoci alespoň prostřednictvím psychické podpory, otevřené komunikace o problému, zajištěním nutného chodu domácnosti v případě partnerčiny indispozice v důsledku PPP či doprovázením k lékařům a dohlížením na

příjem potravy partnerky.

Ve většině případů se dívky shodly, že se jejich partner či otec na řešení problému podílel, i když ne nutně účastí na sezeních či terapii. V případě partnerů byla kladně hodnocena již samotná existence partnera, jeho slovní podpora a vědomí podpory v případě potřeby. Ačkoliv se někteří tatínkové aktivně zapojovali do léčby své dcery, ať už návštěvou v nemocnici, účastí na vícerodinné terapii či psychickou podporou nemocné, nebyl tento přístup považován za rozhodující. Navíc v některých případech dívky popisovaly spíše zhoršení celé situace z důvodu otcova přístupu, který byl neutrální či agresivní.

- ***Jaký vliv má nemoc dívky na život z pohledu otce/partnera a z pohledu nemocné?***

Ačkoli PPP zasahuje do různých oblastí života nemocných i osob, které o ně pečují, partneri nemocných žen se ve vztahu většinou cítili šťastní a spokojení, i přestože vnímali onemocnění své partnerky jako určité omezení a byli si vědomi jejího negativního vlivu na svůj či partnerčin život, ale ani v takové situaci se nerozhodli partnerku opustit. Otcové, kteří problém dcery přijali, vypovídali o jeho dopadu na společné soužití, ovšem spory s dcerou převážně nespojovali s jejím onemocněním a nepřipouštěli vliv PPP dcery na ostatní rodinné vztahy.

Většina žen popisovala negativní dopady nemoci na své rozpoložení a jednání, které pak následně bylo příčinou konfliktů a sporů s okolím. Ještě citelnější však byl vliv nemoci na oblast společenských vztahů, studia, také většina dívek bojovala s rozmanitými zdravotními potížemi, jejichž závažnost v některých případech ohrožovala jejich život. Celkově byla PPP dívkami pocíťována jako omezení v různých oblastech života.

- ***Jaký vliv má postoj blízkého okolí dívky, ženy trpící poruchou příjmu potravy na její snahu o vypořádání se s problémem?***

Většina mužů se domnívala, že svým přístupem a chováním mohou pozitivně ovlivnit vypořádávání se s nemocí jejich blízké, ovšem na druhou stranu vypovídali, že za rozhodující považují rozhodnutí a vůli nemocné.

Z pohledu nemocných žen vyplynulo, že i když se partner přímo neúčastnil terapií či sezení, většina žen se domnívala, že právě díky podpoře svého partnera se jim dařilo uvést nemoc pod kontrolu. Dívky v roli dcer zpravidla nevnímaly svého otce za významného

činitele ve své léčbě či se dokonce domnívaly, že otec se řešení problému ani nemohl zúčastnit, neboť se k němu stavil odmítavě.

- ***Pomocí čeho se otec/partner vyrovnává s těžkostmi a situací vzniklou v důsledku poruchy příjmu potravy u své dcery/partnerky? A jakým způsobem žena trpící nemocí?***

Zjištění o poruše příjmu potravy u blízké osoby je zdrojem určitých negativních emocí, ať už v podobě bezmoci, smutku, strachu či zlosti, ovšem muži se zpravidla snažili získat jistý odstup od těchto pocitů, které se opakovaně ve spojitosti s nemocí blízké objevovali, a to především prostřednictvím víry v to, že se partnerka či dcera vyléčí a problém se tím vyřeší. Pokud otec nemoc dcery intenzivně prožíval, situaci mu pomáhala snášet a řešit matka dcery, se kterou obtíže sdílel a hovořil o nich. Někteří otcové reagovali na nemoc jejím popřením, čímž potlačili případný strach a obtíže na co nejnižší možnou míru. Muž v roli partnera takovou možnost zpravidla nemá, zvláště když s partnerkou žije ve společné domácnosti a dotýkají se ho veškeré potíže v důsledku nemoci. Partneři často hledali útěchu v pomoci partnerce, v naději, že se uzdraví či se problém alespoň ustálí a stav partnerky stabilizuje. Muži se snažili pro zmírnění dopadů nemoci udržet si své vlastní zájmy, práci a udržovat normální život, aby se nemoci nepodřídilo veškeré dění.

Samotné dívky popisovaly různé dlouho trvající období, kdy svou nemoc nepocítovaly jako výrazný problém, ovšem po určité době, která mohla trvat i řadu let, si většina žen připustila obtíže, které jim problematický postoj k jídlu způsobuje a odhodlaly se k jeho řešení. Zpravidla usilovaly o normální život, studium, vztah s partnerem, rodiči, přáteli či výchovu dětí. Mnohdy je nutily k řešení nemoci zdravotní komplikace. Pomoc byla hledána u odborníků na výživu a PPP, psychologů, léků, v podpoře přátel, partnera či rodiny. Ve většině případů byla nutná mobilizace veškerých sil a hlavně vlastní rozhodnutí ženy nemoc porazit.

- Vztah se ženou trpící mentální anorexií nebo mentální bulimií trval průměrně 6 let a více než polovina párů uzavřela sňatek, přičemž většinou spolu partneři neměli potomky.
- Partneři žen o PPP věděli průměrně 4,5 roku.

