

Univerzita Palackého v Olomouci  
Filozofická fakulta  
Katedra psychologie

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY  
Z POHLEDU MATKY A JEJÍ DCERY  
EATING DISORDER  
OF THE VIEW OF MOTHER AND HER DAUGHTER



Bakalářská diplomová práce

Autor: **Nicola Ponomarevová**

Vedoucí práce: **MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.**

Olomouc

2020

Touto cestou bych chtěla velmi poděkovat panu MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D. za vedení této práce a za cenné rady, které mi po celou dobu poskytoval. Dále bych chtěla poděkovat celé své rodině a přátelům za obrovskou podporu a v neposlední řadě můj velký dík patří všem dcerám a matkám, které se podílely svými příběhy na vzniku této práce.

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Poruchy příjmu potravy z pohledu matky a její dcery“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis .....

# OBSAH

<b>OBSAH .....</b>	<b>3</b>
<b>ÚVOD.....</b>	<b>5</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST.....</b>	<b>6</b>
<b>1 Základní charakteristika poruch příjmu potravy .....</b>	<b>7</b>
1.1 Historické hledisko poruchy příjmu potravy .....	8
1.1.1 Mentální anorexie a její vývoj.....	9
1.1.2 Mentální bulimie a její vývoj .....	10
1.2 Diagnostická kritéria poruchy příjmu potravy .....	11
1.2.1 Mentální anorexie.....	12
1.2.2 Mentální bulimie .....	13
1.2.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy.....	15
1.3 Příčiny vzniku poruchy příjmu potravy.....	16
1.3.1 Biologické faktory .....	16
1.3.2 Životní události.....	18
1.3.3 Psychologické a osobnostní faktory .....	18
1.3.4 Rodinné faktory přispívající k rozvoji poruch příjmu potravy.....	20
1.3.5 Sociokulturní faktory.....	22
1.4 Komplikace a důsledky poruchy příjmu potravy .....	23
1.4.1 Zdravotní komplikace.....	23
1.4.2 Psychosociální důsledky poruchy příjmu potravy.....	25
1.4.3 Mortalita a poruchy příjmu potravy .....	26
1.4.4 Stigmatizace a poruchy příjmu potravy.....	26
<b>2 Systém léčby u poruch příjmu potravy .....</b>	<b>28</b>
2.1 Léčba poruch příjmu potravy .....	28
2.2 Ambulantní lékařská péče a hospitalizace.....	29
2.3 Farmakoterapie poruch příjmu potravy .....	30
2.4 Psychoterapie poruch příjmu potravy.....	32
2.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie.....	33
2.4.2 Interpersonální terapie .....	34
2.4.3 Rodinná terapie.....	35
2.5 Svépomoc a řízená léčba poruch příjmu potravy .....	35
2.6 Prevence poruch příjmu potravy .....	36
<b>3 Rodinný kontext .....</b>	<b>37</b>
3.1 Rodina a její charakteristika .....	37
3.2 Vztah mezi matkou a dcerou .....	38
3.2.1 Ranné dětství a citové vazby mezi matkou a dcerou.....	38
3.2.2 Separační proces.....	40
3.2.3 Riziková matka.....	41

3.2.4	Adolescence a změny ve vztahu matka-dcera.....	43
3.3	Vztah matka-dcera a přítomnost poruchy příjmu potravy.....	44
<b>VÝZKUMNÁ ČÁST.....</b>		<b>49</b>
<b>4</b>	<b>Výzkumný problém a cíle práce .....</b>	<b>50</b>
4.1	Výzkumné otázky .....	50
<b>5</b>	<b>Metodologický rámec.....</b>	<b>51</b>
5.1	Typ výzkumu.....	51
5.2	Metody získávání dat.....	52
5.2.1	Polostrukturované interview pro dcery .....	52
5.2.2	Polostrukturované interview pro matky .....	53
5.2.3	Externalizační rozhovor .....	54
5.3	Sběr dat.....	55
5.4	Metoda zpracování a analýzy dat .....	56
<b>6</b>	<b>Výzkumný soubor a etika.....</b>	<b>58</b>
6.1	Kritéria a metody výběru výzkumného souboru .....	58
6.2	Charakteristika výzkumného souboru .....	59
6.3	Etické hledisko a ochrana soukromí.....	60
<b>7</b>	<b>Výsledky .....</b>	<b>61</b>
7.1	Dominika a její matka .....	62
7.2	Eva a její matka .....	68
7.3	Monika a její matka .....	74
7.4	Beáta a její matka .....	80
7.5	Silva a její matka .....	86
7.6	Sumarizace výpovědí dvojice dcera-matka .....	91
7.7	Odpovědi na výzkumné otázky .....	94
<b>8</b>	<b>Diskuze .....</b>	<b>97</b>
<b>9</b>	<b>Závěr.....</b>	<b>102</b>
<b>10</b>	<b>Souhrn.....</b>	<b>103</b>
<b>LITERATURA.....</b>		<b>107</b>
<b>PŘÍLOHY.....</b>		<b>113</b>

# ÚVOD

Za téma bakalářské práce jsem si zvolila „Poruchy příjmu potravy z pohledu matky a její dcery“. Důvodem zvolení tohoto tématu je nejen alarmující nárůst této poruchy u mladých lidí, ale i osobní zájem o toto onemocnění, protože i v mém okolí se nachází několik blízkých osob, které bohužel touto poruchou onemocněly.

Příčin vzniku nemoci je několik. Denně nás doslova atakují reklamy na dokonale štíhlé postavy. Chvillemi se může zdát, že dokonalost spočívá v tom, jak člověk vypadá a není divu, že nejedna dívka propadne nutkavé touze být perfektně štíhlá. Poruchy příjmu potravy ale nemusí být zcela o zkresleném vnímání svého těla. Ukazuje se, že příčinou tohoto onemocnění mohou být i rodinné konflikty, vrstevnické vlivy a osobnostní predispozice.

Tato nemoc je dlouhodobou záležitostí, která obrací životy dívek vzhůru nohama. Svádějí každodenní boj sama se sebou, který se projevuje v různých aspektech jejich života. Často dochází k podrážděnosti, úzkostem, negativním myšlenkám a úbytku fyzických sil, a proto není divu, že se všechny tyto faktory podepisují na sociálním a vztahovém fungování. Tato skutečnost mě dovedla k tomu, že bych se ve své práci měla zajímat i o nejbližší osoby nemocných dívek. Za nejbližší osoby považuji jejich matky. Ačkoliv pouto mezi matkou a dcerou bývá silné, přítomnost poruchy příjmu potravy ho může velmi poznamenat.

Role matek v nemoci svých dcer může být jakákoliv. Zajisté to není příjemné pro žádnou matku, když vidí, co daná porucha způsobuje jejímu dítěti a jak narušuje rodinné fungování. Prožívání těchto útrap se může také projevit na jejich psychice, a proto je mým cílem zachytit různé úhly pohledů matek na nemoc svých dcer a jak se s touto problematikou snažily celkově vypořádat. Předmětem této práce je zmapování zkušenosti dívek s jejich poruchou příjmu potravy a zároveň zjistit postoje jejich matek k jejich onemocnění.

**Cílem teoretické části** je na základě rešerše relevantní literatury přinést charakteristiku poruchy příjmu potravy včetně její léčby a podpůrných opatření. Jelikož se v této práci zabývám rodinným a vztahovým kontextem, další popsanou oblastí jsou rodinné vazby a vztah mezi matkou a dcerou včetně působení poruchy příjmu potravy.

**Cílem praktické části** této práce je pomocí polostrukturovaných rozhovorů probádat, jak dívky s poruchou příjmu potravy vnímají své onemocnění a jak na toto onemocnění nahlíží jejich matky. K analýze získaných dat je použita interpretativní fenomenologická analýza.

# TEORETICKÁ ČÁST

# 1 ZÁKLADNÍ CHARAKTERISTIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Tato kapitola se věnuje problematice poruchy příjmu potravy. Jelikož je toto onemocnění ústředním tématem této práce, považuji za důležité se seznámit s jeho kompletní charakteristikou, pravděpodobnými příčinami a důsledky.

**Potrava** patří mezi základní potřeby k **přežití**. Člověk bez potravy přežije pár týdnů, pak dochází k **úmrťi**. Existuje spousta oblastí, kde je potrava velmi cenná a je nepříjemné, aby se s ní plýtvalo. Jídlo má velký vliv nejen na správný chod organismu, jelikož nám dodává přísun energie a potřebných živin, ale také na správné fungování psychiky. Jídlo přináší jisté potěšení a může být i sociálním aspektem. Z tohoto pohledu můžeme vidět, že jídlo zastává důležité místo v našem životě a jeho odmítání z jakéhokoli důvodu může mít za následek řadu negativ. Od somatických problémů až k těm psychickým, které se dále mohou promítat do sociální složky. Celá tato problematika se týká **tzv. biopsychosociálního modelu** (Krch, 2005).

Otázkou je, proč mezi námi existují lidé, kteří jídlo záměrně odmítají a co je k tomu vede, když má jídlo tolik benefitů. Toto odmítání může vést k rozvoji **poruchy příjmu potravy**. Jedná se o závažné duševní onemocnění, které se netýká pouze změn v psychice, ale projevuje se i na tělesné stránce jedince. Jedná se o poruchu, která je velmi rozšířená a setkáváme se s ní zejména u dívek a žen, které se snaží dosáhnout dokonalé štíhlosti. Někdy se o poruše příjmu potravy mluví jako o tzv. **civilizační chorobě** (Hort, Hrdlička, Kocourková, & Malá, 2000).

Snahou odborníků je pochopit, jaké hodnoty a postoje vztahují pacienti s poruchou příjmu potravy ke svému tělu. Z hlediska patologie se jedná o nadměrné zaujetí dietami, touze po štíhlosti, strach ze ztloustnutí a zkreslenou percepci těla, přičemž v extrémním případě toto chování může vést až ke smrti (Kocourková et al., 1997).

Vágnerová (2014, 423) uvádí, že „*Poruchy příjmu potravy jsou charakteristické patologickou změnou postoje k vlastnímu tělu, neadekvátním hodnocením jeho proporcí a hmotnosti, z toho vyplývající narušení vztahu k jídlu.*“.

Existuje několik typů poruch příjmu potravy. V této práci se budeme hlavně zabývat **mentální anorexií** a **mentální bulimií**. Jejich diagnostická kritéria jsou vymezená ve dvou spisech, a to v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (dále pod zkratkou MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu Americké psychiatrické asociace (dále pod zkratkou DSM-5) (Krch, 2005).

Mezi oběma poruchami je patřičná podobnost, která spočívá v příliš častém pozorování vlastního vzhledu, kontrolování váhy a ve strachu z vlastní tloušťky. Hlavní motivací nemocných osob je snaha dosáhnout nízké tělesné váhy za pomoci snižování dávek jídla, různých diet či nadměrného cvičení (Papežová, 2010).

Krch (2005) uvádí, že další podobností mezi oběma nemocemi, je nízké sebevědomí, somatické a sociální problémy, které souvisejí s kontrolou váhy. Hlavním rozdílem mezi poruchami je **tělesná váha** jedince.

To, že se obě poruchy navzájem prolínají, dokazuje fakt, že polovina jedinců trpící mentální anorexií pravidelně ztrácí kontrolu nad jídlem a dochází u nich k přejídání, což je typické pro osoby s mentální bulimií. U poloviny jedinců trpící mentální bulimií je zaznamenána epizoda s mentální anorexií. Toto prolínání nemocí dovedlo některé autory k používání pojmu **bulimarexie** (Hort et al., 2000).

Nývltová (2008, str. 159) uvádí, že „*Obě poruchy mohou přecházet jedna v druhou. Častější je průběh, kdy se u konkrétního jedince objeví nejprve mentální anorexie, která po určité době přejde v mentální bulimii, a pak se střídá epizoda mentální anorexie s mentální bulimií.*“.

## 1.1 Historické hledisko poruchy příjmu potravy

V této kapitole se budeme věnovat historii poruchy příjmu potravy. Domnívám se, že je vhodné uvést historický kontext, protože by se mohlo zdát, že porucha příjmu potravy je nemoc moderní doby. Je pravda, že obrovský nárůst této poruchy skutečně zaznamenáváme až od poloviny 20. století, ale překvapivě historické kořeny této problematiky sahají daleko do minulosti. Již v 5. století před naším letopočtem můžeme nalézt zmínku Hippokrata, který tuto poruchu označuje pojmem *asithia* (Faltus, 2010).



### 1.1.1 Mentální anorexie a její vývoj

Slovo *anorexia*, které v označení diagnostické kategorie „mentální anorexie“ zaznívá, pochází z řečtiny a můžeme ho přeložit jako „nechut' k jídlu“. Tento překlad může být trochu zavádějící, protože ve skutečnosti se u pacientů s mentální anorexií chuť nesnižuje, ale chuť je velmi kontrolovaná jedincem. Jedna z prvních zmínek o odmítání potravy vypráví o jednom perském chlapci na začátku 9. století, který rychle zhubnul, protože odmítal potravu. Musela mu být poskytnuta pomoc, aby začal opět jíst a zlepšil se mu jeho zdravotní stav (Lumsden, 1994).

Další zmínky s odmítáním potravy, jak v minulosti, tak i v nynější době, jsou spojené s **náboženskými pústy**. Lidé měli vizi, že když budou odmítat jídlo, tak pročistí své tělo a více pozvednou svou duši. Mnoho náboženských seskupení podporovalo pústy cvičením v domnění, že se účinek osvobození mysli dostaví rychleji. Toto chování bylo viděno například u ranných mnichů či taoistických kněží (Habermas, 2015). V literatuře můžeme najít další zmínky týkající se odmítání jídla. V Evropě bylo časté, že vyhublí umělci se takto stavěli proti tehdejší politice. Odmítání jídla bylo definováno také jako posedlost d'áblem či provozování čarodějnictví anebo naopak projev zázraku. A právě ve 14. století byl popsán nejznámější případ odmítání jídla, který byl spojen se zázrakem (Mumford, 1995). Příběh pojednával o sv. Kateřině ze Sienny, která se dobrovolně rozhodla zemřít hladem. Starala se o nemocnou ženu, která měla na těle hnis a jeho zápach způsobil nechutenství. Aby se sv. Kateřina zbavila toho nepříjemného zápachu, vypila onen hnis. Dle její slov se jí měl zjevit Kristus (Faltus, 2010). Jeho zjevení si odůvodnila tak, že už nemusí konzumovat potravu. Velmi k němu promlouvala a plně věřila, že konzumace jídla je slabost. Její svatý půst se nakonec změnil v naprostou absenci jídla. Byla sledována a nucena se najíst, ale její tělo to nezvládalo a zvracela. To mělo za následek, že zemřela (Bell, 1985).

V 17. století byl vytvořen **první klinický obraz** mentální anorexie. Ztvárnil ho Richard Morton. Jednalo se o anglického lékaře, který kromě prvního portrétu, použil ve svých studiích spojení „nervové opotřebení“ v souvislosti s mentální anorexií (Faltus, 2010).

Ve druhé polovině 19. století, lékař Wiliam Stout Chipley, který působil v ústavu pro duševně nemocné, popsal tzv. „sitiofobii“. Jedná se o chorobné nechutenství, se kterým se setkával nejen u duševně nemocných, ale i u dívek z vyšší společnosti. Louis-Victor Marcé byl francouzský lékař, který sledoval mladé pacientky, které trpěly nechutenstvím. Některé z nich došly k rozhodnutí, že nemohou jíst a byly díky tomu extrémně pohublé. Označil to

za formu „hypochondrického deliria“. Termín „nervová anorexie“ se objevuje ve francouzské literatuře na začátku 19. století. Fleury Imbert rozeznával dva typy anorexie. Prvním typem byla **gastrická anorexie**, pro kterou jsou typické problémy se zažíváním. Druhou byla **nervová anorexie**, která je doprovázena změnami nálad jako je melancholie či úzkost. Lékař William Gull zavedl termín *anorexia nervosa*. V jedné ze svých přednášek upozorňoval na velký váhový úbytek u mladých dívek, u kterých nebyly zjištěny somatické příčiny a poskytl popis anorexie, který platí dodnes (Deth, & Vandereycken, 2005).

Charchot (in Habermas, 2015) ve svých přednáškách popisoval případ dívky, která vykazovala typický obraz mentální anorexie tak, jak ho známé dnes. Dívka odmítala potravu. Její váha byla pouze 29 kilogramů. Charchot popisoval průběh její léčby, který byl velmi komplikovaný neochotou dívky se stravovat. Její patologický strach ze ztloustnutí jí dováděl k tomu, že si jídlo schovávala do ručníků či po kapsách. Ve snaze ji pomoc, ji lékaři nutili jídlo udržet v puse. Po dlouhé hospitalizaci a přísném jídelním režimu, dívka přibrala na váhu 40 kilogramů. Byla propuštěna domů, avšak po několika týdnech zemřela, jelikož se navrátila k svému patologickému chování.

Z hlediska vývoje diagnózy převládal názor, že mentální anorexie je duševní nemocí zhruba do roku 1914. V tomto roce, patolog Morris Simmonds objevil léze v hypofýze vyhublých jedinců. Na to konto začala být mentální anorexie spojována **se somatickým nemocněním**, které se pojmenovalo jako Simmondsova kachexie a začala existovat jistá nejednotnost v definování, zdali je anorexie duševní či somatické onemocnění. Netrvalo ale dlouho a díky vlivu psychoanalýzy a psychosomatiky se ve 40. letech 20. století vrátilo k původnímu názoru, že mentální anorexie je **duševní nemoc** (Faltus, 2010).

### 1.1.2 Mentální bulimie a její vývoj

O historickém kontextu mentální bulimie není moc zmínek v literatuře, protože již od antiky bylo obvyklé konzumovat jídlo ve velké míře. To často mělo za důsledek fakt, že toto přejídání poté způsobovalo **zvracení**. Nadměrná konzumace jídla byla známá pro bohaté panstvo. Pojmem *bolimos* se označoval zlý démon a také symbol nadměrného hladu. Mělo se jednat o takový hlad, že člověk je schopen sníst cokoliv. Mezi lékaři byl tento pojem spojen s poruchami trávicího ústrojí. Jednotnost vymezení pojmu se ustálila až ve 20. století (Deth, & Vandereycken, 2005).