- Většina partnerů nevěděla o nemoci partnerky na počátku vztahu.
- Informovanost a představa o PPP byla u všech partnerů/otců na počátku nemoci jejich blízké velmi povrchní a obecná. Až na jednu výjimku se muži s tímto onemocněním dříve nesetkali.
- Partneři vykazovali vyšší míru pochopení podstaty nemoci – uvědomovali si, že PPP jsou hlavně psychickým onemocněním. Téměř polovina otců i po léčbě své dcery nemoc popírala a zbytek ji chápal jako „jídelní problém“.
- Ve třech čtvrtinách případů muži zcela přesně věděli, jakým typem PPP jejich dcera či partnerka trpí a většinou zmiňovali i prolínání jednotlivých druhů PPP. Zbylá čtvrtina mužů PPP u blízké popírala či ji muži zlehčovali, neboť ji nepovažovali za příliš vážnou.
- Dvě třetiny partnerů, kteří problém partnerky nepřehlíželi, se o nemoci partnerky dozvěděli od ní osobně, třetina partnerů nemoc rozpoznala díky „zvláštnímu“ jídelnímu chování partnerky.
- Většina otců se o onemocnění dcery dozvěděla od matky dívky.
- Většina partnerů na zjištění o nemoci reagovala „zmateně“, nevěděli si s nemocí rady a někteří se snažili kontrolovat jídelní chování svých partnerek. Více než polovina otců se pokoušela pátrat po příčinách nemoci a začli se sebeobviňovat.
- Většina mužů popisovala pocity bezmoci, smutku, strachu a lítosti ve spojitosti s nemocí blízké.
- Většina mužů by nejraději o nemoci své partnerky/dcery s nikým nehovořila, ale otcové o problému mluvili častěji než partneři nemocných, což souviselo s vlivem PPP dcery na celou rodinu.
- Partnerský vztah muži i přes komplikace v podobě PPP hodnotili kladně.
- Dvě třetiny mužů hodnotily nemoc jako určité omezení – ať už pro sebe či pro nemocnou.
- Více než polovina partnerů vnímala nepříznivý vliv nemoci na sexuální oblast.
- Většina mužů nevnímala PPP jako zdroj konfliktních situací.
- Nikdo z partnerů nevnímal nemoc jako důvod k rozchodu.
- Všichni muži se snažili s partnerkou/dcerou o problému otevřeně hovořit, ale zpravidla se tato snaha pojila s pocitem bezmoci, únavy či nebyla považována za

- úspěšnou.
- Z pohledu otců neměla nemoc výrazný vliv na vztah s matkou dcery ani na vztah s ostatními potomky.
 - Otcové, kteří žili s dcerou ve společné domácnosti, zaznamenali proměnu v chování dcery, ale spojovali ji především s dospíváním dcery.
 - Dvě třetiny mužů se snažily své znalosti v oblasti PPP „zvětšit“ – muži informace získávali prostřednictvím nemocné (převážně partneri), knih, internetu a lékařů.
 - Přístup partnerů a otců k řešení problému a léčbě blízké byl odlišný – otcové problém buď „přehlíželi“ nebo spojili síly s manželkou a aktivně se podíleli na léčbě, na níž dcera ovšem nereagovala příznivě. Partneri spíše přenechávali léčbu na partnerce, ovšem vyjadřovali ochotu se zapojit, kdyby si to partnerka přála.
 - Tři čtvrtiny mužů nemoc neovlivnila v jejich stravovacích návycích a způsobu života.
 - Pouze čtvrtina mužů označila nemoc blízké za vyléčenou a překonanou.
 - Většina mužů neviděla v nemoci a boji s ní žádný pozitivní přínos pro životy zúčastněných.
-
- Většina dívek/žen trpících PPP vykazovala vysokou úroveň vzdělání – zpravidla dokončily vysokou školu či ji právě studovaly.
 - Průměrný věk žen byl 27 let.
 - Se svou nemocí se průměrně potýkaly 11 let, počátky nemoci zpravidla spadají do věku 15 – 17 let.
 - Převážná většina dívek o PPP neměla podrobnější znalosti na počátku svého onemocnění.
 - Polovina rodičovských párů žen trpících PPP byla rozvedena.
 - Ani ne polovina dívek spojovala vznik PPP se snahou o zhubnutí.
 - Všechny dívky uvedly, že svůj problematický postoj k jídlu nevnímaly poměrně dlouhou dobu jako problém a nemoc. Některé jej i dnes považují za „součást svého života“.
 - Pouze v jedné rodině dívky se vyskytovala PPP.
 - Většina nemocných se se svým problémem nikomu dobrovolně nesvěřovala.

- Třetina dívek se domnívala, že jejich nejbližší dodnes nemoc nepřijali.
- Tři čtvrtiny dívek svou nemoc nepovažují ani dnes za vyřešenou.
- Polovina žen se nechtěla dobrovolně léčit.
- Více než polovina žen považovala přístup partnera za zdroj stabilizace nemoci, ovšem žádná z dcer nepřikla podobnou důležitost svému otci.
- Polovině žen nebyla snaha o pomoc příjemná a vnímaly ji negativně.
- Podle názoru žen byli partneři více schopni nemoc alespoň částečně pochopit a vnímat ji než otcové.
- U třech čtvrtin žen došlo k recidivě nemoci.
- U většiny žen způsobila PPP závažné zdravotní obtíže.
- Více než dvě třetiny žen vnímaly výrazný vliv nemoci na vztah s partnerem.
- Více než polovina dívek se domnívala, že jejich vzájemný vztah s otcem se vlivem nemoci proměnil.
- Většina partnerek popisovala negativní vliv nemoci na sexuální život s partnerem.
- Většina žen si byla vědoma ovlivnění svých nálad, postojů a chování a více než polovina respondentek vyjádřila názor, že nemoc byla zdrojem konfliktní atmosféry.
- Polovina žen se pokoušela o onemocnění s blízkým okolím otevřeně hovořit.
- Všechny ženy označily PPP za velmi omezující onemocnění pro svůj život.