V roce 1874, William Gull na své přednášce zmínil, že zaznamenal **záchvaty přejídání** u své pacientky, která trpěla anorexií. Se stejným výrokem přišel Ernest-Charles

Lasegue, jelikož se s tím také setkal u svých pacientek, které se léčily s anorexií. Na konci 19. století se čím dál více objevovaly kazuistiky, které pojednávaly o nadměrném přejídání a následném zvracení, avšak stále v této době nebyla bulimie vnímaná jako samostatná porucha, ale jako **neurotická porucha** u osob s anorexií. Od 70. let se začala objevovat celá škála pojmů, které měly označit ženy vykazující chování spojené s přejídáním a následným zvracením, aby si udržovaly svou váhu (Deth, & Vandereycken, 2005).

Faltus (2010) uvádí, že s termínem *bulimie nervosa* přišel poprvé GERAL RUSSEL. Označoval tím silnou a neovládatelnou nutkavost vedoucí k přejídání. Tato porucha se měla týkat hlavně žen, které měly normální tělesnou hmotnost. Typická charakteristika bulimie je nadměrné přejídání a následné vyvolání zvracení či použití různých projímadel, které učiní pročištění, popřípadě se uskutečňují oba způsoby pročištění.

## 1.2 Diagnostická kritéria poruchy příjmu potravy

V následujících odstavcích si vymezíme konkrétní faktory, které označují, že jedinec trpí poruchou příjmu potravy. Kritéria jsou vymezena ve dvou předpisech, a to v 10. revizi Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) a v Diagnostickém a statistickém manuálu duševních poruch Americké psychiatrické asociace (DSM-5) (Hosák et al., 2015).

**DSM-5** se užívá v Americe. Obsahuje podrobnou diagnostiku, která je určena k psychologickým a psychiatrickým účelům (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015).

**MKN-10** (2018) se využívá v Evropě a jedná se o publikaci, ve které je vymezený číselný systém kódování nemocí a poruch. Klíčový je tedy kód nemoci a následný její popis.

Dušek a Večeřová-Procházková (2015, 266) uvádějí výčet označení jednotlivých poruch příjmu potravy, které jsou řazeny v MKN-10 do duševních a behaviorálních poruch pod písmeno „F“. Jsou jimi:

- F50.0 Mentální anorexie,
- F50.1 Atypická mentální anorexie,
- F50.2 Mentální bulimie,
- F50.3 Atypická mentální bulimie,
- F50.4 Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami,
- F50.5 Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami.

### 1.2.1 Mentální anorexie

Dle Krcha (2005) je mentální anorexie poruchou, kde dochází k úmyslnému **snižování tělesné hmotnosti**. Jedinci trpící mentální anorexií neodmítají jídlo kvůli nechutenství, ale kvůli tomu, že potravu nechťejí přijímat. Nechutenství bývá považováno až jako sekundární faktor, přičemž toto kritérium nemusí být přítomno u všech pacientů. Někdy naopak se objevuje zvýšená pozornost k jídlu, která se může projevovat tak, že jedinec rád vaří anebo často myslí na jídlo. Vágnerová (2014) uvádí, že mentální anorexie se týká osob, které mají patologický strach ze **ztloustnutí**, a proto se uchylují k zásadní redukci potravy.

**Mentální anorexie** se objevuje až v 90 procentech u dospívajících dívek a mladých žen. Kolem 10 procent tato diagnóza postihuje mladé muže. První kontakt s pacientem mají zpravidla praktičtí lékaři, pediatři a gynekologové. Hrají důležitou roli v diagnostice a následné léčbě nemocného jedince. Obecně můžeme říct, že u spolupracujícího pacienta je diagnóza snadněji stanovitelná a lépe reaguje na léčbu. Z pravidla se ale setkáváme, že jedinec odmítá kontakt s psychologickou a psychiatrickou péčí a odborníkům své potíže zatajuje, což má poté negativní vliv na celkovou pomoc pacientovi (Papežová, 2010).

Pokud chceme stanovit diagnózu mentální anorexie, je nezbytné vyloučit přítomnost somatických potíží a **duševních poruch**, které by se mohly podílet na typických znacích spojené s mentální anorexií. Tyto faktory, které ohrožují diagnózu, musí být vyloučeny. Někdy u odmítání jídla není hlavním účelem zůstat štíhlý či mít patologický strach ze ztloustnutí, ale odmítání může signalizovat zcela jiný záměr. Například při depresivním syndromu bývá nechutenství běžné. U některých typů psychotických poruch se můžeme setkat, že pacient odmítá potravu z důvodu bludu. Má utkvělou představu, že je potrava otrávená (Kocourková, 1997). Odmítání jídla a následná ztráta hmotnosti je také typická u hypotalamických poruch, nádorových onemocnění, tuberkulózy a jiných nemocí, které mohou výslednou diagnózu zkreslit (Krch, 2005).

Pro stanovení **mentální anorexie** (F50.0) dle MKN-10, je potřeba, aby jedinec splnil níže jmenované kritéria. Podle Duška a Večeřové-Procházkové (2015) se jedná o:

- aktivní a vědomé snižování tělesné hmotnosti pod 15 procent předpokládané váhy nebo je hodnota Body Mass Index (BMI) 17,5 a menší,
- jedinec si snižuje váhu sám pomocí diet, zvracení, nadměrného cvičení nebo užívání různých podpůrných prostředků jako jsou například diuretika nebo laxativa,

- u jedince se vyskytuje dlouhodobě strach ze své tloušťky i při výrazné podvýživě a celkově se jeho mentální nastavení věnuje k udržení podváhy a je zasaženo zkreslenými a vtíravými myšlenkami o vlastní postavě,
- u žen dochází ke ztrátě menstruace a u mužů se vytrácí sexuální zájem,
- pokud se objeví mentální anorexie před pubertou, dochází k opoždění či dokonce zastavení vývoje, který se může odrazit v růstu prsou u dívek či růstu genitálií u chlapců, ovšem po uzdravení dochází k normálnímu dokončení vývoje.

Podle Rabocha, Hrdličky, Mohra, Pavlovského a Ptáčka (2015) jsou kritéria pro stanovení **mentální anorexie** dle DSM-5 následující:

- odmítání udržet si vyšší tělesnou váhu, než je stanovená minimální hmotnost pro danou věkovou skupinu,
- intenzivní strach ze ztloustnutí, ačkoliv je jedinec velmi pohublý,
- u jedince přetrvává zkreslená představa o vlastní postavě a přikládá své hmotnosti nepřiměřené sebehodnocení,
- u jedinců chybí sebereflexe a vědomí závažnosti svého chování v důsledku snižování tělesné váhy.

DSM-5 na rozdíl od MKN-10 uvádí dvě specifické rozdělení mentální anorexie. Mluvíme o tzv. **restriktivním typu** a o tzv. **purgativním typu** (Raboch, Hrdlička, Mohr, Pavlovský, & Ptáček, 2015). Restriktivní typ popisuje, že během epizody mentální anorexie, se neobjevují opakované záchvaty přejídání, naopak u purgativního typu k opakovaným záchvatům přejídání dochází (Krch, 2005).

### 1.2.2 Mentální bulimie

Stejně jako mentální anorexie, tak i mentální bulimie spočívá ve strachu z tloušťky. Velký rozdíl je v tom, že pacienti s mentální bulimií **nedokážou kontrolovat** svůj příjem potravy. Dochází u nich k záchvatům opakovaného a extrémního přejídání, které v nich vytvoří chvilkové uspokojení, ale to se záhy mění v pocity viny a selhání. Jejich vidina, jak se těchto úzkostných pocitů zbavit, spočívá ve vypuzování zkonsumovaného jídla i za využití různých léků (Vágnerová, 2014).

Krch (2005) uvádí kritéria, která jsou ke stanovení diagnózy **mentální bulimie** (F50.2) dle MKN-10 nezbytná. Jsou jimi:

- nejméně dvakrát za týden po dobu alespoň 3 měsíců dochází k opakujícím epizodám přejídání, kde je konzumováno hodně jídla v krátkém čase,
- dále se uvádí neustálá žádostivost po jídle,
- velká snaha vyhnout se zvýšení tělesné hmotnosti prostřednictvím zvracení, užívání projímadel a různých preparátů jako jsou například diuretika, anorektika, tyreoidální léky apod.,
- osoba má neustále pocit, že je příliš tlustá a snaží se svou váhu snižovat, často bývá zaznamenána anorexie v anamnéze nemocného,
- osoba je velmi kritická vůči svému vzhledu a věnuje extrémní pozornost své tělesné váze a proporcím,
- u osob je obvykle vysoká pohybová aktivita a hladovky.

Podle Rabocha, Hrdličky, Mohra, Pavlovského a Ptáčka (2015) se **mentální bulimie** stanovuje dle DSM-5, pokud jsou splněny níže uvedená hlediska:

- dochází k opakujícím se záchvatům přejídání, které probíhají v krátkém čase a jedinec nemá dostatečnou kontrolu nad konzumací jídla,
- jedinec se snaží zabránit přibývání na váze různými praktikami jako například vyvoláváním zvracení, zneužíváním léků, nadměrným cvičením anebo držením půstů,
- záchvaty přejídání společně se zabraňujícími praktikami se opakují nejméně jednou týdně po dobu 3 měsíců,
- osoba je velmi kritická vůči své postavě a musí se vyloučit, že se porucha neobjevuje v době epizody mentální anorexie.

Stejně jako u mentální anorexie, tak i u mentální bulimie rozeznáváme dva specifické typy, a to typ **purgativní a nepurgativní**. Typ purgativní se vyznačuje tím, že osoba pravidelně zvrací, zneužívá laxativa nebo diuretika po zvýšené konzumaci potravy. Pro nepurgativní typ jsou typické přísné hladovky a intenzivní fyzická aktivita bez pravidelného užití laxativ nebo vyvolávání zvracení (Procházková & Ševčíková, 2017).

### 1.2.3 Atypické a nespecifické poruchy příjmu potravy

Porucha příjmu potravy je velmi rozšířené onemocnění v populaci. Pacientů s touto diagnózou přibývá, avšak ne všichni splňují všechna kritéria, které jsme si výše vyjmenovali. Často se setkáváme s případy, kdy osoba má nízkou tělesnou hmotnost, ale má stále pravidelnou menstruaci anebo osoba má záchvaty přejídání, ale neprovádí pravidelné zvracení či extrémní diety. Chybí nám tedy určitá kritéria, abychom mohli stanovit diagnózu mentální anorexie anebo mentální bulimie. Z těchto důvodů byly zařazeny do MKN-10 diagnózy **atypická mentální anorexie (F50.1)** a **atypická mentální bulimie (F50.3)**. Tyto kategorie jsou užívány, pokud nemocný vykazuje typický obraz nemoci, ale chybí jeden či více základních poznatků. Můžeme zaznamenat další poruchy spojené s jídlem, například osoba pojídá věci, které nejsou běžně ke konzumaci anebo u osoby dochází ke ztrátě chuti k jídlu. Tyto nespecifické poruchy zařazujeme do kategorie F50.8 „Jiné poruchy jídla“ v MKN-10 (Krch, 2005).

Procházková a Sladká Ševčíková (2017) uvádějí výčet další typů poruch příjmu potravy. Jsou jimi:

- záchvatovité přejídání,
- ortorexie,
- drunkorexie,
- bigorexie,
- pregorexie.

**Záchvatovité přejídání** můžeme charakterizovat jako nadměrnou konzumaci jídla v krátkém úseku, i když jedinec nemá hlad, a dokonce jídlo konzumuje i přesto, že mu nechutná. U záchvatovitého přejídání není obvyklé zvracení, užívání léků ani extrémní cvičení doprovázené hladovkou. Nemocní svou poruchu komentují jako zoufalou činnost, jelikož jídlom někdy zahání nudu, osamělost, zklamání nebo nervozitu (Cooper, 2014).

**Ortorexie** je patologická posedlost zdravou stravou. Osoba s ortorexií konzumuje pouze potraviny, kde si je jistá, že neobsahují barviva, cukr, konzervační látky apod. Přehnaně se zabývá složením potravin a striktně dodržuje zdravý životní styl. Její obavy z nezdravých potravin ji mohou dovést k tomu, že zmenší okruh konzumovaného jídla, začne se vyhýbat stravování v restauracích, a to vše nakonec může vést až k sociální izolaci (Bratman, 2000).

**Drunkorexie** je porucha, která se opět potýká se strachem z větší tělesné hmotnosti. Osoby tento problém řeší tak, že pijí velké množství alkoholu, a přitom omezují konzumaci jídla. To má za následek, že alkohol se mnohem rychleji vstřebává. Pokud k alkoholu je přidán energetický nápoj, dochází k výraznému zvýšení tlaku a srdeční činnosti. Byly zaznamenány případy, kde osoby zkolabovaly a bohužel není výjimkou i náhlá smrt (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

**Bigorexii** si můžeme představit jako posedlost vlastním vzhledem a nutkavou snahu mít, co největší svalovou hmotu. Jedinci mají neustálý pocit, že jsou nevyvinutí a chabí. Tato představa je dovádí k extrémnímu cvičení, které doplňují nevyváženou stravou a braním podpůrných látek jako jsou anabolické steroidy. Jedinci ignorují fakt, že jejich nutkavé chování jim způsobuje často nepříjemné zdravotní komplikace (Mosley, 2008).

**Pregorexie** je typ poruchy, který se vyskytuje u těhotných žen. Těhotné záměrně snižují svůj příjem potravy, aby si udržely nízkou tělesnou hmotnost. Tento hazard může mít fatální následky, jak pro nenarozené dítě, tak i pro samotnou těhotnou ženu (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

## 1.3 Příčiny vzniku poruchy příjmu potravy

Již jsme se seznámili s definicí a se stručnou historií mentální anorexie, mentální bulimie a s dalšími typy poruch příjmu potravy. Logická posloupnost nás dovede k zamyšlení, co vede ke vzniku této poruchy? Co můžeme považovat za hlavní spouštěče, které aktivují často až velmi drastické chování osob vůči sobě a svému okolí? Již ale na první pohled nemůžeme uvést jednoznačnou odpověď na tyto otázky. Existuje spousta faktorů, které se opírají o osobnostní rysy, psychické ladění jedince, biologické a sociální hlediska, životní události či rodinné vazby. Příčin je více a můžou se vzájemně prolínat a tvořit celou škálu vlivů (Krch, 2005).

V této kapitole se seznámíme s faktory, které mohou způsobit rozvoj poruchy příjmu potravy a budeme je členit na biologické faktory, životní události, psychologické a osobnostní faktory, rodinné faktory a sociokulturní faktory.

### 1.3.1 Biologické faktory

**Pohlaví** je považováno za jeden z hlavních determinantů, které vede k rozvoji poruchy příjmu potravy. Je ale potřeba zmínit, že v případě žen je možným důsledkem nejen pohlaví,



ale celková větší **inklinace k depresivním a úzkostným onemocněním**, které mohou odstartovat toto patologické chování (Papežová, 2010). Z klinických studií vyplývá, že ženy se potýkají s poruchou příjmu potravy mnohem více než muži. Mužských pacientů s tímto typem onemocnění je okolo 5-10 procent (Hoek, 2016). Příčinným vysvětlením může být to, že ženy vnímají odlišně svou postavu než muži. Tato diferenciací je nejvíce podmíněna v **adolescenci**. Zatímco chlapci přijímají kladně své tělesné změny v důsledku rozvoje sekundárních pohlavních znaků a jejich postava se přibližuje k ideálu krásy, dívky tento fakt většinou vnímají přesně naopak. U dívek tělesná změna tkví hlavně v zaoblení v bocích, růstu poprsí a příchodem menstruace. Velký problém nastává, pokud dívka v dospívání je napřed oproti svým vrstevnicím. To může velmi podtrhnout její celkové sebehodnocení (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017). Změny postavy u dívek v adolescenci společně s kritikou okolí můžou odstartovat větší riziko nebezpečných diet a bulimického chování (Krch, 2005). Steiner, Standers a Ryst (1995) zjistili, že u žen, u kterých se ukládá nejvíce tuk do bočních partií, stehnech a hýždích, vykazují vyšší riziko onemocnění poruchou příjmu potravy než jiné ženy.

Ukázalo se, že dívky jsou více izolované před vypuknutím mentální anorexie. Dívky se záměrně začaly vyhýbat interakcím se svými vrstevnicemi, jelikož se necítily dobře ve svém „novém“ těle, které bylo podmíněno tolika fyziologickými proměnami. Důvodem byl strach, že nedokážou tyto změny ovládat. Toto negativní myšlení je dovedlo k obrovské **sebekontroli**, která spočívala ve cvičení a dietách (Rahn, 2000).

Porucha příjmu potravy je sice onemocnění typické pro ženy, ale v poslední době počet případů, kdy touto poruchou onemocní muž, přibývá. Z tohoto důvodu byly vytvořeny studie, které se snažily zodpovědět otázku, proč muži trpí nemocí, která je dominantní u žen. Jistá spojitost odkazovala na jejich **sexuální orientaci**. Bylo zjištěno, že **homosexuálové** a **bisexuálové** onemocnění poruchou příjmu potravy zhruba ve 27 procentech. Možné vysvětlení spočívá v tom, že homosexuální muži jsou vystaveni podobně stejnému nátlaku vypadat dokonale štíhle jako ženy. Jejich snaha je tedy vypadat, pokud možno, co nejvíce ženštěji, a proto je u nich takové riziko spádu do poruchy příjmu potravy (Pavlová, 2010).

Cooper (2014) uvádí, že poruchy příjmu potravy můžou být částečně **dědičné**. Dokládá to fakt, že toto onemocnění se opakuje v rodině. Pokud jedno z jednovaječných dvojčat prodělo poruchy příjmu potravy, je vysoká pravděpodobnost, že se toto onemocnění objeví i u druhého dvojčete.

### 1.3.2 Životní události

Za další možné příčiny rozvoje poruchy příjmu potravy považujeme **životní události**. Šikana ve škole, výsměch, úmrtí blízké osoby, traumata, nemoc, odloučení, zneužívání, toto je výčet situací, který společně s úzkostí, dráždivostí, depresivní náladou a nízkou sebeúctou můžou odstartovat tuto poruchu (Novák, 2010).

Je patrné, že pacienti si dokážou vzpomenout na **významnou událost**, která je podnítila k hubnutí. Pacienti velmi zmiňují **narážky** na jejich vzhled a tělesnou hmotnost. To vše se spojuje s odmítnutím od vrstevníků a s narušením sociálních vztahů (Krch, 2005). Objevuje se také názor, že **znásilnění** či **citová deprivace v dětství** souvisí v určité míře se vznikem mentální bulimie v dospělosti. Oběti trpí nesnesitelnými stavy, nízkou sebeúctou a problémy s vlastní identitou. Porucha příjmu potravy se poté nabízí jako zoufalé řešení, jak si od těchto negativních stavů ulevit, když se pomoc nenabízí od jiných lidí (Rahn, 2000).