2.9 Diskuze k provedenému výzkumu

Ačkoliv jsem se ve své práci zaměřila především na předem stanovené výzkumné otázky a jejich zodpovězení, v rámci rozhovorů jsem dospěla i k dalším zjištěním. Na první pohled se zdá, že musí jednoznačně převládat odhalené případy mentální anorexie, vzhledem ke skutečnosti, že se tato nemoc pojí s navenek snadno sledovatelnými výraznými změnami vzhledu nemocných a snížením jejich tělesné hmotnosti ve velmi krátké době. Tento předpoklad se v mém výzkumu nepotvrdil, neboť partneři či otcové dívek nemocných mentální bulimií byli schopni velmi citlivě vnímat změny v chování svých blízkých, a to nejen to, že jejich partnerka či dcera zvrací. Sami si povšimli zvláštního přístupu nemocné k jídlu, toho, že často dodržuje striktní diety a snaží se žít zdravě, ovšem velmi rychle se tento přístup mění v pravý opak a nemocná opouští svá předsevzetí, což se pak často projevuje v jejich

náladách, sociální izolovanosti a ve vlastním sebehodnocení. Někteří dotazovaní také popisovali obtíže ve spojitosti s nemožností větších nákupů jídla, neboť tyto zásoby rychle mizí.

Jistým překvapením pro mě byla skutečnost, že dívky na počátku své nemoci neměly povětšinou téměř žádné hlubší znalosti o problematice PPP, neboť jsem předpokládala, že pro ně příklady těchto onemocnění v médiích či informace na proanorektických internetových stránkách byly určitým „návodem“. Tato skutečnost pravděpodobně souvisí s tím, že ačkoliv se dívky často snažily na počátku zhubnout, PPP nejsou primárně „jídelním problémem“, ale souvisí hlavně s psychikou nemocných. Většina dotazovaných dívek potvrzovala předpoklad, že nemocné jsou zpravidla velmi inteligentní a úspěšné, většina z nich studuje či již dokončila vysokou školu a byly úspěšné i v pracovní oblasti.

Původní rodiny dívek trpících PPP potvrzovali názor Dr. F. D. Krcha, podle něhož není možné popsat typickou „anorektickou“ nebo „bulimickou“ rodinu, ovšem jsou v těchto rodinách pozorovatelné některé sklony například k častým dietám, nevhodným stravovacím návykům. Dívky svou rodinu často popisovaly prostřednictvím napjaté atmosféry, konfliktů. Měly také často pocit, že je rodiče ocení, jen když budou úspěšné, chytré a krásné. Toto koresponduje s popisem původních rodin podle Maloneyho a Kranzové, podle nichž dívky trpící PPP často vyrůstají v příkladných rodinách, které vyžadují od svých dcer určitou dokonalost, kladou vysoké nároky na vnější dojem, vzhled a výkon. Ve většině případů byli rodiče dívek rozvedeni, nebo jejich dcery vnímaly rodinnou atmosféru jako velmi negativní a plnou sporů.

Mnoho mužů se více informací o nemoci dozvědělo prostřednictvím své partnerky, matky dcery či odborníků a knih. Pouze jeden otec čerpal znalosti z internetových stránek, což je zjištění, které nepotvrdilo výsledky výzkumu Rii Černé v rámci její diplomové práce.

Výpovědi mužů potvrdili, že partner či otec nemocné dívky své pocity a potřeby nesdělují, raději by o problému nehovořil vůbec, a když o něm mluví, dělá to pro svou partnerku, dceru či její matku. Žádný z mužů nevyhledal svépomocnou skupinu či odbornou pomoc a v případě, že kontaktoval lékaře, tak pouze kvůli nemoci své blízké, nikoliv proto, aby se poradil ohledně svých emocí, potřeb a potíží.

Přestože samotné dívky vypovídaly, že jsou si vědomy vlivu PPP na své nálady, chování a udržování vztahů, muži nepřikládali nemoci takovou moc a případné konflikty a

problémy přičítali normálnímu partnerskému životu či dospívání dcery, nikoliv nemoci. V případě otců tak byla potvrzena zjištění Sarah Perkins, jejíž respondenti poukazovali na obtížnost rozlišení mezi chováním ve spojitosti s PPP dcery a mezi běžným chováním teenagerů v období dospívání, i když v této studii převažovaly výpovědi matek. Ve spojitosti s jídlem popisovali muži občasné konflikty a spory, což odpovídalo zjištěním Suzanne Winn, která případné obtíže ve vztahu mezi pečující osobou a nemocnou dívkou spojovala s vysokou úrovní vyjadřování emocí v tomto období.