V souvislosti s výše jmenovanými fakty si toto onemocnění můžeme představit jako nějakou **mentální bariéru**, která pomáhá jedinci udržovat pocity sebe sama, podporuje ho ke zvládnutí osobních krizí, pokud si nedokázal vytvořit jiné strategie, které by mu pomohly překlenut propast nedostačující podpory od svého okolí (Novák, 2010).

### 1.3.3 Psychologické a osobnostní faktory

U osob s poruchou příjmu potravy se často setkáváme s perfekcionistickým chováním. Na základě tohoto poznatku se začalo diskutovat nad tím, zdali perfekcionismus není možným faktorem k rozvoji tohoto onemocnění. **Perfekcionismus** je dominantní u osob s mentální anorexií. U jedinců s mentální bulimií se také objevuje, i když více je pro ně typičtější **impulzivní chování** (Pavlová, 2010). Není ani výjimkou, že perfekcionismus nadále přetrvává u osob po vyléčení (Fairburn et al, 1997). Dále se jistá spojitost našla u rodinných příslušníků osob s poruchou příjmu potravy, kteří vykazovali vyšší míru perfekcionismu. V neposlední řadě, riziko poruchy příjmu potravy roste, pokud je osoba perfekcionistická a zároveň se potýká s **nízkým sebevědomím** a kritickými tendencemi k vlastnímu tělu (Krch, 2005).

Dívky s mentální anorexií nosí status jako velmi **přizpůsobivé, zodpovědné a puntičkářské**. Často se dostávají do konfliktu se svými rodiči za své jídelní návyky. Ze strany rodičů dochází k časté kritice, ale jejich nemocné dítě se jim snaží jejich pravdu vymluvit. Potlačují veškeré argumenty, že s nimi je něco v nepořádku. Na jejich pomoc dítě

reaguje **vztekem** či **lítostí**. Pro rodiče je to těžko pochopitelné, z jakého důvodu se takto jejich dítě chová. Velmi často se stává, že dívka naváže těsný vztah s matkou, zatímco svého otce odmítá (Kocourková, 1997).

Dívky s mentální anorexií vykazují zvýšené **konformní chování**. Snaží se vyhovět společenským požadavkům a normám. Kladou velký důraz na svůj výkon, který se objevuje často jako výborný prospěch ve škole anebo úspěch ve sportovních aktivitách. Jsou na sebe velmi sebekritické a často potřebují uznání od ostatních, aby se pozvedlo jejich nedostatečné sebevědomí (Vágnerová, 1999). Pacientky s diagnózou mentální anorexie mohou zažívat pocity radosti a pýchy, které mohou vést až do **pocitů nadřazenosti**, že dokážou čelit svému hladu. Tato vytrvalost je ještě více motivuje, aby svou váhu snižovaly. Zároveň se objevuje strach, že by mohly selhat ve své vůli, a to by vedlo k tloustnutí (Novák, 2010).

Dalším dominantním rysem u anorektických dívek je **senzitivita a introverze**. Dívky se zavírají do sebe a neshvěřují se ostatním. Ačkoliv na první pohled se může zdát, že dívka na ven neprojevuje emoce, ve svém nitru vše velmi prožívá a je velmi náchylná na kritiku. Na sebemenší kritiku reaguje až **nepřátelským postojem**, to je i možným důvodem, proč tyto dívky mají málo kamarádek (Pugnerová, & Kvitová, 2016).

Dívky s **mentální bulimií** zpravidla nebývají tak nadměrně vyhovující a přizpůsobivé jako tomu je u mentální anorexie, ale oba typy spojuje **perfekcionismus**. Bývají velmi závislé na hodnocení druhých lidí. Opět tu dochází ke konfliktům v rodinné sféře. Dívky bývají sociálně izolované a jsou často **impulzivní** (Kocourková et al., 1997). Ačkoliv dívky trpící mentální bulimií se snaží ovládat své chování a podmaňovat si sama sebe přehnané sebekontroly, často u nich dochází ke kolapsu sebeovládání (Vágnerová, 1999). Tak to se odlišují od dívek trpící mentální anorexií, které ve své sebekontroly naopak vynikají a jsou na ni náležitě pyšné. Jako následek své neschopnosti se ovládat, se dostávají pocity selhání a slabé vůle, které následně způsobují **úzkosti**. Můžeme říct, že jejich snaha udržet kontrolu nad vlastním těle je vede k naprosté **závislosti** (Novák, 2010). Jejich mysl je zahlcena na tolik jídlem a kontrolou, že zanedbávají kontakt s lidmi. Dochází tak ke společenské izolaci, která je dle slov nemocných způsobena jejich tloušťkou. Tento pohled na svou postavu je opět podněcuje k tomu, aby zhubly (Vágnerová, 1999).

U osob s poruchou příjmu potravy se objevuje velká spojitost s **obsedantně-kompulsivní poruchou (OCD)** (Kocourková et al, 1997). Obsedantně-kompulzivní poruchu můžeme charakterizovat jako stav, kdy jedinec trpí vtíravými myšlenkami a

představami, které v něm vyvolávají negativní pocity a úzkost. Tyto nepříjemné myšlenky nesou název **obsese**. Snahou jedince je se těchto obsesí zbavit, a to pomocí **kompulze**. Kompulze je chování, které si můžeme představit jako rituál, který zmírňuje obsesi, ale je nutné podotknout, že se jedná většinou pouze o krátkodobou neutralizaci obsese (Praško, Grambal, Šlepecký, & Vyskočilová, 2019).

Někteří autoři prosazovali názor, že mentální anorexie je formou obsedantně-kompulzivní poruchy. Jones a Palmer (in Lumsden, 1994) prohlásili, že mentální anorexie je **kompulzivní neurózou**, jenž je vázaná na zvracení. Obsedantní rysy a symptomy skutečně vykazuje velké procento pacientů s mentální anorexií. Tento fakt je ověřený řadou výzkumů, avšak spousta autorů, mezi nimiž můžeme zmínit například Dallyho (1969, in Lumsden, 1994) **nesouhlasí**, že mentální anorexie je subtypem obsedantně-kompulzivní poruchy. Mezi vědci se vedou jisté polemiky a nemůžeme tedy s jistotou říct, zda je OCD pouze symptom anorexie anebo že anorexie je formou OCD.

Je prokázáno, že u pacientů trpících poruchou příjmu potravy, se často vyskytují **úzkosti a depresivní příznaky**. Nelze zcela říct, že by negativní emocionalita vedla přímo k rozvoji poruchy příjmu potravy, ale lidé, kterým byla úmyslně snížena nálada, uváděly jistou nespokojenost s vlastní váhou. Považovali se za těžší. Depresivní lidé jsou více nespokojeni se svou postavou a celkově si přijdou méně atraktivní než ti, kteří přímo nevykazovali depresivní symptomatiku (Novák, 2010).

### 1.3.4 Rodinné faktory přispívající k rozvoji poruch příjmu potravy

Špatné rodinné klima můžeme považovat za jedno z příčin rozvoje poruchy příjmu potravy. Řada zkoumaných rodin vykazovala určitý souhrn vlastností, který se ve vzájemném fungování objevoval. Jedná se o nadměrnou ochranu, rigiditu, dále se objevovala **závislost** na přítomnosti jednotlivých členů rodiny, **konflikty** byly často nedořešené a rodiny se také vyznačovaly neschopností projevit své emoce (Krch, 2005).

Munich (2013) velmi dobře popsal rodinnou dynamiku při výskytu mentální anorexie. Ačkoliv dle jeho názoru je těžké vymezit, co je normální rodina, přeci jenom existují dva faktory, které charakterizují obraz fungující rodiny. Těmi faktory jsou **pocity sounáležitosti a pocity autonomie**. Propojenost těchto pocitů napomáhá vytvořit **identitu** dítěte. Dítě s mentální anorexií zažívá často zmatené rodinné interakce a bývá častým spojmem špatné komunikace mezi rodiči.

Cerniglia et al. (2017) podnikli výzkum, ve kterém potvrdili tvrzení jiných studií, že v rodinách s adolescenty, kterým je diagnostikovaná mentální anorexie, panuje špatná tolerance konfliktů, nízká úroveň obecné spokojenosti v rodině, špatná komunikace, nízká flexibilita a nadměrná **hyperprotektivní výchova**. Dále zkoumali rodiny, kde se vyskytují jedinci s mentální bulimií. Ve srovnání s rodinou, kde se vyskytla mentální anorexie, rodiny s mentální bulimií jsou charakterizovány jako více problematické. Vyznačují se vyšším počtem konfliktů, menší soudržností, špatnou komunikací a jsou více nestrukturované a chaotičtější oproti rodině s výskytem mentální anorexie.

Humphrey (1986) ve svém výzkumu ukazuje jistou nespokojenost s rodinným životem i ze strany rodičů nemocných dívek. V rodinách panuje **nízká empatie, nedostatek projevu péče a porozumění**. Získaná fakta poukazují na možnost, že tyto jmenované problémy jsou ventilovány přejídáním a následným vyprazdňováním, protože emocionální angažovanost bulimické rodiny je nízká a celková podpora je nedostatečná. Přejídání a vyprazdňování může představovat ventil této frustrace.

Mentální anorexie se objevuje v období puberty. Dospívání je charakteristické konflikty, které ovšem nemusí být úspěšně zpracovány a může docházet k jejich opakování. Snahou v dospívání je definovat svou identitu, což se ale nemusí u dívek s mentální anorexií zcela povést. Často se setkáváme s názorem pacientek, že mají pocit, jako by žádnou identitu neměly (Greenspan, 1984). V návaznosti na tuto problematiku přinesl Kohut zajímavou teorii, že poruchy příjmu potravy jsou **poruchy SELF** neboli vlastního já. Problémy se SELF vychází ze vztahu mezi rodiči a dítětem. Aby dítě mělo zdravé SELF, je nezbytnou podmínkou, aby vyrůstalo v empatickém prostředí. U dívek s mentální anorexií probíhal nedostatečný vývoj v oblastech jako **individuace a separace**. Dívky sice mohou působit jako soběstačné, ale ve skutečnosti tomu tak není (in Bachar, 1998).

Pokud zaměříme svou pozornost na výskyt poruchy příjmu potravy mezi sourozenci, zjistíme, že přítomnost nemoci je pravděpodobná až v 10ti procentech. Dále za zmínění stojí i fakt, že v rodinách dívek s mentální anorexií a s mentální bulimií je celkově pětikrát vyšší výskyt poruchy příjmu potravy oproti běžné populaci. V závislosti na tuto skutečnost je žádoucí ještě uvést, že matky dcer s mentální anorexií mají ve své anamnéze výskyt mentální anorexie až ve 14ti procentech (Krch, 2005).

### 1.3.5 Sociokulturní faktory

Objevuje se názor, že dominantní příčinou vzniku poruchy příjmu potravy je společenský pohled na **ideál krásy**. Můžeme se stále častěji setkat s nátlakem vyvíjeným módním průmyslem, sociálními medii, filmy a jinými oblastmi, kde za ideál krásy se považuje štíhlá postava. Pro západní země je toto typické měřítko úspěšnosti, důležitosti a krásy (Krch, 2005).

Krch (2002, 57) dále uvádí, že „*Ženy jsou vystaveny stále většímu tlaku sdělovacích prostředků, které je přesvědčují o tom, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisí na tom, jak jsou vyhublé.*“.

Prokázat experimentálně, že **vliv médií** je přímo faktorem, který rozvíjí poruchy příjmu potravy, je ale obtížné. Není možné najít kontrolní skupinu, se kterou by mohl být učiněn experiment, protože každá žena je vystavována tlaku médií. Přeci jenom se objevuje tvrzení, že ženy chtějí být hubenější, jak své vrstevnice, mívají zhoršenou náladu a jsou nespokojené s vlastním tělem, když jsou vystavěné časopisům s krásně štíhlými ženami (Pavlová, 2010). A právě **časopisy** pro ženy jsou typické svými radami, jak být nezávislá, krásná, svobodná a štíhlá. Štíhlost je často popisována jako nástroj, jak dostat muže, jak být atraktivní a dokonalá. Krásné a hubené ženy se obvykle objevují v módních a kosmetických značkách. Tato cílená sugesce ovšem není účelně využívána pouze k získání velkých zisků z reklamy, ale podporuje v ženách myšlenku, že být štíhlou je zkrátka nutnost. Naopak ženy s nadváhou jsou v médiích prezentovány jako méně atraktivní. Tento přístup se jeví jako pokrytecký a může se zdát, že nám média podvědomě podsouvají idealizaci anorektické postavy (Novák, 2010).

Osoby, které se starají o svůj zevnějšek a jsou štíhlé, získávají lepší **sociální status**. S vyšším sociálním statusem souvisí i lepší akceptace a celkové hodnocení. Můžeme tedy říct, že sociální status souvisí s tělesným schématem a tělesné schéma je považováno za součást **identity** jedince (Vágnerová, 1999).

Dalším bohatým informačním nástrojem o dietách a hubnutí je **internet** a **sociální sítě**. Najdeme zde nespočet článků, videí a vlivných osob, které nás motivují změnit svou postavu a celkový přístup sama k sobě. Úspěšnost a moc těchto lidí v nás může evokovat pocity až **zmenšeného sebevědomí** a **schopností**. Jelikož na internetu je skoro vše, není divu, že se zde objevují **weby** dívek s mentální anorexií a mentální bulimií, které motivují ostatní, aby zhubnuli a vydrželi hladovění. Tyto weby představují riziko pro nespokojené

dívky. Weby pravděpodobně vznikly jako kompenzace za weby, které naopak na problematiku poruch příjmu potravy upozorňují. Dívky se chlubí svými výsledky. V jejich očích mentální anorexie a bulimie není vnímána jako nemoc, ale jako **životní styl**. Pokud se setkají s nějakým zdravotním problémem, často si mezi sebou nemocné dívky vyměňují zkušenosti a utvrzují se v tom, že to, co dělají, je správné (Procházková, & Sladká Ševčíková, 2017).

Kromě značného vlivu médií, se na rozvoji poruch příjmu potravy podílejí i **vybrané profese**. Modelky, tanečnice, baletky, gymnastky, atletky, dokonce i žokejové a zápasníci, to jsou rizikové skupiny profesí, na kterých byly provedeny výzkumy a bylo zjištěno, že se skutečně u nich objevuje zvýšená kontrola jídelních návyků a tato kontrola spočívala v dietách, cvičení, dokonce i v užívání laxativ (Krch, 2005). Arcelus, Witcomb a Mitchell (2013) provedli výzkum na tanečnicích. Skupina tanečnic měla vyšší průměrné skóre na subkategoriích EAT-26 a Eating Disorder Inventory. Výsledky ukázaly, že tanečníci mají trojnásobně vyšší riziko výskytu poruch příjmu potravy. Největší hrozbou u nich byla mentální anorexie. Mentální bulimie nevykazovala vyšší riziko vzniku.

## 1.4 Komplikace a důsledky poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy způsobují celou řadu negativních dopadů na fungování jedince. Tato kapitola přinese přehled nejčastějších zdravotních obtíží, se kterými se pacienti s mentální bulimií a mentální anorexií potýkají. Dále se seznámíme s problémy, které se projevují na psychice a sociálním fungování. Osoby s touto poruchou se často stávají oběťmi nepochopení. Z toho důvodu považují za žádoucí se zmínit i o tématu stigmatizace osob s poruchou příjmu potravy, protože i toto nahlížení může zkomplikovat celkovou léčbu.

### 1.4.1 Zdravotní komplikace

Porucha příjmu potravy poškozuje celý organismus. **Malnutrice** neboli podvýživa má velký dopad na správnou činnost srdce. Dochází ke snížení hmotnosti myokardu, bradykardii, abnormalitám diastolické a systolické funkce, hypotenzi a arytmií. **Srdeční abnormality** se u pacientů s mentální anorexií vyskytují až v 86 procentech a selhání srdce způsobuje smrt až v 25 procentech v rámci všech úmrtí (Pálová, & Charvát, 2010).

Pacienti s poruchou příjmu potravy často maskují svou skutečnou nemoc za jinou, což není až takový problém, protože toto onemocnění vykazuje velké množství

**gastrointestinálních symptomů.** Objevuje se průjem, zácpa, nadýmání a bolesti střev. Dlouhé hladovění porušuje žaludek, což opět způsobuje nepříjemné bolesti (Meisnerová, 2013). U mentální bulimie se setkáváme s pocitem plnosti a nafouknutí, když se osoba přejí. Přejedení způsobuje roztažení žaludku, který tlačí na bránici a ztěžujete tak volné dýchání. V krajním případě může dojít k přetržení žaludeční stěny (Cooper, 2014). Přejídání zpravidla vede ke zvracení a užívání podpůrných látek. Pacienti, kteří pravidelně zvracejí, mají rozpraskané koutky, zničenou zubní sklovinu, otoky příušních žláz a poškozený jícen. Abúzus laxativ a jiný podpůrných prostředků způsobuje řadu komplikací nejen v oblasti břicha, ale negativně působí i na štítnou žlázu (Meisnerová, 2013).

Porucha příjmu potravy je dále spojena s výskytem řady kožních potíží. U dívek s mentální anorexií se objevuje **akrocyanóza**. Je to onemocnění, které se projevuje jako chladné ruce a nohy, které jsou typické svou namodralou barvou. Dále se také mohou potýkat se svěděním, ekzémem, dermatitidou a akné. U pacientek se také často objevuje **lanugózní ochlupení** na zádech a břichu (Strumia, 2013).

U nemocných je dále přítomná **anémie, špatná funkčnost jater a ledvin** kvůli dehydrataci anebo někdy naopak se dívky s mentální anorexií snaží svůj hlad přepít nadměrným objemem vody, který zatěžuje ledviny (Meisnerová, 2013). Dalším důsledkem této poruchy jsou problémy s **menstruačním cyklem, fertilitou a těhotenstvím**. Dívky s mentální anorexií trpí amenoreou neboli absencí menstruace. Tato absence musí být třikrát po sobě, abychom mohli hovořit o amenoree (Pařízek, Papežová, & Uhlíková, 2010). Barbieri a Struass (2009) uvádí, že amenorea často vzniká, pokud dívka ztratí 10-15 procent své tělesné hmotnosti.

Může nastat porucha vývoje sekundárních pohlavních znaků, pokud nastane amenorea před dosažením pohlavní zralosti. Úbytek hmotnosti způsobuje energetickou nerovnováhu, která narušuje **hypotalamo-hypofyzárníovariální osu**. Tato osa je významná celou řadou neurotransmiterů. Narušení se projevuje tak, že se přestává vyplavovat gonadotropin, který je důležitý pro **ovulaci** a celkový menstruační cyklus. Bez ovulace není možno počít dítě. Ženy, které trpí těžší formou mentální anorexie, nemohou otěhotnět. Ženy s mentální bulimií mají šanci na otěhotnění, ale až v 50 procentech případů trpí menstruačními problémy, které jsou spojené s nedostatkem pohlavních hormonů (Pařízek, Papežová, & Uhlíková, 2010). Menstruace se zpravidla navrátí, pokud dívka přibere do adekvátní hmotnosti. Je nutno uvést, že návrat menstruace nesignalizuje správnou funkci ovulace. Pro zjištění hormonálního uzdravení je potřeba udělat vyšetření (Krch, 2005).



## 1.4.2 Psychosociální důsledky poruchy příjmu potravy

Sociální život osob s poruchou příjmu potravy je velmi komplikovaný. Dívky se často vyhýbají interakci s lidmi, protože mají strach z odsouzení, z nařknutí, z rad a napomínání, z nucení do jídla a z celkového nepochopení (Krch, 2002). Často dochází k **sociální izolaci**, rozpadu přátelství, rozpoutání konfliktů mezi rodiči, protože ti s jídelními návyky svých dcer nesouhlasí (Kocourková, 1997). Osoby s poruchou příjmu potravy jsou neustále ve stresu. Největší stresor pro ně představuje jídlo. Jídlo je pro ně averzním podnětem. Jedinci z něho dokonce mohou mít fobii. Neustálý strach a odpor k jídlu u nich způsobuje deprese a úzkosti. Ty mohou vést k **sebepoškozování**. Sebepoškozování slouží jako „svěpomoc“ v negativně emocionálním rozpoložení. Pomáhá uvolňovat vnitřní napětí, ačkoliv je účinek krátkodobý (Yamamotová, 2010).

U nemocných dívek se často objevuje kromě negativního emocionálního rozpoložení i **agrese a impulzivita**. Nejčastěji je agrese ventilovaná na rodinu, popřípadě na partnera, když nedokážou ovládnout své jídelní návyky (Cooper, 2014).

Dále se často setkáváme u pacientů s tím, že sklouznou do užívání drog a alkoholu. Problémem je také **oblast sexuality**. Zatímco dívky s mentální anorexií jsou zdrženlivé a sex často odmítají, u dívek s mentální bulimií může docházet k **promiskuitě** (Pařízek, Papežová, & Uhlíková, 2010).

Sexualita souvisí s reprodukcí. V tomto kontextu narážíme také na řadu problémů. Dívky s mentální anorexií v aktivní fázi **ztrácí plodnost**. Pokud by chtěly mít dítě, musely by se uzdravit. Psychické konflikty, které zažívají, jim ale uzdravení znesnadňují. Na druhou stranu je tu fakt, že se ženy mohou otěhotnět, protože ztratí kontrolu nad vlastním tělem. Těhotenství zesiluje psychické symptomy a evokuje v nemocných ženách nízké sebevědomí a pocity nedostatečné rodičovské role, přičemž celé toto negativní ladění se může podepsat na funkčnosti partnerského života (Krch, 2005).

Nemocné dívky jsou velmi citlivé na **kritiku**. Snaží se v očích druhých být dokonalé. Ztrácejí zájem o koníčky a nedokážou se bavit. Vyhýbají se akcím, kde se konzumuje jídlo přede všemi. Dívky mají tendenci vyhazovat své svačiny, co jim rodiče přichystali do školy, nechodí na obědy, předstírají, že už jedly a že nemají hlad. Veškeré toto chování je jenom záminka, jak uklidnit rodiče, popřípadě partnera a okolí a vytvářet v nich domnění, že se s nimi nic neděje (Procházková, & Sladká-Ševčíková, 2017).

Krch (2002) dále uvádí, že dochází k narušení **normálního fungování**. To se často projevuje tak, že dívky přerušují školu, ženy přestanou chodit do práce, protože jejich myšlenky na jídlo jim to nedovolí. Přestávají se koncentrovat na další věci. Často se jim zhoršuje paměť, vnímání a intelektová výkonnost.

V neposlední řadě, bulimické chování má dopad na **finance**. Záchvaty přejídání mohou vést ke konzumaci veškerých potravin v domácnosti, které se poté musí zase nakoupit. Přejídání se tak stává finančně nákladné. V krajních případech se osoba může dostat do dluhů, a tento fakt ji může dovést ke krádežím v obchodě či jinému zoufalému chování (Cooper, 2014).

### 1.4.3 Mortalita a poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy souvisí s mortalitou, protože při propuknutí této poruchy dochází k poškození organismu a ke značným psychickým problémům. Porucha příjmu potravy má jedno z nejvyšších výskytů úmrtí ve srovnání s jinými psychiatrickými onemocněními. V průměru až 8 procent případů končí smrtí. Častým důvodem je **selhání srdce a podvýživa**. Smrt vzniklá selháním srdce se objevuje až ve 1/3 případů u pacientů s mentální anorexií. Rozsáhlé zdravotní komplikace a chronické trvání nemoci nad 10 let mohou vést k letálnímu vývoji nemoci (Pálová, & Charvát, 2010).

Až ve 2 procentech končí toto onemocnění **sebevraždou**. Deprese a úzkosti jsou častým paralelním jevem mentální anorexie a mentální bulimie. Uvádí se, že přítomnost depresí u poruch příjmu potravy, se objevuje až v 75 procentech případů. Vyskytují se také názory, že by se anorexie mohla kategorizovat jako forma sebevražedného chování kvůli jejím negativním důsledkům na psychické i fyzické zdraví jedince. Posedlost dívek nepřijímat potravu a vypadat co nejvíce hubeně, je dovádí k sebevražedným myšlenkám hlavně v ten moment, pokud zjistí, že přibraly. V tu chvíli propadají zoufalství a pesimismu (Koutek & Kocourková, 2003).

### 1.4.4 Stigmatizace a poruchy příjmu potravy

Domnívám se, že nejdén člověk, jenž vidí vychrtlou dívku, by nejraději zakročil a dal jí jídlo a promlouval jí do duše, jak to, co dělá, je špatné. To samé si dokážu představit v případě dívky s mentální bulimií, která by byla přistižena při zvracení.

Značné projevy altruismu, které mohou přejít až do moralizování a nucené změny postojů a chování, které jsou dívkám s mentální bulimií a anorexií často předkládány, jsou ze strany dívek pochopitelně odmítány (Krch, 2002). Vysvětlením může být, že ony samotné nevidí absurditu ve svém počínání, protože počátek jejich onemocnění spočívá v přání být štíhlá. Jelikož toto přání je v souladu s jejich sebepojetí, mluvíme o tzv. **egosyntonním onemocnění**. To se však čase mění v **egodystonní problém**. To je něco, co není v souladu se sebepojetím. Nachází se to mimo osobnost a dívky to činí nešťastné (Koutek, & Kocourková, 2014).

Pokud je onemocnění egosyntonní, tedy je součástí sebepojetí, nastává problém a vznikají odlišné pohledy na nemoc ze strany dívky a jejího okolí. Společnost si bude vytvářet všelijaké scénáře, proč toto nemocné dívky dělají. Obecně musíme uznat, že psychické poruchy jsou sami o sobě velice stigmatizovány. Nálepky, které společnost přisuzuje duševním poruchám, mohou zkomplikovat léčbu jedince. Poruchy příjmu potravy v tomhle směru nemají žádnou výjimku (Ocisková, & Práško, 2015).

Spousta lidí z rodiny a okolí z počátku bagatelizuje tuto poruchu jako hloupost nemocného a snaží se mu domluvit, ať se takového chování zdrží. To zpravidla nebývá úspěšné a dochází k vnitřním pochybám a obviňování. To vše vede k tomu, že okolí vůči nemocnému jedinci vykazuje **ambivalentní vztahy**. Na jedné straně se mu snaží pomoci, ale na druhé straně má vůči němu zlost, že se tak nepochopitelně chová (Vágnerová, 1999).

Ocisková a Práško (2015) uvádí výzkumy, které zkoumaly **veřejné mínění** ohledně poruch příjmu potravy. Ukázalo se, že lidé vnímají skutečně toto onemocnění zlehčeně a přisuzují vinu samotným pacientům, že se nedokážou vyrovnat se svými sociálními a osobními problémy. Pomíjejí fakt, že poruchy příjmu potravy mají své genetické a psychické kořeny. Lidé více kritizovali pacienty s poruchou příjmu potravy než osoby s depresemi či schizofrenií. Obecně vyplývalo, že muži jsou, ve srovnání se ženami, více kritičtější vůči tomuto onemocnění.

Tyto fakta se mohou podílet na tom, že osoba s poruchou příjmu potravy se odmítá svěřit se svým problémem, protože má strach anebo nepovažuje za nutné to někomu říct, protože si myslí, že si to zvládne vyřešit sama. Ať už je důvod jakýkoliv, **stigmatizace** léčbu komplikuje (Ocisková, & Práško, 2015).

## 2 SYSTÉM LÉČBY U PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

V první kapitole jsme se seznámili, co to jsou poruchy příjmu potravy, co vede k jejich rozvoji a jaké mají důsledky pro pacientku a její okolí. Je tedy na místě, aby tato kapitola byla věnována léčbě tohoto onemocnění. Naše pozornost se bude soustředit na jednotlivé strategie, principy, ale i rizika, které léčbu doprovázejí. Na léčbě a uzdravení pacientky s poruchou příjmu potravy se podílí několik odborníků z různých oblastí, kteří společně musí kooperovat. Hlavní podíl na uzdravení má samozřejmě sama pacientka, která musí přehodnotit svůj přístup k životu a musí být ochotná spolupracovat na svém léčebném procesu.

### 2.1 Léčba poruch příjmu potravy

Porucha příjmu potravy je komplikované onemocnění, které potřebuje komplexní léčbu. Nabízí se lékařská, psychologická, ale i sociální pomoc. Zvolení postupu léčby poruch příjmu potravy se odvíjí od psychického a somatického stavu pacientky. Pokud má pacientka vážné somatické komplikace a hrozí u ní sebevražda, je prakticky nezbytná **hospitalizace**, která má za cíl stabilizovat tělesné pochody. Součástí léčby může být **farmakoterapie** za použití zejména psychofarmak, jelikož obvykle u pacientek dochází k **depresím** (Koutek, 2000).

Někdy somatický stav pacientky není v kritickém stavu. Není tedy nutná hospitalizace, ale je žádoucí, aby byla poskytnuta řádná psychologická léčba ve formě **psychoterapie**. V závislosti na okolnostech a situaci se nabízí několik možností, a to od individuální, přes skupinovou, dynamickou, kognitivně-behaviorální až po rodinou terapii. V případě, že pacientka trpí pouze lehčími příznaky poruch příjmu potravy a má chuť své problémy sama řešit, leckdy postačí **účinná svépomoc** a **edukativní intervence** (Krch, 2005).

## 2.2 Ambulantní lékařská péče a hospitalizace

**Ambulantní péče** je vhodná pro pacientky, které mají nekomplikovanou mentální bulimii. Mohou docházet do ambulancí či denních center, kde se pracuje s jejich somatickým a psychickým stavem. Pacientky s **mentální anorexií** mohou také využít možnosti ambulantní péče, ale jsou zde jistá kritéria. Pacientka musí být dobře motivovaná, symptomy u ní musí přetrvávat relativně krátkou dobu a její rodina by měla při léčbě **spolupracovat**. Pacientka dochází na pravidelné monitorování zdravotního stavu a tělesné hmotnosti k lékaři. Psychologové provádí psychologická vyšetření a navrhují různé postupy při léčbě (Papežová, & Novotná, 2010).

Dle Garnera (2005) do ambulantní péče mohou docházet i tzv. **chroničtí pacienti**. Jedná se o pacienty, kteří už několikrát podstoupili léčbu, ale nakonec dospěli k názoru, že psychoterapie pro ně nemá velký význam a další formy léčby již podstupovat nechtějí. V tomto případě je cílem ambulantní péče **stabilizovat** somatický a psychický stav, nikoliv překonat danou nemoc. Pacient dochází pravidelně k lékaři, který má za úkol monitorovat jeho zdraví. Tato péče může být poskytována individuálně, ale i skupinově.

**Hospitalizace** přichází v úvahu, pokud pacientka potřebuje **stabilizovat**. To znamená, že pacientka má značné zdravotní komplikace, její psychický stav je velmi špatný a dosavadní pokusy o nápravu obou stavů byly neúspěšné. V tomto případě je nezbytné uvažovat o hospitalizaci (Garner, 2005).

Procházková a Sladká Ševčíková (2017) uvádí hned několik kritérií pro hospitalizaci. Jsou jimi:

- kritický váhový úbytek a s ním je spojená rychlost hubnutí,
- zdravotní komplikace,
- depresivní syndrom s nebezpečím sebevraždy,
- rozsáhlé rodinné problémy,
- neúspěšnost ambulantní péče.

Nejprve je zapotřebí vyšetřit zdravotní stav pacientky a zjistit, jak moc velká je dehydratace a rozvrat metabolismu. Pokud vyšetření ukáže závažné problémy, je někdy nezbytné přejít k **infuzní výživě**. Když se tělesné funkce stabilizují, je možné přistoupit k **realimentaci** neboli k obnovení výživy. Ze začátku musí být realimentace pozvolná a množství jídla by nemělo přesáhnout 50 procent odhadnutého množství potravy, které pacientka dříve byla schopná zkonsumovat. Je na místě, aby strava byla lehce stravitelná a

zároveň ke zvyšujícímu se množství jídla je vhodné zapojit i lehkou pohybovou aktivitu, která napomáhá k tvorbě svalů (Koutek, 2000).

Kromě stabilizace zdravotního stavu je nutné pacientům pomoci i s **psychickou rovinou**. Při hospitalizaci sehrává roli celý personál daného zařízení, který navzájem musí spolupracovat. Provádí se režimová léčba, skupinová terapie a individuální plán týkající se stravování. Hospitalizace dále může být opatřena i dalšími podpůrnými terapiemi jako například arteterapií, muzikoterapií či ergoterapií (Procházková, & Sladká-Ševčíková, 2017).

Pacientky jsou hospitalizovány na psychiatrických oddělení nemocnic. Provádí se zde diferencovaná krátkodobá péče (do 2 měsíců), ale je zde možnost i středně dlouhé léčby u pacientek s opakovanými pobyty (3-4 měsíců). Dlouhodobá hospitalizace (až 1 rok) pro pacientky, u kterých je potřeba provést řádnou rehabilitaci a resocializaci, bohužel zatím v České republice není možná, protože se zde takové specializované pracoviště zatím nenachází (Papežová, & Novotná, 2010).

## 2.3 Farmakoterapie poruch příjmu potravy

Užívání farmak není primárním způsobem léčby poruchy příjmu potravy. Jsou předepisovány jako doplněk při terapii, protože u poruch příjmu potravy často dochází k překrývání s jinými psychickými nemocemi (Davis, & Attia, 2017). Hlavním cílem farmakoterapie je odstranění somatických problémů a psychických poruch, a to zejména **depresí**. Dále se podílí na změnách v příjmu potravy a obnově tělesné váhy (Faltus, 2005).

V minulosti byla aplikovaná celá řada léků, která měla usnadnit léčbu mentální anorexie. Ukázalo se, že léčba medikamenty není úplně účinná (Davis, & Attia, 2017). Hojně se užívala **neuroleptika**, avšak nyní se od jejich používání ustupuje, protože chybí dostatečné studie, které by nasvědčovaly, že jsou účinná (Faltus, 2005). Neuroleptika se předepisují v těch případech, pokud pacientka zažívá stavy spojené s neklidem, s negativismem či nutkavými projevy. Mezi užívaná neuroleptika řadíme Thioridazin, Chlorprothixen či Perfenazin (Koutek, 2000).

Nyní se k léčbě mentální anorexie používají nejvíce **antidepresiva**, a to z důvodu častého výskytu depresivních symptomů, a také z důvodu nežádoucího zvýšení hmotnosti. Poznatky ukazují, že porucha příjmu potravy souvisí s poruchou **serotoninergního systému** (Faltus, 2005). Používají se zejména antidepresiva III. generace, které selektivně inhibují

zpětné vychytávání serotoninu. Na tomto principu pracují citalopram a fluvoxamin (Koutek, 2000).

Další farmaka, která by mohla přispět k léčbě mentální anorexie, jsou **atypická antipsychotika**. Důvodem je, že pacientky často zažívají intenzivní úzkosti a mají depresivní a obsedantně-kompulzivní symptomy (Papežová, 2010). Ukázalo se, že podávání **olanzapinu**, který je řazen do atypických antipsychotik II. generace, má vliv na růst hmotnosti u pacientů. Ačkoliv je zaznamenáno zvýšení hmotnosti po nasazení olanzapinu, nic to nemění na faktu, že mentální anorexie nemůže být léčena pouze farmaky, ale musí se pracovat s pacientem a jeho postoji (Davis, & Attia, 2017).

U **mentální bulimie** se ukázala léčba **antidepresiv** jako velmi účinná a o této účinnosti hovoří i řada klinických studií (Garner, 2005). Například Advokat a Kutlesic (1995) poukázali, že všechny skupiny antidepresiv, až na mianserin, se v různé míře efektivně podílí na léčbě mentální bulimie. Dále poukazují, že účinky antidepresiv se dostaví nejdříve až po dvou týdnech užívání, což je ve srovnání s depresemi mnohem dříve.

Levine a spol. (1992) učinili výzkum, kde zjistili, že vysoké dávky antidepresiv **fluoxetinu** mají pozitivní dopad na léčbu mentální bulimie. Tyto dávky jsou o dost vyšší než při léčbě depresí. Dále zjistili, že pozitivní účinky se dostavily již po týdnu a že reakce pacientů na antidepresiva byla i bez velké přítomnosti deprese, tzn. že antidepresiva působí na mentální bulimii nezávisle na přítomnosti deprese.

Ukázalo se, že léčba pomocí antidepresiv je velmi účinná, ale musí se věnovat velká pozornost vedlejším účinkům, kterými jsou například tachykardie, hypotenze, epileptické záchvaty, intoxikace v sebevražedném úmyslu či řada gastrointestinální problémů. Kromě zdravotních problémů se zmiňuje riziko týkající se možnosti relapsu pacientů. Pokud dlouhodobě užívali antidepresiva a po čase je vysadili, může dojít ke značnému zhoršení obtíží (Garner, 2005).