Ve svém výzkumu jsem se zaměřila na základě zjištění diplomové práce Rii Černé na sexuální oblast partnerského života. Její výzkum ukázal, že partneri žen s PPP nevykazovali rozdílnou spokojenost v této oblasti v závislosti na tom, zda partnerka trpí mentální anorexií či mentální bulimií. Partnerské dvojice v mé práci vyjadřovaly podobnou nespokojenost v oblasti intimity, a pokud se sexuálním životem nebyli respondenti spokojeni, propojovali tuto skutečnost s nemocí, ovšem výraznou roli nehrál druh PPP. Snažila jsem se zaměřit na oblast, kterou má předchůdkyně v práci nemohla zachytit, tedy na to, jak tuto oblast vnímá sama nemocná partnerka. Z výpovědí respondentů vyplynulo, že výpovědi žen byly až na jednu výjimku naprosto shodné s příspěvky jejich partnerů. Pouze jeden pár se vzájemně neshodl, dívka trpící mentální bulimií pociťovala vliv nemoci na sexuální život, kdežto její partner byl v tomto ohledu spokojen.

Výpovědi mužů příliš nepotvrdily zjištění Sarah Perkins, jejíž respondenti nacházeli na zkušenosti s poskytováním péče osobě s PPP řadu kladných momentů. Většina mužů v mém výzkumu uvedla, že žádný pozitivní přínos nemoci nevnímali, a ani je nenapadlo o něčem takovém přemýšlet, neboť na tento problém pohlíželi veskrze záporně.

Z mé práce vyplynulo, že pouze malý počet mužů byl aktivně zapojen do léčby partnerky či dcery a v případě, že se otec zúčastnil vícerodinné terapie, nedomníval se, že by tento přístup skutečně pomohl, neboť jeho dcera nemocí stále trpí. Na druhou stranu se domnívám, že aktivnější účast může být přínosná v tom ohledu, že se partner nebo otec o nemoci dozví více od odborníků, může lépe porozumět pocitům partnerky či dcery, ale i svým, porovnat své pocity s prožitky ostatních osob s podobným problémem v rámci skupin a získat nad situací větší nadhled.

Na základě výpovědí mužů a nemocných dívek se ukázalo, že partneři si byli více vědomi tím, jakou PPP partnerka trpí a často sledovali i různé prolínání jednotlivých druhů

PPP, kterou zároveň popisovala i nemocná. Otcové v tomto ohledu nebyli tolik vnímaví, zpravidla si připouštěli a povšimli pouze toho typu nemoci, která byla řešena za pomoci lékařů, přičemž jejich dcera popisovala v případě diagnostikované mentální anorexie i různě dlouho trvající období mentální bulimie. V jednom případě právě tuto poruchu považovala sama nemocná za mnohem závažnější a vnímala její větší dopad na svůj život a zdraví. Podobně i v případě názoru respondentů na překonání nemoci, někteří muži považovali svou partnerku či dceru za vyléčenou, přičemž ona sama sebe nikoliv, pouze v lepším případě na sebe sice nepohlížela jako na zdravou, ale alespoň se vnímala jako osobu ve stabilizovanějším stavu.

Ve svém výzkumu jsem se pokoušela ověřit a porovnat výpovědi pečujících otců a partnerů s náhledem na situaci očima nemocných žen, a to prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které umožnily respondentům plně rozvést své odpovědi, názory a vyjádřit své emoce. Ovšem na druhou stranu jsem si vědoma toho, že vzorek byl poměrně malý a také, že respondenti byli vybráni na základě předchozí známosti v mém blízkém okolí a pouze z jednoho města, a proto nelze předpokládat, že by bylo možné zjištěná data zevšeobecnit. Respondenti nereprezentují pečující otce, partnery a nemocné PPP jako celek.

Pro budoucí práce a výzkumy bych považovala za přínosné, kdyby byla pozornost věnována většímu počtu respondentů (neboť já sama jsem se potýkala s velkými obtížemi v oblasti získávání informátorů) a také se domnívám, že by mohlo být zajímavé propojení výpovědí a názorů na nemoc více členů rodiny – nemocné, otce, matky, ale také sourozenců, neboť jejich životy jsou nemocí neméně ovlivněny a i jejich přístup má dopad na nemocnou.

Seznam přečtené a citované literatury

- BROUCKE, S. – VANDEREYCKEN, W. – VERTOMMEN, H. (1994). Psychological distress in husbands of eating disorder patients. *The American Journal of orthopsychiatry*. vol. 64. is. 2. s. 270-279.
- ČERNÁ, R. Potřeby muže v roli otce či partnera dcery či partnerky nemocné poruchou příjmu potravy. Diplomová práce. FF UK Praha. 2007.
- ČERNÁ, R. Porucha příjmu potravy v partnerském vztahu z pohledu partnera nemocné ženy. Diplomová práce. FF UK Praha. 2008.
- DE LA RIE, S. M. et al. (2005). The Quality of Life of Family Caregivers of Eating Disorder Patients. *Eating Disorders*. vol. 13. is. 4. s. 345-351.
- GIDDENS, A. Sociologie. 1.vydání. Argo, 1999. s.135 - 138. Přeložil Jan Jařab. ISBN 80-7203-124-4.
- HUKE, K. – SLADE, P. An Exploratory Investigation of the Experiences of Partners Living With People Who Have Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 2006. s. 436 – 447.
- KIRIIKE, N. et al. (1998). Single and married patients with eating disorders. *Psychiatry Clinical Neurosci*. vol. 52. s. 306-308.
- KRCH, F. D. Bulimie, jak bojovat s přejídáním. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2003. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy. 1. vydání. Praha: Grada, 1999. ISBN 80 –7169-627-7.
- KRCH, F. D. (2009). Ústní sdelení při konzultaci k diplomové práci.
- KULHÁNEK, J. Informační portál o poruchách příjmu potravy [online]. aktualizace 2007. Praha : Jan Kulhánek, 2002. Dostupný z WWW: <www.idealni.cz>
- KYRIACOU, O. – TREASURE, J. – SCHMIDT, U. (2008b). Understanding How Parents Cope with Living with Someone with Anorexia Nervosa: Modelling the Factors that are Associated with Carer Distress. *International Journal of Eating Disorders*. vol. 41. is. 3. s. 233-242.