Dle Papežové (2010) by se měl výběr léků u léčby poruch příjmu potravy řídit několika doporučeními, a to zejména zvážit potencionální nežádoucí účinky psychofarmak, nárůst dávek by měl být pomalý, měla by se brát v potaz možnost ovlivnění psychofarmak při častém zvracení, předepisovat léky především u výskytu obsedantně-kompulzivní poruchy, u depresí a úzkostí, a v neposlední řadě se musí dbát na fakt, že psychofarmaka zcela neeliminují poruchu, ale pouze napomáhají k léčbě.

## 2.4 Psychoterapie poruch příjmu potravy

Psychoterapii můžeme definovat jako léčbu pomocí **psychologických prostředků**, které využívá psychoterapeut a cíleně jimi působí na svého klienta. Snahou psychoterapeuta je pomoci klientovi se vyrovnat s problémy života, najít sama sebe, podpořit ho ve vztazích a pomoci mu se seberealizovat (Dušek, & Večeřová-Procházková, 2010). Dle Kratochvíla (1997) jsou v psychoterapii užívány různé verbální i neverbální podněty, kterými jsou stimulovány emoce a učení. Dochází tak ke změně v oblastí **emocí, postojů a chování**. Klient prostřednictvím těchto změn dostává ucelený nadhled a porozumění svým problémům, které mohou být eliminované, případně zmírněné.

Kratochvíl (1997) dále uvádí, že psychoterapie může být zaměřená jen na **odstranění symptomů**, avšak je potřebné mít na paměti, že účinnost terapie může být omezená. Dále může být zaměřená na **kauzalitu**. To znamená, že se psychoterapeut snaží s klientem najít příčinu problému, přičemž hledání příčiny může být značně časově náročné.

Důležitou složkou, ať už samotné psychoterapie nebo motivačních rozhovorů u léčby poruch příjmu potravy, je **motivace klienta**. Vedená komunikace mezi klientem a psychoterapeutem má za úkol motivovat a podporovat. Naopak nátlak a kontrola vedou k podvádění a vztah je tak založen jen na pouhé formální spolupráci (Soukup, 2010).

Určitou roli hraje i samotná osoba terapeuta. V rámci poruch příjmu potravy musí terapeut vykazovat jistou **obezřetnost** v tématech týkajících se tělesné hmotnosti a vzhledu u pacientky. Musí projevovat dostatečnou **empatii**. Podstatnou roli může sehrávat i pohlaví terapeuta, a to hlavně v případě, pokud dívka se stala obětí sexuálního násilí. Terapeut by si měl dávat pozor i na tělesný kontakt, který může velmi narušit důvěru vzájemného vztahu (Krch, 2005).

Terapeut si může zvolit hned z několika psychoterapeutických směrů, na které se bude specializovat. Volba vhodné psychoterapeutické metody závisí na osobnosti klienta a jeho diagnóze (Vágnerová, 1999). U poruch příjmu potravy se nejvíce aplikuje **kognitivně-behaviorální terapie**, dále psychoanalytická terapie, skupinová terapie, rodinná a interpersonální terapie. Všechny tyto metody mohou být ještě doplněny jinými přístupy, například arteterapií apod. (Koutek, 2000).



### 2.4.1 Kognitivně-behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie pracuje s kognitivními faktory týkající se názorů, myšlení a očekávání klienta, které mají spojitost s jeho vlastním problémem. Ke své práci využívá dvě oblasti, a to oblast **behaviorální**, která je spojena s učením, a oblast **kognitivní**, která je zaměřená na změnu postojů klienta. Hlavní prací terapeuta je pomoc klientovi, aby měl realistický nadhled ve svém usuzování. Toto realistické uvažování má způsobit změnu v přesvědčení a chování klienta (Vágnerová, 1999).

Kognitivně behaviorální terapie (KBT) je jedna z nejefektivnějších terapií, která se užívá speciálně na léčbu **mentální bulimie** (Cooper, 2014). U mentální anorexie může sehrávat roli v léčbě, ale zatím nejsou dostatečné studie, které by vyvozovaly jednoznačně závěry o její účinnosti. Můžeme ale říct, že verze KBT, jak pro mentální bulimii, tak pro mentální anorexii, se navzájem překrývají, protože pracují s pacientovým přesvědčením (Gainer, 2005).

Hlavním cílem terapie u mentální bulimie a mentální anorexie je změnit postoje k vlastnímu tělu, k jídlu a celkově změnit psychické ladění jedince, které úzce souvisí s udržováním nemoci (Koutek, 2000). Terapeut musí průběh terapie řádně strukturovat a klientku s poruchou příjmu potravy podpořit, aby pro dané postupy byla dost motivována, protože se potýká s dlouhodobým negativním sebehodnocením. Terapie se skládá ze sebemonitorování, konfrontace s předměty, které působí úzkosti (jídlo), nácviky a domácí cvičení (Krch, 2010).

Fairburn (2005) uvádí několik kroků, které se u KBT aplikují. Jsou jimi:

- vedení záznamu o jídle, které klientka snědla, popřípadě nesnědla a má uvést i své pocity, které při jídle zažívala,
- plánování nových jídelních návyků, které vedou k vzrůstu tělesné váhy a pomáhají klientku navracet do běžného jídelního chování,
- průběžné vážení,
- změna v kognitivním oblasti, tzn. odstranit chyby v myšlení a eliminovat rizika, která by mohla udržovat nemoc,
- prevence relapsu.

Výše jmenované postupy jsou klíčové pro změnu postojů. Klientky by měly vědět, že průběh léčby není příjemný a že není možné dělat ústupky, avšak z přístupu terapeuta by mělo být patrné, že je jejich oporou. **Jídelní záznamy** a **grafy** umožňují lepší orientaci

v nemoci klientky a přispívají k zamyšlení a k tvorbě nových jídelních schémat (Krch, 2010).

Garner, Vitousek a Pike (1997) uvádí, že doba KBT u mentální anorexie trvá až 2 roky, a to z důvodu překonání motivačních překážek, které bývají větší oproti bulimickým pacientům, a dosažení potřebné tělesné hmotnosti. Dále musí být definovány možné dysfunkční faktory a rizika, o kterých se aktivně terapeut s klientkou baví.

## 2.4.2 Interpersonální terapie

U poruch příjmu potravy se doporučuje nejdříve zahájit léčbu pomocí kognitivně-behaviorální terapie, protože se ukázalo, že na ní pacientky relativně dobře a rychle reagují, na rozdíl od jiných terapeutických přístupů. Může se ale stát, že u pacientek nedochází ke zlepšení, protože u nich převládají **interpersonální konflikty**. V tomto případě je vhodné uvažovat o začlenění **interpersonální terapie (IPT)** do psychoterapie u pacientek s mentální bulimií a do dlouhodobější psychoterapie u pacientek s mentální anorexií, u kterých nadále přetrvávají symptomy (Garner, 2005).

Adolescence a raná dospělost jsou kritická období, která se pojí s různými změnami v oblasti mezilidských kontaktů a intimních vztahů. Pokud jedinec disponuje nedostatečným sebevědomím, má problémy s kontaktem se svými vrstevníky a nemá dostatečné zkušenosti s navozením intimního vztahu, mohou vznikat **interpersonální potíže**, přičemž výčet těchto potíží je častým jevem, který se pojí s poruchou příjmu potravy a přispívá k jejímu udržování. **Interpersonální terapie (IPT)** neřeší tedy přímo problémy s jídlem, ale zaměřuje se na rozpoznání interpersonálních problémů, které vedly k potížím s jídlem a předpokládá se, že pokud se začnou řešit problémy v této rovině, dovede to jedince k tomu, aby řešil i své stravovací návyky (Murphy, Straebl, Basden, Cooper, & Fairburn, 2012).

Miniati, Callari, Maglio a Calugi (2018) provedli výzkum, ve kterém porovnávali účinnost kognitivně-behaviorální terapie a interpersonální terapie v rámci poruchy příjmu potravy. Zjistili, že KBT je účinnější než IPT. V akutní fázi nemoci je vhodné zvolit KBT, protože vyvolává rychlé změny v přístupu ve stravovacích návycích a v postojích. IPT má pomalejší nástup, změny nastávají pomalu a postupně, avšak vliv těchto změn napomáhá lépe udržet účinnost v delším časovém období. U pacientů postupně docházelo ke zlepšení a zůstávali v klinické remisi značně delší dobu.

### 2.4.3 Rodinná terapie

**Rodinná terapie** je jeden z hlavních přístupů, který se uplatňuje při léčbě mentální anorexie u dívek v adolescenci. Náhled do rodinného fungování může umožnit lepší porozumění a specifikaci problému a následnou spolupráci terapeuta s pacientkou. Pokud je pacientka starší a v průběhu terapie vyplynou problémy v rodině, je vhodné zvážit rodinné vyšetření (Garner, 2005).

Terapie nemusí být zaměřena pouze na jednu rodinu. V rámci **vícerodinné terapie** se pracuje s více rodinami, které mají podobné potíže. Ukázalo se, že rodiny takto mohou lépe porozumět svým problémům, a hlavně opadáva myšlenka, že jsou na svůj problém samy. Vzájemná spolupráce přináší náhled do nemoci a nemocné dívky nemají pocit, že jsou tolik v popředí pozornosti. Vícerodinná terapie se zpravidla skládá až ze 6ti rodin. Počátek terapie začíná v denním stacionáři a trvá 4 dny, pak se rodiny následně během roku sejdou 6-7krát na několik hodin a probírají jednotlivé změny (Tomanová, & Papežová, 2010).

## 2.5 Svépomoc a řízená léčba poruch příjmu potravy

Svépomoc je na místě, pokud pacientka s poruchou příjmu potravy **má mírné symptomy** a chce s nimi bojovat (Krch, 2005). Cooper (2014) uvádí, že je vhodné, aby na svůj boj nebyla sama a určitá míra pomoci se jí dostala i z vnějšku. Pacientka by měla začít svépomoc podle zásad **kognitivně-behaviorální terapie**. Osoba obdrží **svépomocnou příručku**, podle které začne na sobě pracovat nejlépe za podpory pomáhající osoby, ať už z řady rodinných příslušníků, přátel anebo za pomoci odborníků.

Příručka dle Krcha (2010) uvádí řadu příběhů, návodů a poskytuje mnoho odpovědí na otázky, které si pacientky během léčby pokládají. Snaží přimět jedince k zamyšlení nad změnou jídelních návyků, s tím souvisí **sestavení jídelníčku**. Pracuje se s deníkem, který si osoba píše kvůli ucelenému přehledu, co vše snědla a jaké pocity s tím měla spojené. Cílem je, aby jedinec měl vhled do své nemoci a pochopil své chování.

Svépomoc může spočívat i ve **vyhledávání konkrétních center**, které se nemocným dívkám snaží pomoci. Jedním takovým je například Centrum Anabell, z. ú., který přináší pomoc v mnoha směrech, od telefonní linky, po poradenství, terapii či svépomocné skupiny. **Svépomocné skupiny** pomáhají dívkám, aby se necítily v nemoci samy a umožňují jim sdílet své problémy s ostatními dívkami trpící poruchou příjmu potravy, a to vše za dohledu zkušeného peer konzultanta (Procházková, & Sladká Ševčíková, 2017).

## 2.6 Prevence poruch příjmu potravy

**Prevence poruch příjmu potravy** může probíhat v několika oblastech. Dle Papežové (2010) mají **média** velký dopad na toto onemocnění. Je nutné si uvědomit, že adolescenti tráví velký čas u televize a na sociálních sítích, kde se neustále řeší jídelní návyky, diety, vzhled, dokonalost, zdravý životní styl, který nemusí být zcela zdravý a jsou vystaveni různým klamavým reklamám. Dále se na internetu vyskytují blogy dívek s mentální anorexií či bulimií, které své patologické chování vydávají za životní filozofii. Toto vše jsou rizikové faktory, které působí na jedince. Snahou odborníků je, aby tyto **blogy** byly smazány, což představuje ale problém, protože málokdy dojde k jejich nahlášení. Z hlediska reklam a propagace nezdravých jídelních návyků, odborníci se snaží pracovat se zákonodárci, aby tyto **reklamy** byly regulovány.

Značná osvěta se provádí na **internetu**, kde existuje nespočet webů, které se snaží pomoci a vysvětlit problematiku poruch příjmu potravy. Je možné využít internetové poradenství, kde sociální pracovník pracuje s otázkami ze strany klienta. Výhodou pro klienta je zachování anonymity a důvěrnosti. Řadu služeb nabízí například Centrum Anabell, které se na poruchy příjmu potravy cíleně specializuje (Procházková, & Sladká-Ševčíková, 2017).

Velkou roli v prevenci hrají samotní **rodiče**. Někdy se stává, že samy matky nejsou spokojené se svým vzhledem a jejich chování může představovat rizikový faktor pro rozvoj poruchy příjmu potravy u svého dítěte. Primární intervence by se měla zaměřit na chování a jídelní návyky samotných rodičů, aby se tak zamezilo relapsu ze strany jejich dítěte (Papežová, 2010). Rodiče by dále měli s dítětem mluvit o dospívání, stravování a navazovat dobré vztahy. Sami by si měli problematiku poruch příjmu potravy prostudovat a v případě výskytu poruchy příjmu potravy u svého dítěte je vhodné, aby spolupracovali s odborníkem, který jim dá rady, jak zacházet se svým dítětem (Nicholls, & Lask, 2005).

Další oblast prevence představuje **škola**. Škola je místo, kde děti a adolescenti tráví spoustu času. Je žádoucí, aby pedagogové či školní psychologové dělali přednášky na téma poruchy příjmu potravy a seznamovali žáky s touto problematikou. Dále je připravovali na tělesné změny, které je v pubertě čekají a poukazovali na fakt, že časopisy a reklamy jsou často pro naše oko zkreslovány a zdokonalovány, a proto je potřeba mít u nich nadhled. V neposlední řadě by se pedagog měl snažit udržet dobré klima ve třídě a pěstovat v žácích důvěru, zdravé prosazování, zvládání konfliktů a asertivní jednání (Procházková, & Sladká-Ševčíková, 2017).

## 3 RODINNÝ KONTEXT

V předchozích dvou kapitolách jsme si uvedli charakteristiku poruch příjmu potravy včetně rizik, léčby a prevence. Ústředním tématem této práce není pouze samotná porucha, ale i pohled matky a její dcery na toto onemocnění, a proto považuji za nezbytné, aby se poslední kapitola teoretické části zabývala rodinným kontextem, ve kterém se budeme hlavně soustředit na roli matky a dcery a na jejich vzájemné vztahy.

První podkapitola se bude věnovat obecně rodině a její funkci. V následující podkapitole si vymežíme pouto mezi matkou a dcerou a zmíníme různé faktory, které toto pouto můžou narušit anebo naopak posílit. Při charakterizování vztahů matka-dcera budeme postupovat od raného dětství až po adolescenci. V závěrečné podkapitole se zaměříme na vztah mezi matkou a dcerou při poruchách příjmu potravy. Vymežíme si určité teorie, které pojednávají o možných příčinách vzniku poruchy příjmu potravy, které vyplývají z povahy vztahu mezi matkou a dcerou.

### 3.1 Rodina a její charakteristika

Definovat rodinu je obtížné, protože literatura nabízí několik definic. Na rodinu můžeme z obecného hlediska nahlížet jako na systém, který je složený z částí a mezi těmito částmi existuje vztah (Sobotková, 2001). Další definice dle Harta a Hartlové (2015, 512) charakterizuje rodinu jako „*společenskou skupinu spojenou manželstvím nebo pokrevními vztahy, odpovědností a vzájemnou pomocí.*“.

Rodina je **primární skupinou** a poskytuje jednotlivým členům psychosociální ochranu a napomáhá s přizpůsobením dané kultuře. Prostřednictvím těchto základních dvou funkcí dochází k utváření pocit **vlastního já** (Minuchin, 2013). Každá rodina se musí přizpůsobit změnám a životním úkolům a využívá k tomu své vlastní strategie, které jsou tvořeny názory a postoji jednotlivých členů rodiny. Vzorce chování a rodinné interakce jsou velmi podstatné pro funkci rodinných systémů. Rodinný systém je tvořen subsystemy, který se vyznačuje transakční přenosem a hranicemi (Sobotková, 2001).

**Subsystem** je tvořen jednotlivými členy rodiny, zejména se jedná o dvojice matka-otec, matka-dítě, otec-dítě, dále se rozdělení do subsystemu může členit podle pohlaví, generace či funkce. Mezi subsystemy musí existovat definované **hranice**, které nám určují,

do kterého subsystému jednotlivý členové rodiny patří a jakou konkrétní mocí disponují či jaké dovednosti se učí (Minuchin, 2013).

Satirová (2012) zmiňuje, že primární rodina, konkrétně primární triáda (matka – otec – dítě) formuluje z podstatné části **identitu jedince**. Na základě primární triády si osoba uvědomuje svoje místo ve světě a vztahy, které z toho vyplývají. Dále napomáhá vytvářet strategie, které pomáhají člověku zvládnout těžkosti, se kterými se během života setká. Pokud dítě zažije traumatickou zkušenost ve svých prvních měsících života, pravděpodobně to zkomplikuje jeho další vývoj. Je tedy důležité, aby ranné zkušenosti, které vytváří rodiče svému dítěti, byly stabilní a pozitivní.

## 3.2 Vztah mezi matkou a dcerou

Tato kapitola je členěna do dvou podkapitol a každá podkapitola přinese přehlednou charakteristiku vztahu mezi matkou a dítětem, který se postupem let velmi mění. První podkapitola se věnuje rannému dětství a klíčovým vazbám mezi matkou a jejím dítětem. Po této podkapitole následují podkapitoly, které se zabývají rizikovými matkami a vztahy v adolescenci.

### 3.2.1 Ranné dětství a citové vazby mezi matkou a dcerou

Splynutí matky a dítěte není výsledkem učení, ale jedná se o **vrozený instinkt**, protože matka reaguje na signály svého dítěte již v období svého těhotenství (Bowlby, 2010). Krmí ho, poskytuje mu své emoce a dítě toto přijímá. Po narození toto splynutí nadále přetrvává. Matka vnímá své dítě jako součást sebe a dítě vnímá sebe jako součást matky. Je s ní spojeno díky kojení a uspokojování psychický potřeb (Rufo, 2009).

Mezi matkou a dítětem vzniká **citová vazba**. Matka je nejčastější **hlavní vazebnou postavu** pro dítě, protože citlivě uspokojuje jeho potřeby a nejvíce s ním navazuje kontakt. Je nutné podotknout, že hlavní vazebnou postavu může zastávat i jiná osoba, která se k dítěti chová citlivě a mateřsky. **Intenzita** citové vazby s hlavní vazebnou postavou určuje vazby s dalšími lidmi. Ukázalo se, že pokud dítě má silnou vazbu s matkou či jinou pečující osobou, lépe navazuje citové vazby s dalšími osobami. V opačném případě pravděpodobnost navázání vazeb je nižší (Bowlby, 2010).

Ainsworthová provedla výzkum, který měl zjistit možnosti emoční vazby mezi kojenci a matkami. Vycházela tak z teorie **attachementu** neboli připoutání od Bowlbyho, se

kterým pak začala spolupracovat. Výzkum přinesl hned tři možné vazby, které dítě může projevat své matce. Byly jimi bezpečný připoutaný typ, úzkostně vyhýbavý typ nejistého připoutání, úzkostně vzdorující typ nejistého připoutání a později byl dodán ještě čtvrtý typ Mary Mainovou, a to dezorientovaný nejistý typ připoutání (Thorová, 2015).

**Bezpečně připoutaný typ** se projevuje tak, že v přítomnosti matky je dítě zvědavé, odhodlává se prozkoumávat věci a navazuje kontakt s lidmi. V matce vnímá svou jistotu. Jakmile matka odejde, je nejisté, přestává vyhledávat podněty a projevuje zvýšené emoce jako je například pláč. Jakmile se matka vrátí, vítá ji. Důvodem takového chování je, že matka na dítě emočně reagovala a adekvátně uspokojovala jeho psychické i fyzické potřeby. V dospělosti takový jedinec nemá problém navodit důvěrné a intimní vztahy, protože se v nich cítí spokojeně (Thorová, 2015). V populaci se tento typ vyskytuje okolo 55-65 procent (Siegel, 2012).

**Úzkostně vyhýbavý typ nejistého připoutání** se projevuje sníženými emocemi dítěte vůči své matce. Dítě se jí vyhýbá anebo ji naprosto ignoruje, protože mu matka neprojevovala dostatečné emoce a pozornost. Dítě po čase rezignovalo, protože pokusy o navázání kontaktu s matkou selhaly (Thorová, 2015). Toto chování může v dospělosti znesnadnit nalezení důvěrného vztahu. Jedinec bude především usilovat o svou nezávislost a bude se vyhýbat intimitě, blízkosti a důvěrností. Pokud intimita ve vztahu bude velká, osoba s tímto typem vazby pravděpodobně vztah ukončí (Mikulincer, & Shaver, 2007). V populaci je až 30 procent osob s tímto typem vazby (Siegel, 2012).

Třetí typ je **úzkostně vzdorující typ nejistého připoutání**. Dítě je za přítomnosti matky málo aktivní. Nevyhledává tolik podněty jako předchozí typ. Pokud matka odejde, je extrémně nespokojené, jelikož se zde vyskytuje silná **závislost** na její osobě. Po návratu je jeho chování k matce ambivalentní. Na jednu stranu se snaží být v její blízkosti, ale na druhou stranu je na ní naštvané. Svou agresivitu může projevat i tak, že ji udeří. Dítě se chová takto, protože mu matka někdy věnuje svou pozornost a jindy nikoliv. Matka má vůči němu ambivalentní vztah (Thorová, 2015). V dospělosti osoba vyhledává vztahy, ale je v nich na druhou stranu velmi nejistá. Na partnerovi bývá závislá a vyžaduje po něm velkou pozornost a péči. Neustále se musí přesvědčovat, že o ní partner stojí. Jedinec sám vůči sobě vykazuje negativní sebeobraz (Mikulincer, & Shaver, 2007). V populaci se nachází až 15 procent lidí s tímto typem vazby (Siegel, 2012).

Poslední je typ **nejistý – dezorientovaný**. Dítě se vyhýbá a vzdoruje matce, zároveň je ale ustrašené a úzkostlivé. Tento typ je rizikový, jelikož může vést k poruchám chování. Matka je pro dítě velmi nečitelná. Může působit ustrašeně, ale zároveň sama může používat zstrašující techniky, které mají zásadní dopady na dítě (Thorová, 2015). Hlavním problémem je, že matka nesrozumitelně komunikuje s dítětem. Stává se pro něj hrozbou, ale zároveň dítě u ní hledá bezpečí. Tak to vzniká vnitřní, neřešitelný konflikt (Siegel, 2012). V dospělosti taková osoba chce navázat vztahy, ale bojí se zklamání. Projevuje se u ní zvýšená kontrola. U tohoto typu je zvýšený výskyt patologického chování. Matky dětí s touto vazbou jsou často depresivní, agresivní a mívají v sobě nezpracovaná traumata, které v nich mohou způsobovat **disociační stavy** (Hašto, 2005).

Ukázalo se, že děti s bezpečně připoutaným typem mají dobrou adaptaci, méně problémové chování, projevují více empatie, jsou lépe přijímány a s rodiči mají silné pouto. Úzkostně vyhýbavý typ a dezorientovaný typ poukazuje na jistou patologii v chování. Děti s tímto type jsou odtažené, úzkostlivé, málo sebevědomé, mají problémy navázat vztahy a bývají i závislé na ostatních. V utváření typů vazeb hraje podstatnou roli matka. Pokud je matka dostatečně senzitivní, dokáže zachytit důležité signály dítěte a uskuteční jeho potřeby. Tento předpoklad podporuje vznik **bezpečné vazby** (Thorová, 2015).

### 3.2.2 Separační proces

Separační proces je nezbytný pro **socializační rozvoj** dítěte. Prostřednictvím toho procesu dochází k **odpoutání** od těsného vztahu s matkou a dítě tak může prozkoumávat okolní svět (Vágnerová, 2012). **Komunikace** je nástroj separačního procesu a prostřednictvím tohoto procesu si dítě vytváří prostor mezi rodiči. Malé dítě takto vymezuje svou důležitost za používání slov jako jsou „já“ a „ne“ (Rufo, 2009). Separační proces může započít až v tom okamžiku, kdy dítě zažije dostatečnou vazbu se svou matkou a je si touto vazbou jistý. Je důležité, aby separace probíhala pozvolna. Nucená separace by mohla naopak způsobit, že dítě více přilne k matce a proces odpoutání se zkomplikuje. **Primární vazba** mezi dítětem a matkou je velmi důležitá, protože určuje, jak dítě bude vnímat a přistupovat k dalším mezilidským vztahům. Pokud tato vazba nebude pro dítě uspokojivá, udělá si představu, že vztah s ostatními lidmi bude na podobném principu (Vágnerová, 2012).

V případě dlouhodobé nepřítomnosti matky, ať už z její iniciativy anebo z důvodu, že s dítětem zkrátka nemůže být, dochází v tomto kritickém období u dítěte k **úzkosti**. Hovoříme v tomto kontextu o prvním měsíci separace. Druhý měsíc separace se projevuje



na tělesných projevech. Dítě špatně spí a odmítá jíst. Je úzkostlivé a přestává vyhledávat kontakt. Po třetím měsíci separace má prázdný pohled, je psychomotoricky opožděné, není šťastné a má problémy s konzumací jídla. Třetí až osmý měsíc dítěte je podstatný na navázání vztahu s matkou. Pokud separace trvá déle jak pět měsíců, problémy bývají nezvratné a dítě to ovlivní (Rufo, 2009). Je tedy důležité, aby matka byla dostatečně empatická a tolerantní k separačním aktivitám dítěte. Je žádoucí, aby matka svému dítěti byla dostupná, vyjádřila mu, že jí těší jeho snahy a že ho má ráda. Matčino akceptování samostatnosti, o které se dítě snaží, ho podporuje v pokusech o **internalizaci a identifikaci vztahu** (Jedlička, 2017).

Problém může nastat, pokud se matka snaží být perfektním superrodičem. Taková matka se snaží dopřát naprosto vše svému dítěti a zapomíná na podstatný fakt, že i dítě by si mělo prožít **frustraci**, aby se tak naučilo řešit problémy. V reakci na tyto perfektní rodiče přišel Winnicott s konceptem tzv. *dostatečně dobrá matka*. Jedná se o takovou matku, která dítě miluje, ale zároveň i chybuje. Taková matka je schopná sebereflexe a pro vývoj dítěte je lepší než super matka anebo naopak riziková matka. Riziková matka naopak své dítě dlouhodobě zanedbává a může mu přivést řadu psychických potíží (in Thorová, 2015)

### 3.2.3 Riziková matka

V návaznosti na předchozí odstavec se zaměříme na matky, jak svými postoji, chováním, zkušenostmi a psychickým rozpoložením mohou nepříznivě působit na vývoj dítěte. Henry Cloud a John Townsend (2000) rozeznávají 6 typů rizikových matek. Jsou jimi:

1. **Matka fantom** – jedná se o matku, která je vůči svému dítěti otažitá. Svě dítě netýrá, ale je vůči němu emocionálně oploštěná, a proto mezi dítětem a matkou nevzniklo pevné pouto. Na dítě je přísná a má na něj až perfekcionistické požadavky. V dospělosti se takové dítě nedokáže řádně zamilovat, straní se lidí, nedůvěřuje jim, někdy může být až agresivní. Tyto faktory mají za následek, že často pocítuje pocity beznaděje a prázdnoty, které mohou vést až k depresím.
2. **Matka z porcelánu** je velmi křehká. Nedokáže si poradit se stresovými situacemi. Je bezradná a vše zveličuje. Taková matka nedokáže ustát silné emoce svého dítěte. Když dítě pláče, raději se stáhne do ústraní. Počká až se dítě samo uklidní a poté je schopná se k němu vrátit a opět se o něj starat. Toto vyhýbání dětským emocím způsobuje, že se ve vnitru dítěte hromadí smutek a hněv, které se pak odrážejí na vztazích s ostatními. V dospělosti odmítá silné projevy emocí.

3. **Matka – manipulátor** je typ matky, který místo lásky ke svému dítěti využívá manipulaci. Ovlivňuje jeho chování, narušuje jeho schopnost vzdorovat a vytvořit si svůj názor. Dítě takové matce vždy vyhoví. Jelikož vyrůstá v prostředí manipulace, využívá tyto techniky poté i ve své dospělosti. Má tendenci lidi ve svém okolí řídit, odepírat jim svou lásku, vybíjí si na nich svůj hněv.
4. **Matka – sběratelka trofejí** je specifická svým egocentristem. Jedná se o typ matky, která nikdy nepřizná svou chybu a nedostatky. Snaží se být v očích ostatní dokonalá, a to samé vyžaduje od svých dětí. Svým přístupem v dětech pěstuje narcismus. V dospělosti takový jedinec potřebuje projevy chvály a uznání, aby byl spokojený. Jelikož není v souladu se svým skutečným „já“, v případě neúspěchu a selhání prožívá negativní emoce a jeho idealizace o sobě samém se hroučí.
5. **Matka – stálý šéf** je typ matky, který musí mít vždy poslední slovo. Sama sebe vnímá jako nadřazeného člověka a ostatní pro ni jsou podřadní. Svůj názor se snaží vždy prosadit a považuje ho za jediný správný. Návrhy ostatních z pravidla kritizuje. Má tendenci lidi řídit.
6. **Matka – věčný průvodce** je typická pro svou protektivní péči. Taková matka se snaží vše vyřešit za své dítě a co nejvíce ho ochránit před vším. V dospělosti takový jedinec není schopen řešit své problémy a spoléhá na pomoc ostatních. V partnerství je běžné, že požaduje podobnou péči od partnera/partnerky jako dostával od své matky. Většinou jsou postihnuti muži tímto typem matky.

Dle Poncet-Bonissol (2012) je přístup k dítěti ovlivněn tím, jaké **dětství** sama matka prožila. Pokud se matka uchýlí k zanedbávání dítěte, může to být proto, že si to samá sama zažila se svou matkou. Vynořují se tak bolestné vzpomínky na své dětství, které nebylo šťastné a matka není schopna poskytnout potřebnou péči dítěti. Druhým proti pólem je nadměrná péče. Matka může „dusit“ svou dceru péčí a není jí schopná umožnit samostatnost, protože sama měla extrémně silný vztah se svou matkou, který byl založený na bezprostřední péči a majetnické lásce. Dcera má problém se odpoutat od tohoto vztahu, jelikož má pocity viny, že opustí tak úžasnou matku a způsobí v ní prázdnotu.

Z uvedené skutečnosti můžeme říct, že raná zkušenost s chováním matky je podstatná pro hodnocení **sociální reality**. Pokud dítě se svou matkou zažije pozitivní zkušenost, má vytvořený dobrý základ pro formulování své **osobnosti**. Je schopné vytvořit

si pozitivní vztahy sama k sobě, k ostatním lidem a má větší pocity vnitřní vyrovnanosti (Vágnerová, 2012).

### 3.2.4 Adolescence a změny ve vztahu matka-dcera

Hlavní úlohou adolescenta, v rámci svého vývoje, je si vytvořit **identitu**. Existence vlastní identity umožní **odpoutání** od rodičů. Vztahy v rodině se změni a rodiče, kteří stáli nad dítětem, jsou sesazeni z pomyslného vrcholu a vzájemný vztah se stává založený na rovnosti, spolupráci a respektu (Thorová, 2015).

Adolescenti se snaží o svou nezávislost různými způsoby. Někdy tyto způsoby nejsou v souladu se stanovenými pravidly rodičů, a tak dochází k různým konfliktům a nedorozumění. Role matky i otce je v dospívání dítěte velmi důležitá, protože potřebuje povzbuzovat a výchovně pomoci (Vágnerová, 2012). Kontrola rodičů by měla být citlivá. Při přehnané kontrole má adolescent pocity odepření vlastní svobody a toho vede, že vše začne skrývat a informace podává rodičům v malé míře. Adolescent má vědomí své závislosti na rodičích a jeho snahou je, aby hranice závislosti se posouvaly směr k jeho **autonomii** (Thorová, 2015).

Dcera od matky potřebuje, aby ji podporovala ve své **ženské roli**. Získávání role ženy může zkomplikovat kritika dceřiného vzhledu a chování. Vztah mezi matkou a dcerou by měl být vzájemně podporující, protože i pro matku je toto období velmi obtížné. Musí se smířit, že dcera se stává ženou a že její role matky se mění (Vágnerová, 2012). Matka se stává průvodkyní dcery do světa dospělých a je potřebné, aby začala vnímat svou dceru jako někoho, kdo s ní sdílí ženství. Problém může nastat, pokud matka tuto skutečnost nechce akceptovat a bojí se, že dospělost její dcery ji připraví o manžela, milostný život, má strach z budoucnosti a ze svého uplatnění. V takové fázi se může uchýlit k tomu, že chce zastavit své stárnutí. Jedním způsobem je, že si pořídí další dítě (Trapková, & Chvála, 2017).

Další možnou cestou je, že se dceři začne vyrovnávat tak, že se například začne podobně oblékat a používat stejnou mluvu jako ona. Toto prolínání je ovšem problematické. Matka touží **být kamarádkou** své dcery a je připravena s ní trávit čas a pomoci jí se vším. Pokud se dcera ani po 28. roku života neodpoutá od tohoto na prvním pohled skvělého vztahu, nedojde u ní k osamostatnění a vytvoření dostatečné identity (Poncet-Bonissol, 2012).

Na problematiku příliš přátelského vztahu mezi matkou a dcerou upozorňuje i Newman (2013), která tvrdí, že matka a dcera nejsou nikdy na stejné úrovni, protože jejich vztah je mnohem komplexnější. Příliš přátelské matky potlačují **sebevědomí** a **nezávislost** dcer a pravděpodobně matkám něco v jejich životě chybí.

Dle Poncet-Bonissol (2012) je potřeba, aby se matka zamyslela nad vztahem, který měla se svojí matkou, protože by se mohlo stát, že bude zrcadlit své nezpracované trápení na svou dceru. Dcera se může dostat do role oběti, protože si na ní matka bude kompenzovat své emoce a potřeby, které nebyly naplněny. Uvolnění pouta mezi matkou a dcerou může napomoci, aby se dcera vyhnula dusivé minulosti, kterou sama matka na sobě pocítila.

Odpoutání dcery od matky můžou zkomplikovat nejen zkušenosti z minulosti matky a nevyrovnanost s dceřinou dospělostí, ale i nefungující otec, a to hlavně pokud je matka osamělá, pečující, milující a náročná vůči své dceři (Vágnerová, 2012).

### **3.3 Vztah matka-dcera a přítomnost poruchy příjmu potravy**

Existuje mnoho studií, které se snaží definovat vztahy mezi matkami a jejich dcerami s poruchou příjmu potravy. Autoři pátrají po různých spojitostech, faktorech a rizicích, které mohou stát za zrodem tohoto patologického chování. Matka je prvním člověkem, který přináší jídlo svému dítěti a není divu, že se psychologický pohled zabývá možnou spojitostí poruchy příjmu potravy právě s její osobou. Objevují se názory, že za potencionálním rozvojem této poruchy stojí **ambivalentní vztahy** mezi ní a jejím dcerou (Krch, 2005).

Bowlby (2010) poukázal na nutnost uspokojování potřeb dítěte v raném dětství. Řádné uspokojování potřeb přispívá k jeho zdravému vývoji a psychické stabilitě. Vzniká **jistá citová vazba**, která je pro vývoj dítěte nejlepší a předchází se tak vzniku **nejisté vazbě**, která je spojena se vznikem patologie. V návaznosti na tuto tematiku si zmíníme teorie, které se zabývaly rannými vztahy a poruchami příjmu potravy.

Freud (1893, in Cobelo, & Gonzaga, 2012) publikoval *Případ uzdravení hypnózou*. Tato publikace je považována za jednu z prvních studií mentální anorexie v kontext vztahu matka-dcera. Freud užíval hypnózu k léčbě matky, která měla příznaky anorexie a nemohla tak kojit své dítě.

Sperlingová (1983, in Kocourková 1997) navázala na klasickou psychoanalýzu. Pozorovala pacientky s mentální anorexií, které se dostaly do této patologie prostřednictvím

ranných vztahů s matkou. Na základě jejího pozorování vyplynulo, že dívky v adolescenci nejsou schopné **sexuální identifikace** a **heterosexuálního vztahu**, protože mají ambivalentní vztah se svou matkou. Odmítání jídla v jejich pojetí signalizuje bojkot sexuální identifikace a neakceptaci ženské role. Důvodem takového počínání je oživení oidipovského komplexu v pubertě, který vede k rivalitě s vlastním otcem. Dítě se snaží svrhnout pozornost matky a vykazuje vůči ní vlastnické chování.