- LACEY, J. H. (1992). Homogamy: the relationships and sexual partners of normalweight bulimic women. *British Journal of Psychiatry*. vol. 161. s. 638-642.
- MALONEY, M., KRANZOVÁ, R. O poruchách příjmu potravy. Praha : NLN, 1997. Přeložila Jana Krchová. ISBN 80-7106-248-0.
- MARÁDOVÁ, E. Poruchy příjmu potravy. Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. ISBN 978-80-86991-09-2.
- Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- PAPEŽOVÁ, H. Anorexia nervosa. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. ISBN 80-85121-92-8.
- PAPEŽOVÁ, H. Bulimia nervosa. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 80-85121-81-6.
- PERKINS, S. et al. (2004). A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa : Part 1: The Emotional Impact of Caring. *International Journal of Eating Disorders*. vol. 36. is. 3. s. 256-268.
- PINHEIRO, A. et al., Sexual Functioning in women with Eating disorders. *International Journal of eating disorders*.2008. s. 1-7.
- RENZETTI, C., CURRAN, D.: Ženy, muži a společnost. 1. vydání. Praha. Karolinum. 2005. ISBN 80-246-0525-2.
- ŠTICHOVÁ, Z. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy in VODÁCKOVÁ, D. A kol.: Krizová intervence, 1.vydání. Praha : Portál 2002. s.448-455. ISBN 1593850158.
- TRAPKOVÁ, L. - CHVÁLA, V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. 1.vyd. Praha : Portál, 2004. s. 109 - 150. ISBN 80-7178-889-9.
- WINN, S. et al. (2004). A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa: Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. *International Journal of Eating Disorders*. vol. 36. is. 3. s. 269-279.

Internetové zdroje:

- <www.anabell.cz>, informace staženy dne 3.4.2009, 4.4.2009, 14.3.2009, 4.4.2009
- <www.derewi.blog.cz>, informace staženy dne 15.3.2009
- <www.help24.cz>, informace staženy dne 8.3.2009
- <www.idealni.cz>, informace staženy dne 13.3.2009, 14.3.2009, 20.3.2009
- <www.linda-linie.cz>, informace staženy dne 18.5.2009
- <www.pppinfo.cz>, informace staženy dne 22.4.2009
- <www.sktlib.cz>, informace staženy dne 23.3.2009
- <www.sportvital.cz>, informace staženy dne 5.3.2009
- <www.stopstigmapsychiatrie.cz>, informace staženy dne 28.3.2009

Přílohy

Příloha č. 1 – a) Rozhovor s dívkou/ženou trpící poruchou příjmu potravy (PPP)

1. Dobrý den, ahoj, nejdřív bych se ráda dozvěděla nějaké obecnější informace o Tobě (Vás).

- Kolik je Ti (Vám) let?
- Jaké je Tvé (Vaše) dosažené vzdělání?
- Jaké je Tvé (Vaše) povolání? Případně, pokud ještě studuješ, jakou školu?
- Odkud pocházíš (te)? Z města/venkova?

2. Prozradila bys mi více o Tvé rodině?

- Kolik let je Tvým (Vaším) rodičům?
- Jakého dosáhli vzdělání?
- Jaké povolání vykonávají?
- Žijí Tvoje (Vaše) maminka s tátou ve společné domácnosti? Ve svazku manželském?
- Jak tomu bylo v době vzniku Tvého (Vašeho) problematického vztahu k jídlu?
- Jaký je vzájemný vztah rodičů?
- Vnímáš (te) ho spíše jako harmonický?
- Máš (te) sourozence? Bratra, sestru? Kolik?

3. Musím přejít k „nepříjemnější“ části našeho rozhovoru a zeptat se Tě na Tvůj (Váš) problematický vztah k jídlu.

Pokud byl problém diagnostikován, případně vyléčen:

- Měla jsi (jste) nějaké znalosti, například z literatury, médií, televize o poruchách příjmu potravy na teoretické úrovni?
- Jaké?
- Jakou poruchou příjmu potravy jsi (jste) trpěla?
- Jednalo se jen o jednu PPP, či docházelo k proměnám – anorexie – bulimie či naopak?
- Jak dlouho to trvalo?
- Kolik Ti (Vám) bylo let?
- Za jakých okolností jsi (jste) zjistila, že máš (máte) „problém“?
- Jak jsi (jste) si PPP připustila?
- Jak ses (jste) cítila?
- Byl přímo v Tvé (Vaší) rodině někdo, u koho by bylo možné hovořit o problematickém vztahu k jídlu nebo přímo o PPP? Mám na mysli například maminku, sestru, tetu,...?
- Jak dlouhou dobu jsi (jste) se s PPP potýkala?
- Co považuješ (te) za příčinu vzniku PPP ve svém případě?
- Chtěla jsi (jste) se v době své nemoci sama od sebe a dobrovolně léčit?
- Jak jsi (jste) problém řešila?
- Co/kdo Ti (Vám) nejvíc pomohl?
- Považuješ (te) jej za vyřešený?

Pokud problém právě „probíhá“:

- Máš (te) nějaké znalosti, například z literatury, médií, televize o poruchách příjmu potravy na teoretické úrovni?
- Domníváš (te) se, že Ty (Vy) sama trpíš (te) PPP?
- Nebo svůj (Váš) problematický vztah k jídlu vnímáš (te) jako součást zdravého a aktivního způsobu života?
- Jak dlouho ses (jste se) s takto problematickým postojem k jídlu a sobě samé potýkáš (la)?
- Co považuješ (te) za příčinu vzniku svého „problému“?
- Za jakých okolností jsi (jste) zjistila, že máš (te) „problém“?
- Byl přímo v Tvé (Vaší) rodině někdo, u koho by bylo možné hovořit o problematickém vztahu k jídlu nebo přímo o PPP? Mám na mysli například maminku, sestru, tetu,...?
- Chtěla bys (te) svůj problém nějakým způsobem řešit, léčit se?
- Snažíš (te) se podniknout v tomto ohledu nějaké kroky?
- Jaké?
- Uvědomuješ(te) si, že s PPP se pojí nemalá zdravotní rizika a komplikace?

4. Nyní Tě (Vás) trochu vyzpovídám ohledně přístupu, reakcí Tvého okolí.

- V době vzniku svého problematického vztahu k jídlu jsi (jste) žila ve společné domácnosti s rodiči? Partnerem? Sama?
- Jak byla Tvá (Vaše) nemoc odhalena?
- Náhodným způsobem? Nebo jsi (jste) se svěřila sama?
- Komu?
- Pokud jsi (jste) se svěřila sama, co Tě (Vás) k tomu vedlo?
- Jak reagoval partner/rodiče na zjištění o Tvém (Vašem) problému?
- V případě rodičů by mě konkrétně zajímala reakce a postoj Tvého (Vašeho) tatínka?
- Snažili se Ti (Vám) partner/rodiče pomoci?
- Jakým způsobem?
- Zajímali si o problematiku na obecné úrovni?
- Byli ochotni se zapojit do léčby? Jakým způsobem? V případě rodičů – jak konkrétně Tvůj (Váš) otec?
- Jak jsi (jste) snahu o pomoc vnímala?
- Bylo Ti (Vám) to příjemné?
- Pokud ano, v jakém smyslu? Pokud ne, proč?
- Snažili jste se/snažíte se o problém otevřeně hovořit?

5. Zajímalo by mě, zda vnímáš (te) vliv problému na vztahy s partnerem/rodiči (konkrétně s otcem)?

Vztah s partnerem:

- Byla jsi (jste) ve vztahu s partnerem spokojená a šťastná?

- Domníváš se, že Tvůj (Váš) PPP problém ovlivňoval/ovlivňuje vztah s partnerem?
- Jakým způsobem?
- Měl/má tento problém vliv na Vaš sexuální život?
- Docházelo/dochází v důsledku PPP ke konfliktním situacím?
- Pokud ano, čím jsou způsobeny?
- Cítíš (te) se často deprimovaná, podrážděná, smutná? Ovlivňuje toto rozpoložení Tvůj (Váš) přístup a reakce vůči partnerovi?

Vztah s rodiči (otcem):

- Jaké byly Tvé (Vaše) vztahy s rodiči před vznikem problému?
- Co konkrétně Tvůj (Váš) vztah s otcem?
- Dařilo se Vám v této době otevřeně komunikovat o různých problémech, životních situacích?
- Jak bys(te) charakterizovala Vaše vztahy s rodiči před vznikem problému?
- Vnímala jsi (jste) otce spíše jako kamaráda či jako autoritu?
- Poté, co vznikl Tvůj (Váš) problematický vztah k jídlu a sobě samé, vnímala jsi (jste) vliv tohoto problému na Tvé (Vaše) chování, nálady?
- Změnilo se?
- Jakým způsobem?
- Když se rodiče dozvěděli o Tvém (Vašem) onemocnění, jak reagovali?
- Jak jsi (jste) vnímala otcovu reakci, postoj k problému?
- Měla tato situace výrazný vliv na proměnu Vašeho vzájemného vztahu?

6. Mohla bys (te) mi přiblížit vliv PPP na Tvé (Vaše) zdraví, případně i oblast uzdravení?

Problém vyléčen:

- Měla PPP výrazný vliv na Tvé (Vaše) zdraví? Měla jsi (jste) nějaké zdravotní komplikace? Jaké?
- Jakým způsobem se Ti (Vám) podařilo problém řešit a zvládnout? Léčila jsi (jste) se? Jakým způsobem?
- Byla léčba úspěšná napoprvé?
- Pokud nikoli, co podle Tebe (Vás) vedlo k recidivě?
- Byl Ti (Vám) partner/rodiče (otec) skutečnou oporou?
- Jak se na léčbě podíleli?
- Myslíš(te)si, že právě jeho/jejich postoj a reakce Ti (Vám) pomohly problém vyřešit?
- Co Tě (Vás) k řešení problému motivovalo?
- Jakým způsobem vnímal tento problém tvůj (Váš) partner, otec?

Problém trvá:

- Myslíš(te) si, že má Tvůj (Váš) problematický vztah k jídlu vliv na Tvé (Vaše) zdraví? Jaký konkrétně?
- Vadí Ti (Vám) to, nebo to vnímáš (te) jako součást svého života?
- Chtěla bys (te) tuto situaci řešit?
- Pokud ano, proč? Co by Tě (Vás) motivovalo?
- Vnímáš (te) tento problematický vztah k jídlu jako nějaké omezení? V jakém

- smyslu?
- Nebo se spíše cítíš (te) spokojeně a šťastně?
- Jakým způsobem vnímá tento problém tvůj (Váš) partner, otec?