Na ranné vztahy poukázala i Bruchová (1978, in Kocourková, 1997). Zjistila, že matky neporozuměly klíčovým signálům svých dětí, když byly ještě kojenci. Například nakrmily své dítě, až když samy měly hlad. Dítě po čase vzdalo snahu vyjadřovat své vlastní potřeby a začalo se matce vyhýbat. U dítěte neproběhl řádný **separačně-individuální proces**, a to vše přispělo, že se dítě naučilo vyhovovat a zůstalo vázáno na své rodiče, což by odpovídalo psychologické a osobnostní charakteristice dívek s mentální anorexií, která je uvedena v kapitole 1.3.3.

Mantilla, Clinton a Birgegård (2018) provedli studii, která poukázala na možnou spojitost mezi nejistou vazbou a poruchami příjmu potravy. Odborníci předpověděli, že jedinci s nejistým typem připoutání mají tendenci vnímat poruchu příjmu potravy jako **nástroj kontroly** a sami sebe komentují jako méně autonomní. Pacienti se také potýkali s obviňováním a sebeobviňováním. Nejistá připoutanost způsobuje tendenci **internalizovat vinu** a dále způsobuje očekávání řídicího vztahu, který se potom formuje při poruchách příjmu potravy.

Troisi, Massaroni a Cuzzolaro (2005) zkoumali vztahovou vazbu v dospělosti a rannou separační úzkost pomocí Anxiety Symptom Inventory a Attachment Style Questionnaire. Porovnávali zdravou skupinu 64 žen se skupinou 78 žen s poruchou příjmu potravy. Ukázalo se, že ženy s poruchou příjmu potravy vykazovaly větší **nejistou vztahovou vazbu** a **ranou separační úzkost**. Výzkum nespécifikoval konkrétní nejisté vazby, ale ukázalo se, že ženy více skórovaly na škále úzkosti oproti škále vyhýbavosti. Separační úzkost a nejistá vazba nesoúvisela s věkem nástupu nemoci ani s věkem trvání nemoci. Ženy s mentální anorexií se od žen s mentální bulimií ve skórování nelišily.

Odborníci vyzdvihují, že kromě možného vlivu špatných ranných vazeb mezi matkou a dcerou, se dále mohou podílet na rozvoji poruch příjmu potravy rozdílné pohledy na dospělost. Trapková a Chvála (2017) zmiňují odlišné **vnímání dospělosti** mezi dcerou a matkou. První problém může nastat, pokud dceři se začnou objevovat **sekundární pohlavní**

**znaky** a na základě těchto znaků, matka zařadí dceru do světa dospělých, ačkoliv dcera to tak nevnímá a ve svém vnitru se stále považuje za dítě. Matka začne automaticky zatěžovat dceru nároky typické pro dospělé, aniž by si její vnitřní rozpoložení uvědomovala. Dcera na to reaguje tak, že se snaží svou dospělost zastavit, a to většinou ubíráním jídla. Druhý problém může nastat v sebepojetí matky, protože vzniká kontrast mezi dceřiným a matčíným tělem. Tělo dcery začíná přitahovat pozornost mužů, zatímco tělo matky začíná postupně stárnout. Tato skutečnost nepodporuje vztah mezi matkou a dcerou. Oba jmenované problémy matku a dceru vystavují konfliktu, který může časem vyústit až do mentální anorexie.

Téma týkající se **nespokojenosti s vlastním tělem**, se stalo předmětem dalších výzkumů, a to z toho důvodu, protože matka představuje pro dceru první vzor a formuluje její chování a postoje. Na tuto problematiku upozorňuje Cooley et al. (2008) se svou studií, která zkoumala stravovací chování a postoje k tělu, kterými matky disponují. Předpokládali, že jejich chování modelovalo postoje dcer. Ve studii odpovědělo na dotazníky o obrazu těla a stravovacích postojích 91 studentek včetně jejich matek. Ukázalo se, že špatné jídelní návyky a tělesná nespokojenost matek působily na jejich dcery, což naznačuje o možném účinku vzoru mateřské role.

Sands (2015) také upozorňuje na problém týkající se **zkresleného vnímání těla a narcistické zranitelnosti matky**. Uvedla, že mnoho matek, které mají dceru s poruchu příjmu potravy, byly velmi zaujaté vzhledem a váhou svých dcer. Je nutno podotknout, že se samy matky nestravovaly uspořádaně a dcery si to velmi uvědomovaly. V reakci na tuto skutečnost se dcery začaly soustřeďovat na určité partie, například na větší břicho. Postupem času mělo toto zkreslené vnímání za následek, že došlo ke ztrátě zkušenosti s vlastní soudržností. Projevuje se to tak, že dívky svůj zkreslený pohled zaměří na své partie, poté na celé své tělo a dojde ke **ztrátě integrity tělo-já**. Tělesné obavy se dostanou do středu a dívky nejsou schopné přijímat své nedokonalosti. Toto vše vede k hanbě a následné kontrole jídelních návyků, protože dívky tímto zrcadlením se mylně naučily, že budou přijímané druhými pouze na základě svého tělesného vzhledu.

Chodorová (1978, in Sands, 2015) zdůrazňuje, že matka a dcera jsou stejného pohlaví a že matka je nejbližší pečující osobou, takže pouto a symbióza mezi matkou a dcerou je mnohem silnější. Pokud je matka **narcisticky zranitelná** a vyžaduje své narcistické potvrzení, je pravděpodobné, že pro splnění této funkce využije svou dceru než syna, a také je větší pravděpodobnost, že dcera kvůli větší blízkosti tuto funkci přijme. Dcera

je tak zatížená nejen svými vývojovými změnami ve své adolescenci, které jsou pro její psychiku leckdy velmi obtížné, ale zároveň je zatížená narcistickými potřebami matky. Dochází k problémům v rovině těla a špatného mateřského přístupu. Dcera, která zažívá matčiny tělesné komplexy v pubertě, si tyto problémy může převést na své tělo a může tak u ní propuknout porucha příjmu potravy. Porucha se pak může jevit jako očištění a **odpoutání od těla matky**. Dívka odmítá, aby se její tělo vyvinulo v dospělé, tak jako tomu je v případě její matky.

Campos, Sampaio, Turato, Junior, Battistoni a Junior (2012) přicházejí s podobným názorem. Matky, které mají dcery s mentální anorexií, jsou ženy, u kterých byla ženskost devalvována. Nabízejí svým dcerám špatný identifikační model. Dcery se snaží zastavit svou ženskost tak, že se uchýlí k mentální anorexii.

Sands (2015) dále popisuje následné chování a pocity matek. Matky začnou pociťovat obavy ze ztráty své dcery. Snaží se svou dceru nadměrně korigovat, aby ji ochránily. Tímto chováním matka v dceři vytváří stejné **narcistické reakce**, které sama vůči ní vykazovala. Nadměrná shoda reakcí vede k sebestřednosti a neschopnosti si porozumět. Normální projev agresivity, frustrace a stanovení limitů, dcera prožívá jako **odmítnutí** ze strany matky. Dcera vidí matku jako sobeckou, protože neuznává její požadavky. Matka má jistá očekávání vůči dceři a tyto očekávání se stávají důvody, proč se dcera cítí pod kontrolou a proč je špatně pochopena. To je důvodem, proč dcera matku odmítá, protože ve skutečnosti matku odmítli její rodiče. Dcera začíná projevovat vlastní zklamání a začíná obviňovat matku. Matka se stává zoufalou, přijme svou vinu a kapituluje dceřiným požadavkům.

Hoskins a Lam (2001) provedli rozhovory s matkami, které měly zhodnotit své chování a pocity, které se pojily s poruchou příjmu potravy u svých dcer. Hoskins a Lam chtěli poukázat na jiný úhel pohledu. Zdůrazňovali existenci mnoha výzkumů, které charakterizují matky za „problematické“, ale je málo studií, které by řešilo jejich prožívání. Z rozhovorů vyplynulo, že matky se **obviňovaly a přičítaly vinu** za nemoc sobě. Po zjištění poruchy příjmu potravy, se snažily vše svým dcerám **kompenzovat a chránit** je. Čím více se vzdělávaly v tématice poruchy příjmu potravy, tím více se u nich pocit obvinění prohluboval. Hledaly psychologickou pomoc, aby mohly pomoci svým dcerám, ale často byly touto pomocí zklamané, protože odborníci dostatečně nechápali jejich prožívanou vinu.

Na tento problém upozornil i Huenth (1991, in Hoskins, & Lam, 2001), který si všimnul, že matky i otcové dcer s poruchou příjmu potravy jsou znepokojeni tím, jak byli

zobrazovány v psychologických publikacích, ve kterých často vyplývalo, že vztah mezi matkou a dcerou je nepřátelský a že matka je vnímána za příliš ochraňující až ovládající.

Rozhovory dále poukázaly, že poruchy příjmu potravy mohou být **generačním problémem**. Matky často uváděly, že jejich vlastní matky jim neprojevovaly dostatečnou podporu a zažívaly díky tomu značnou frustraci. V souvislosti s předchozí zkušeností, si samy stanovily, že budou lepšími matkami, ale zároveň docházelo k určitému zmatení. Matky si často nebyly jisté svou **identitou matky**. Stál před nimi důležitý úkol, a to být dceři co nejbližší a podpořit ji, ale zároveň stát, co nejdále, aby mohlo dojít k dceřině **separaci**. Pro matku stanovení hranic bylo velmi obtížné (Hoskins, & Lam, 2001).



# VÝZKUMNÁ ČÁST

## 4 VÝZKUMNÝ PROBLÉM A CÍLE PRÁCE

Porucha příjmu potravy je velmi rozšířené psychické onemocnění, které nejčastěji postihuje mladé dívky. Z teoretické části této práce vyplývá, že toto onemocnění negativně působí na kvalitu života pacientky. Jeho výskyt přináší řadu psychických a zdravotních důsledků a tyto důsledky nepříznivě ovlivňují nejen chování a myšlení pacientky, ale i vztahy v její rodině a okolí. Nemoc nejčastěji napadá vztah mezi matkou a dcerou, protože mezi nimi bývá značné nedorozumění a odlišné názory. Na základě této skutečnosti se **výzkumný problém** této práce zabývá analýzou vnímání poruchy příjmu potravy z pohledu matky a z pohledu její dcery, která si touto poruchou prošla. Daný úhel pohledu matek a dcer považuji za originální a přínosný.

Výzkum se snaží zmapovat jednotlivé případy dyadických vztahů mezi matkou a dcerou, ve kterých si dcera prošla jmenovaným onemocněním. Hlavním účelem je zjistit, jak se problémy spojené s poruchou příjmu potravy manifestovaly v jejich vnímání. Poté se probádané oblasti ve vnímání poruchy příjmu potravy u matek a jejich dcer zobrazí v uceleném přehledu. Ze stanoveného výzkumného problému vychází 2 cíle této práce:

**Prvním cílem** práce je zmapovat, jak dcera, které si prošla poruchou příjmu potravy, vnímá s odstupem času své onemocnění včetně důsledků, které pro ni onemocnění mělo, a jak se změnil její vztah s matkou v průběhu této poruchy.

**Druhým cílem** práce je zjistit, jaké postoje zastává její matka k její poruše příjmu potravy. Bádání bude cílit na její vnímání, chování a emoce během průběhu dceřiny nemoci.

### 4.1 Výzkumné otázky

Na základě výzkumných cílů byly stanoveny celkem 4 výzkumné otázky, kterými jsou:

- Výzkumná otázka č. 1: *Jak dcery vnímají svou zkušenost s poruchou příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 2: *Jaké jsou důsledky poruchy příjmu potravy pro život dcer?*
- Výzkumná otázka č. 3: *Jak matky vnímají poruchu příjmu potravy u svých dcer?*
- Výzkumná otázka č. 4: *Jak porucha příjmu potravy ovlivnila vztah mezi matkou a dcerou?*

# 5 METODOLOGICKÝ RÁMEC

V této kapitole si zmíníme typ výzkumu a metody, které byly zvoleny pro získávání dat a jejich analýzu.

## 5.1 Typ výzkumu

Vzhledem k cíli a zaměření práce byl zvolen **kvalitativní výzkumný rámec**. Miovský (2006, 17) definuje kvalitativní přístup jako „*přístup, který pro popis, analýzu a interpretaci nekvantifikovaných či nekvantifikovatelných vlastností zkoumaných fenoménů naší vnitřní a vnější reality využívá kvalitativních metod.*“

Miovský (2006) dále uvádí podstatné charakteristiky kvalitativního přístupu, kterými jsou **jedinečnost, neopakovatelnost, kontextuálnost, procesuálnost a dynamika**. Kontextuálnost nám vyjadřuje fakt, že v psychologii se nachází malé množství zákonitostí, o kterých bychom mohli říct, že platí obecně. Pokud chceme nahlížet na prožívání a hodnocení nějaké psychologické skutečnosti, je nutné brát na zřetel kontext. Procesuálnost souvisí se vznikem a vývojem psychologického fenoménu. Tento proces vývoje je nutno respektovat. Dynamika udává faktory, které ovlivňují proces fenoménu a určuje, jaké kvality tyto faktory jsou.

Hlavní výhodou tohoto typu výzkumu je získání informací a popisu případů do hloubky. Výzkumníci provádí detailní porovnávání případů a zároveň se snaží sledovat jeho vývoj včetně vnitřních procesů. Je velmi důležité vnímat kontext a situaci daného případu, protože i toto nám může objasnit, proč se daný psychologický fenomén objevil (Hendl, 2005).

Z výše uvedené charakteristiky byl výběr kvalitativního výzkumu volbou číslo jedna, protože odpovídá podstatě zkoumaného fenoménu a dokáže lépe postihnout vnitřní procesy a autentičnost respondentek, což je hlavním cílem této práce. Dále jsem se rozhodla pro tento typ výzkumu také z důvodu osobního kontaktu s respondentkami. Osobní kontakt přispěl k navození důvěrné atmosféry, která umožnila získání detailního a hlubokého popisu jednotlivých případů.

## 5.2 Metody získávání dat

Hlavní metodou získávání dat bylo **polostrukturované interview**, které bylo doplněné o tzv. **externalizaci**.

Polostrukturované interview je nejčastějším užívaným typem rozhovoru, který je specifický v tom, že je potřeba si sestavit určitou sortu otázek, která se ptá na určitou skutečnost. Jejich pořadí a rozvíjení pomocí doptávání se respondentů, je již čistě na tvůrčí činnosti výzkumníka. Snahou je se dostat do hloubky zkoumaného tématu pomocí ověřování a interpretací, a dále je potřebné probrat minimum otázek, které tvoří jádro interview (Miovský, 2006).

Ve svém výzkumu jsem vytvořila dva specifické polostrukturované interview. Jedno interview bylo poskytnuto dcerám a druhé bylo vytvořeno pro jejich matky.

### 5.2.1 Polostrukturované interview pro dcery

Interview, které jsem vedla s dcerami s poruchou příjmu potravy, tvořilo celkem 17 základních otázek, které cílily na 4 oblasti, které se týkaly **sebepojetí dcer, osobnost matky, vztah dcera-matka** a konkrétní vývoj, průběh a důsledky **poruchy příjmu potravy**.

Kompletní znění otázek pro oslovené dcery je následující:

1. *Jak byste charakterizovala vztah sama k sobě?*
2. *Co máte na sobě ráda?*
3. *Co Vám naopak na sobě vadí?*
4. *Jak si myslíte, že Vás vnímá okolí?*
5. *Jaký vztah máte s rodiči?*
6. *Kdybyste měla popsat jednou větou vztah mezi Vámi a Vaší matkou, jak by zněla?*
7. *Co byste mi řekla o Vaší matce?*
8. *Jak na Vás celkově působí?*
9. *Jak se cítíte jako dcera?*
10. *Jak to bylo na začátku s potížemi? O co vlastně jde?*
11. *Jak to dále pokračovalo?*
12. *Jak to vše vidíte s odstupem času? Změnilo se něco?*
13. *V čem to spočívá?*
14. *Jaké to mělo pro Vás důsledky?*
15. *Co vy a matka? Změnilo se něco?*

16. *Kdybyste potkala dívku se stejným problémem, co byste ji vzkázala?*
17. *Kdybyste potkala matku, jejíž dcera by se potýkala se stejným problémem jako vy, co byste jí vzkázala/poradila?*

### **5.2.2 Polostrukturované interview pro matky**

Interview určené pro matky obsahovalo celkem 18 základních otázek, které byly následně rozvíjeny o další otázky v souvislosti s kontextem, který respondentky líčily. Interview cílilo celkem na 4 oblasti, které se týkaly **sebepojetí matky, osobnosti dcery, vztahu matka-dcera** a pohledu na **poruchu příjmu potravy** její dcery.

Kompletní znění otázek pro oslovené matky je následující:

1. *Jak byste se charakterizovala?*
2. *Jaký máte vztah sama k sobě?*
3. *Jak si myslíte, že Vás vnímá okolí?*
4. *Když se řekne ideální postava, co si pod tím představíte?*
5. *Jak vnímáte sebe v pozici matky?*
6. *Popište mi, co si představíte pod pojmem „dobrá matka“?*
7. *Jak byste charakterizovala vztahy u Vás v rodině?*
8. *Co byste mi řekla o Vaší dceři?*
9. *Jak na Vás celkově působí?*
10. *Kdybyste mi měla popsat jednou větou vztah mezi Vámi a Vaší dcerou, jak by zněla?*
11. *Jak to bylo na začátku s potížemi Vaší dcery? Co se dělo?*
12. *Co na tom pro Vás bylo nejtěžší?*
13. *Jak to hodnotíte s odstupem času? Jaké to mělo pro Vás důsledky?*
14. *Nastaly změny? A v čem ty změny spočívaly?*
15. *Co Vy a dcera? Jak to ovlivnilo Vaše vztahy?*
16. *Co byste udělala jinak a naopak, co považujete, že jste dělala dobře?*
17. *Kdybyste potkala dívku se stejným problémem, jako měla Vaše dcera, co byste ji vzkázala?*
18. *Kdybyste potakal matku, o které víte, že její dcera trpí stejnou poruchou jako vaše, co byste ji poradila?*

### 5.2.3 Externalizační rozhovor

Po zodpovězení otázek polostrukturovaného interview (viz kapitola 5.2.1 a 5.2.2) následovala tzv. **externalizace**. Externalizace představuje styl vedení rozhovoru mezi terapeutem a klientem, kde terapeut proklamuje, že člověk a problém není to samé. Snahou terapeuta je, aby klient svůj problém pojmenoval, a pak se ho snažil prožívat externalizačně. Terapeut se poté dotazuje klienta a snaží se ho dovést k tomu, aby na svůj problém nahlížel z různých úhlů pohledu, a tímto způsobem se pak snaží terapeut objasnit, že nemoc není součástí něho, ale něco mimo něj (Gjuričová, & Kubička, 2009).