7. *Zajímal by mě Tvůj (Váš) vztah s partnerem, který s Tebou (Vámi) problém prožíval.*

Problém se týkal především partnera:

- Stále Váš vztah s partnerem trvá?
- Pokud nikoli, co vedlo k jeho ukončení?
- Kdo vztah ukončil?
- Myslíš (te) si, že svou roli sehrál problém PPP?

Příloha č. 1 – b) Rozhovor s otcem nemocné dívky

1. *Dobrý den, nejprve bych se Vás zeptala na několik obecnějších informací o Vás.*

- Kolik Vám je let?
- Jaké je Vaše dosažené vzdělání?
- Jaké vykonáváte povolání?
- Odkud pochází Vaše rodina – potomci, manželka (partnerka)? Bydleli jste na venkově či ve městě?
- Žil jste s dcerou a manželkou (partnerkou) ve společné domácnosti?

2. *Dále by mě zajímalo Vaše „seznámení“ s PPP.*

- Kolik je Vaší dceři let?
- Setkal jste se s PPP již dříve?
- Měl jste nějaké hlubší teoretické znalosti o PPP z literatury? Nebo jste se s PPP setkal v praxi, např. ve Vašem okolí?
- Považoval jste zpočátku problematický vztah Vaší dcery k jídlu za „jídelní“ problém?
- Nebo jste si uvědomoval, že se jedná o problém související s psychikou jedince?
- Jakou poruchou příjmu potravy Vaše dcera trpěla/trpí?
- Jak dlouho u dcery problém trvá?
- Jak jste se o problému dcery dozvěděl? Náhodným způsobem, od Vašeho okolí či od Vaší dcery?
- Co jste cítil? Co jste si po tomto zjištění myslel?
- Jak jste vnímal svou dceru?
- Pociťoval jste potřebu se o tento problém s někým podělit?
- Pozoroval jste změny v chování spojené s poruchou příjmu potravy u Vaší dcery?
- Uvědomoval jste si závažnost tohoto onemocnění?

3. *Dále bych se chtěla blíže seznámit s Vaším přístupem k problému, s Vašimi pocity.*

- Snažil jste se pátrat po příčině vzniku PPP u Vaší dcery?
- Pokud jste nebyl hlouběji informován o PPP dříve, snažil jste se získat informace

o nemoci a léčbě?

- Snažil jste se pomoci dceři při hledání „řešení“?
- Zapojoval jste se aktivně do řešení problému PPP u Vaší dcery? Jakým způsobem?
- Jak dcera reagovala? Spolupracovala?
- Jakou formu léčby jste zvolili?
- Byla úspěšná? Po jak dlouhé době?
- Pokud zpočátku ne, jak jste „neúspěchy“ v léčbě vnímal, co jste pociťoval?
- Jaké máte pocity, když myslíte na dceru a její nemoc?
- Ovlivnil tento problém i Vás osobně ve smyslu změny životního stylu, způsobu stravování? Jak? Snažíte/snažil jste se tím pomoci své dceři v překonávání problému?

4. *Zajímala by mě oblast vlivu tohoto problému na Váš rodinný život.*

- Jaký vliv měla nemoc dcery na Váš život?
- Snižoval tento problém nějakým způsobem jeho kvalitu?
- Jakým způsobem?
- Vnímal jste problém Vaší dcery jako nějaké omezení? V jakém smyslu, směru?
- Ovlivnil tento problém Vaší dcery Váš vztah s matkou dcery, partnerský život? Jakým způsobem?
- Pokud máte ještě další potomky, jaký vliv měla situace na vztah s nimi?
- Pomocí čeho jste se vyrovnával s těžkostmi v důsledku nemoci Vaší dcery?

5. *Ráda bych se dozvěděla více o Vašem vztahu k dceři.*

- Jak byste charakterizoval Vaše vztahy s dcerou před vznikem problému?
- Měli jste spíše přátelský, kamarádský vztah?
- Dařilo se Vám otevřeně komunikovat o různých problémech, životních situacích?
- Jaké pocity jste choval vůči dceři po zjištění o jejím onemocnění?
- Vnímal jste proměnu Vašeho vztahu pod vlivem PPP?
- Dařilo se Vám v tomto období úspěšně komunikovat, či spíše převládala konfliktní atmosféra?
- Chápal jste případnou proměnu vztahu s dcerou jako důsledek PPP?

6. *Myslíte, že byste mi mohl přiblížit oblast léčby, uzdravení?*

- Považujete svou dceru za kompletně vyléčenou?
- Byla léčba úspěšná napoprvé?
- Pokud nikoli, jak se situace a léčba vyvíjela?
- V případě „neúspěchů“ při léčbě dcery, co jste pociťoval? Proč?
- O čem se domníváte, že jí nejvíce pomohlo při řešení problému?
- Vnímal jste vliv vyřešení problému na její chování, postoje, reakce?
- Pokud ano, jak se tato proměna projevovala?
- Po jak dlouhé době došlo k normalizaci vztahů, situace? Kdy se přestalo veškeré rodinné dění a komunikace zabývat pouze nemocí Vaší dcery?
- Chápete PPP jako stále přítomné nebezpečí?
- Myslíte si, že se nyní Vaše dcera cítí lépe, šťastněji a vyrovnaněji?
- Myslíte si, že tato zkušenost měla / má nějaký pozitivní vliv na Vaši osobnost? (např. osobnostní růst, zlepšení schopnosti porozumění, komunikace,...?)

- Měl byste nějaká doporučení pro ty, kteří se s problémem své dcery teprve seznamují, smiřují se s ním?

Příloha č. 1 – c) Rozhovor s partnerem ženy trpící PPP

1. *Dobrý den, nejprve bych se Vás zeptala na několik obecných informací o Vás a vztahu Vaší partnerkou.*

- Kolik Vám je let?
- Jakého jste dosáhl vzdělání?
- Jaké vykonáváte povolání?
- Jak dlouho Váš vztah s partnerkou trvá?
- Jste s partnerkou ve vztahu manželském?
- Máte spolu potomky?
- Žijete s partnerkou ve společné domácnosti?
- Pokud ne, trávíte spolu hodně času?
- Jak byste Vy sám charakterizoval svou povahu? (Jste spíše cholerik, melancholik, ...?)

2. *Dále by mě zajímalo Vaše „seznámení“ s PPP.*

- Měl jste nějaké informace, znalosti, ať už obecné či ze zkušenosti z Vašeho okolí, o PPP před vznikem problému Vaší partnerky?
- Trpěla Vaše partnerka problematickým vztahem k jídlu a sobě samé před začátkem Vašeho vztahu?
- Jakou poruchou příjmu potravy Vaše partnerka trpěla/trpí?
- Jak dlouho o tom víte?
- Pokud partnerka problémem trpěla již dříve, věděli jste o tom na začátku Vaší známosti?
- Jak jste se o problému partnerky dozvěděl?
- Jak jste reagoval?
- Co jste cítil? Co jste si po tomto zjištění myslel?
- Jak jste vnímal svou partnerku?
- Snažil jste se zjistit si více o této problematice, když jste se s problémem setkal u partnerky?
- Pociťoval jste potřebu se o tento problém s někým podělit?

3. *Zajímala by mě oblast vlivu tohoto problému na Váš vztah k partnerce.*

- Jste/byl jste v tomto vztahu šťastný?
- Vnímáte problém Vaší partnerky jako nějaké omezení? V jakém smyslu, směru?
- Vnímáte vliv problému na Váš sexuální život? V jakém ohledu?
- Snažíte se o problému s partnerkou otevřeně hovořit? Jak se při takovém rozhovoru cítíte?
- Snažíte/snažil jste se podpořit partnerku v léčbě u odborníků?
- Jakým způsobem?
- Zúčastňujete se Vy sám aktivně léčby?
- Vnímáte PPP jako něco, co by Vás vedlo k ukončení vztahu? Proč?

4. *Dále bych se chtěla blíže seznámit s Vaším přístupem k problému, s Vašimi pocity?*

- Snažil jste se partnerce pomoci při hledání „řešení“?
- Jaké máte pocity, když myslíte na partnerku a její nemoc?
- Dochází/docházelo ve Vašem vztahu k častým rozepřím, změnám nálad, které by byly způsobeny problematickým vztahem Vaší partnerky k jídlu?
- Pokud ano, vnímáte/vnímali jste je jako zapříčiněné PPP?
- Pomocí čeho jste se vyrovnával s obtížností vzniklé situace v důsledku PPP partnerky?
- Ovlivnil tento problém i Vás osobně ve smyslu změny životního stylu, způsobu stravování? Jak? Snažíte/snažil jste se tím pomoci partnerce v překonávání problému?

5. *Ráda bych se dozvěděla více o průběhu vztahu a jeho trvání.*

- Žijete, máte stále vztah s partnerkou, která trpí PPP?
- Pokud nikoli, byl důvodem rozchodu právě tento problém?
- Kdo vztah ukončil?
- Máte nějaké informace o Vaší bývalé partnerce ve spojitosti s nemocí?

6. *Myslíte, že byste mi mohl přiblížit oblast léčby, uzdravení?*

- Pokud partnerka „problém“ vyřešila, vnímali jste proměnu v jejích postojích?
- Proměnilo se zásadně její chování?
- Jakým způsobem?
- O čem se domníváte, že jí nejvíce pomohlo při řešení problému?
- Byla léčba úspěšná napoprvé?
- Pokud ne, jak se situace vyvíjela?
- Chápete PPP jako stále přítomné nebezpečí?
- Myslíte si, že se nyní Vaše partnerka cítí lépe, šťastněji a vyrovnaněji?
- Domníváte se, že vyléčení, řešení PPP Vaší partnerky vedlo ke zlepšení Vašeho vztahu?
- Myslíte si, že tato zkušenost měla / má nějaký pozitivní vliv na Vaši osobnost? (např. osobnostní růst, zlepšení schopnosti porozumění, komunikace,...?)
- Jaký?
- Měl byste nějaká doporučení pro ty, kteří se s problémem své partnerky teprve seznamují, smiřují se s ním?

Příloha č. 2 – Seznam grafů použitých v praktické části

- **Graf č. 1** – Informovanost žen o PPP
- **Graf č. 2** – Vzdělání rodičů
- **Graf č. 3** – Zjištění nemoci
- **Graf č. 4** – Příčina PPP – pohledem žen
- **Graf č. 5** – Pocity mužů
- **Graf č. 6** – Vliv PPP na život otců a partnerů
- **Graf č. 7** – Hledání řešení a léčba
- **Graf č. 8** – Vnímání snahy o pomoc očima žen