Sládková a Vybíral (2008) ve svém výzkumu poukazují, že dívky s poruchou příjmu potravy samy o sobě někdy užívají externalizaci. Nahlízejí na svou poruchu jako na něco, co je mimo ně. Ukázalo se, že některé dívky svou nemoc označují jako za svou „kamarádku“, která se chová a má vlastnosti jako skutečný člověk. Autoři pojmenovali tento jev jako **personalizace**. Dále se u některých dívek setkali s tzv. **vnitřním „bulimickým“ hlasem**. Dívky vedly rozhovory samy se sebou o jídelních návycích. V neposlední řadě byla zpozorována jistá disociace v rovině **já** vs. **moje tělo**. Obě roviny se v průběhu nemoci dostávají do konfliktu, a tak dívky občas zastihne pocit, že se tělo proti nim spiknulo.

Kolařík (2010) zmiňuje fáze, které musí být splněny, aby práce s externalizací byla možná a zároveň účinná. Prvně si musí být klientka vědoma své nemoci – tedy musí si ji připustit. Poté následuje fáze externalizace a personalizace, pomocí kterých dochází k oddělování „**já**“ a **nemoc**. Hlavním cílem je zjistit, proč nemoc („kamarádka“, „ta druhá“ či jiné pojmenování dle personalizace) přišla, proč přetrvává, jaké má zisky pro klientku apod. Poslední fází je začleňování „kamarádky“ zpátky do osobnosti dívky, a to opět za pomoci „kamarádky“.

Podstatou externalizace je boj proti nemoci, přičemž do tohoto boje vstupuje i okolí klienta, které se také učí nahlížet, že problém je nemoc, nikoliv klient sám o sobě. Tento způsob práce ale u poruch příjmu potravy nemusí být zcela účinný, a naopak bojovat proti „kamarádce“, „té druhé“ může spíše ublížit. Je lepší s externalizovaným pojetím nemoci spolupracovat než jít proti němu. Důmyslně tak dochází k tomu, že „kamarádka“ dobrovolně oslabí svoje působení v životě dívky, a to je možné jen v případě, kdy je přesvědčena, že klientka vše již zvládne sama. Je nutné podotknout, že dívky právě často vnímají poruchu příjmu potravy za svou „kamarádku“, která jim přišla pomoci se životními útrapami (Kolařík, 2010).

Tento způsob práce jsem aplikovala do výzkumu z toho důvodu, protože mi přijde velmi zajímavý a pomůže nejen mně, ale i respondentkám, lépe porozumět poruše příjmu potravy. Všechny dcery, se kterými jsem rozhovor učinila, byly v době výzkumu v remisi a zároveň si své nemoci byly vědomé. Toto byl předpoklad, který mi umožňoval zařadit externalizaci do výzkumu. Snažila jsem se touto formou zjistit, jak dcery nahlíží na svou nemoc a jak se toto nahlížení liší od pohledu jejich matek. Na začátku jsem ale neudávala externalizaci jako nutné kritérium, které dcery i matky musí splnit. Základem bylo zodpovězení základního polostrukturovaného interview, abych získala rozsáhlá data pro následující analýzu. Externalizace od začátku byla vnímána jako doplňující bonusová technika, která by mohla poskytnout jiný úhel pohledu na nemoc.

Externalizační rozhovor vždy u všech tázaných respondentek začínal větou: „*Kdybyste svůj problém měla pojmenovat nebo si ho představit jako osobu, zvíře, věc či jakkoliv jinak, jak bychom to nazvaly?*“ Další průběh rozhovoru se vyvíjel intuitivně dle odpovědi respondentky. Snahou bylo, co nejvíce rozvést daný pohled na onemocnění.

### **5.3 Sběr dat**

Sběr dat do výzkumu pomocí polostrukturovaných interview probíhal od září do listopadu 2019. Všechny rozhovory se uskutečnily v Pardubickém kraji, kde jsem se s respondentkami osobně setkala v domluvené kavárně. Před zahájením rozhovoru byl respondentkám dán informovaný souhlas a dotazník, dle kterého jsem zaznamenala jejich základní anamnestické údaje. Všechny rozhovory byly nahrávány na telefon. Matky ve srovnání s dcerami mluvily déle. Nejdelší výpověď matky trvala 1 hodinu a 47 minut, naopak nejkratší trvala 41 minut. U dcer nejdelší rozhovor trval 1 hodinu a 18 minut a nejkratší rozhovor byl 50 minut dlouhý.

V neposlední řadě všech 10 rozhovorů probíhalo zvlášť, aby nedošlo ke zkreslení a ovlivnění výpovědí ve vzájemné přítomnosti matky a její dcery. Z tohoto důvodu bylo hlavním cílem vytvořit soukromí a klidnou atmosféru, aby sdělení matky a dcery mohlo proběhnout diskrétně.

## 5.4 Metoda zpracování a analýzy dat

**Interpretativní fenomenologickou analýzu** (dále jako IPA) jsem použila pro analýzu dat, protože se daná metoda jevila jako vhodný nástroj k analýze vzhledem k povaze a cíli výzkumu.

Koutná-Kostínková a Čermák (2013) popisují tuto analýzu jako vhodný nástroj, který umožňuje získávat kvalitativní data tak, že se výzkumník snaží zachytit přisuzované vnímání zkušenosti člověka, který je sám o sobě držitelem této zkušenosti. Tento přístup se velmi dobře uplatňuje ve výzkumech, kde předmětem zkoumání je neobvyklá skupina. V tomto výzkumu pracuji se skupinou dívek s poruchou příjmu potravy a s jejich matkami. Jedná se teda od atypickou skupinu, která je vhodná pro tento přístup.

Proces IPA zahrnuje různé úrovně interpretace, dle kterých se výzkumník snaží hluboce zasáhnout do zkušeností respondenta. Užívá se **dvojitá hermeneutika**. Výzkumník zaujímá empatický postoj a vžívá se do zkušenosti respondenta. Také se pomocí doptávání snaží prozkoumat, jak respondent své porozumění provádí (Willing, 2008).

Cílem této analýzy je vytvořit témata, která zachycují předmět výzkumu. K formulování témat se doporučuje provádět analýzu každého rozhovoru zvlášť. Zachová se tak **idiografický přístup** ke každému respondentovi. Po získání dat nastává fáze opakovaného pročitání materiálu, které je doplňováno poznámkami výzkumníka. Začínají se objevovat témata, u kterých postupně výzkumník vnímá souvislosti. Následuje analýza dalších rozhovorů stejným způsobem až ve finální fázi se výzkumník uchýlí k hledání vzorců mezi jednotlivými rozhovory. Základem je poté **interpretace** zjištěného. Důvěryhodnost interpretace odráží sám respondent a jeho přímé citace, pomocí kterých se vyjadřuje akceptace jeho zkušenosti (Koutná-Kostínková, & Čermák, 2013).

Ve výzkumu bylo dodrženo výše uvedeného doporučení citovaných autorů. Každá dvojice matka-dcera byla analyzovaná zvlášť. V rámci analyzované dvojice se nejprve získal pohled dcery na svou poruchu příjmu potravy a poté se získalo vnímání její nemoci z pohledu její matky.

Po provedení doslovné transkripce rozhovorů následovalo opakované pročitání. Během pročitání transkripce byly připisovány komentáře a poznámky, které napomáhaly k lepší orientaci v textu. Prvním krokem byla deskripce problematiky dcery, která přinesla vhled do její nemoci. Poté následovala samotná analýza dat.



Analýza rozhovorů dcer se odvíjela nejprve od 3 základních oblastí, kterými jsou:

- **zkušenost** s poruchou příjmu potravy,
- **důsledky** poruchy příjmu potravy a
- **vztah dcera-matka.**

První fází bylo kódování získaných dat a přiřazování k těmto tematickým oblastem, které odpovídají jednotlivým výzkumným otázkám. V další fázi analýzy dat byly přiděleny kódy k vynořujícím se kategoriím. Kategorie a kódy byly poté doplněny do přehledné tabulky společně s výpověďmi z rozhovoru dcery.

Poté následovala analýza externalizačního rozhovoru, pro který také byla vytvořena tabulka pro lepší přehlednost. Jedná se pouze o nastínění, jak daná respondentka externalizačně přemýšlí o své nemoci.

Stejným způsobem se postupovalo i u matky dané dcery. Nejprve byla uvedena deskripce dat, poté následovala analýza. Základními oblastmi byly:

- **pohled na poruchy příjmu potravy své dcery a**
- **vztah matka-dcera.**

Přiřazování kódu k těmto oblastem pomohlo k vytvoření kategorií. Kategorie, kódy a výňatky z rozhovoru byly opět uvedeny pro lepší přehlednost v tabulce. V závěru analýzy rozhovoru matky je také uvedena tabulka s výsledky externalizačního rozhovoru.

Výše jmenovaný způsob byl použit u každé dyadické dvojice matka-dcera. Po analýze dvojic následovala sumarizace získaných údajů do uceleného resumé. Spočívalo to v tom, že se vytvořily společné analýzy výpovědí všech dvojic dcera-matka. Po tomto souhrnu bylo možné zodpovědět výzkumné otázky.

## 6 VÝZKUMNÝ SOUBOR A ETIKA

V této kapitole se seznámíme s výzkumným souborem včetně metod a postupů, které byly aplikovány k dosažení respondentek. Dále si vymezíme kritéria, které považuji za nezbytná a musela být tedy dodržena při tvorbě výzkumného souboru.

### 6.1 Kritéria a metody výběru výzkumného souboru

Výzkumný soubor této diplomové práce je tvořen ženami, a to konkrétně matkami a jejich dcerami, které si prošly poruchou příjmu potravy. Vymezila jsem celkem **2 kritéria**, která musela být při výběru výzkumného souboru dodržena.

- Prvním kritériem byla nutnost **dyadického vztahu** mezi matkou a dcerou. To znamená, že nebylo možné zařadit do výběru jakoukoliv matku a analyzovat její pohled na poruchu příjmu potravy a jakoukoliv dívku, která má zkušenost s touto poruchou.
- Druhé kritérium se týkalo faktu, že vybraná dcera musela prodělat **poruchu příjmu potravy**, přičemž nebylo vymezeno, o jaký typ se konkrétně mělo jednat, ale základním předpokladem bylo prodělání buď mentální anorexie anebo mentální bulimie, popřípadě obou poruch. Z teoretické části vyplývají úvahy některých autorů, kteří považují oba typy poruch za velmi si blízké a že jedna v druhou přecházejí. Dále jsem nedefinovala, zdali respondentka se v době výzkumu musí nutně nacházet v remisi anebo u ní musí zrovna porucha příjmu potravy probíhat.

Pro získání výzkumného souboru jsem zvolila metodu **samovýběru** a metodu **sněhové koule**. Respondentky se mi mohly dobrovolně přihlásit na můj inzerát, který jsem vystavila na několika facebookových skupinách, které cílily na poruchy příjmu potravy. Dále jsem šířila svoji inzerci na dalších sociálních sítí a poprosila jsem o pomoc s výběrem respondentek své přítelkyně a známé. Kontaktovala jsem Centrum Anabell, z.ú., které se poruchami příjmu potravy primárně zabývá. V neposlední řadě jsem se opírala o osobní známosti s dívkami, které prodělaly poruchu příjmu potravy. Tyto dívky jsem kontaktovala s prosbou o možné spolupráci. Aby spolupráce s dívkami mohla vzniknout, bylo nutné, aby souhlasily i jejich matky na účasti ve výzkumu, protože jejich vnímání nemoci u své dcery bylo podstatné pro vznik této práce.

## 6.2 Charakteristika výzkumného souboru

Celkový výzkumný soubor čítal 10 respondentek. První část výzkumného souboru tvořilo 5 dcer, které si prošly poruchou příjmu potravy. Druhou část výzkumného souboru tvořilo 5 jejich matek. Pro přehlednost uvádím základní charakteristiky obou výzkumných souborů v tabulce č. 1 a tabulce č. 2.

Vycházím zde z anamnestických údajů, které jsem získala od respondentek ve formě vyplněného dotazníku před zahájením rozhovorů. Z důvodu zachování anonymity jsou jména dcer smyšlená, pouze první písmenko je identické s reálným jménem respondentky.

Tabulka č. 1: *Charakteristika výzkumného souboru dcer*

	<b>Dominika</b>	<b>Eva</b>	<b>Monika</b>	<b>Beáta</b>	<b>Silva</b>
<b>věk:</b>	21	20	25	19	22
<b>sourozenci:</b>	2 sestry	1 bratr	2 sestry a 1 bratr	1 sestra	1 bratr
<b>studium nebo práce:</b>	VŠ	fotografka	prodavačka	gymnázium	VŠ
<b>partner:</b>	ne	ne	ne	ano	ne
<b>porucha:</b>	MA	MA + MB	MA	MA + MB	MA
<b>odborná pomoc z důvodu PPP:</b>	psycholog, psychiatr	psycholog, psychiatr	psycholog, psychiatr	psycholog, psychiatr	psycholog, psychiatr
<b>hospitalizace:</b>	ne	ano	ano	ano	ne
<b>počet hospitalizací:</b>	0	1	1	2	0

*Vysvětlení zkratk: MA = mentální anorexie, MB = mentální bulimie, VŠ = vysoká škola, PPP = porucha příjmu potravy*

Tabulka č. 2: Charakteristika výzkumného souboru matek

	matka Dominiky	matka Evy	matka Moniky	matka Beáty	matka Silvy
<b>věk:</b>	47	47	54	45	49
<b>stav:</b>	vdaná	vdaná	vdaná	rozvedená	rozvedená
<b>počet dětí:</b>	3	2	4	2	2
<b>vykonávaná práce:</b>	operátorka ve výrobě	prodavačka	pokladní, průvodkyně	hlavní účetní	vedoucí prodejny
<b>informovanost o PPP:</b>	3	3	1	1	1
<b>vlastní zkušenost s PPP:</b>	žádná	žádná	žádná	žádná	žádná

*Vysvětlení zkratk: PPP = porucha příjmu potravy, informovanost o PPP = myšlena před onemocněním své dcery (respondentky měly subjektivně vyznačit, jak moc byly informované o poruchách příjmu potravy na škále 0-5, přičemž 0 = žádná informovanost, 5 = výborná informovanost)*

### 6.3 Etické hledisko a ochrana soukromí

Všechny respondentky byly obeznámené, že výzkum je založený na dobrovolnosti a anonymitě. Kdykoliv mohly v průběhu výzkumu odejít. Měly možnost se k čemukoliv vyjádřit v průběhu rozhovoru a zároveň mohly uplatnit pravidlo STOP, které znamená, že se k dané otázce nemusí vyjadřovat, přičemž mou povinností by bylo toto rozhodnutí respektovat. Pravidlo STOP, o kterém byly poučeny, během výzkumné činnosti ani jednou nezaznělo. Po získání dat jsme byly domluvené, že zůstaneme v kontaktu v případě, kdyby bylo potřeba z mé strany nějaké informace dovysvětlit, popřípadě ze strany respondentek, kdyby samy chtěly nějaké údaje vymazat či pozměnit.

Během výzkumu nedocházelo ke klamání respondentek. Již od začátku byly seznámeny s cíli výzkumu. Před zahájením výzkumné činnosti všechny respondentky dostaly informovaný souhlas, kde souhlasily se zpracováním údajů a s nahráním rozhovoru pro vědecké účely. Nejsem si vědoma žádného etického pochybení. Znění informovaného souhlasu se nachází v příloze č. 1.

## 7 VÝSLEDKY

Tato kapitola obsahuje výsledky získané interpretativní fenomenologickou analýzou. Každá podkapitola přinese deskripci dat a výsledky analýzy pro každou dvojici dcera-matka v oblastech:

- zkušenost dcery s poruchou příjmu potravy,
- důsledky poruchy příjmu potravy pro dceru,
- vztah dcera-matka,
- externalizační rozhovor dcery,
- pohled matky na poruchu příjmu potravy,
- vztah matka-dcera a
- externalizační rozhovor matky.

Ke každé jmenované oblasti byla vytvořena přehledná tabulka s výňatky z rozhovorů, kategoriemi a nejpočetnějšími kódy pro lepší orientaci. Po analýze vztahu dcera-matka následuje závěr, ve kterém jsou uvedeny vynořující se témata. Tímto způsobem jsou prezentovány všechny dyadické dvojice dcera-matka.

Závěr této kapitoly se věnuje sumarizaci zjištěných výsledků v rámci jednotlivých dvojic dcera-matka a zodpovězení výzkumných otázek.

Daný design prezentace výsledků se zdá vhodný, přehledný, a navíc vyplývá ze záměru pojmenovat problematiku z úhlu dyadického vztahu matka-dcera.

## 7.1 Dominika a její matka

### DESKRIPCE DAT DOMINIKY

Dominice je 21 let a je studentkou vysoké školy. S mentální anorexií se potýkala již od 15 let. Problémy se začaly objevovat ke konci základní školy, kde si zažila **šikanu**. V této době u ní začaly propuknout **deprese**, které vedly k **sebepoškozování**. Sama tvrdí, že bytí v této realitě bylo pro ni velmi obtížné a že mentální anorexie pro ni představovala jakousi rovinu, jak z této reality odejít. Dominika vnímá mentální anorexii jako něco hlubinného, co nemusí souviset s jídlem. Dojít k tomu, co u ní spustilo anorexii, dle jejího názoru chce mnoho úsilí a reflexe, ale ani toto úsilí nemusí být dostačující. Po základní škole šla na střední školu a zde se její problémy více prohloubily. Změna prostředí sebou přivedla striktní **sebekontrolu** a ubírání na jídle. Ze začátku její rodiče řešily tyto problémy s výživovým radcem, ale ten sám doporučil návštěvu psychologa a psychiatra. Tyto odborníky pak následovně navštívili. Sama byla již ve fázi, kdy pomoc **přijímala**, ale nebyla spokojená s tím, jakým způsobem jí byla nabízena. Dlouhou dobu užívala antidepresiva. Změna nastala až s přechodem na vysokou školu, kde se snažila změnit své myšlení a nahlížení na sebe sama. Dominika na své sebepojetí nahlížela jako na soubor mnoha poloh a paradoxů. Považuje sama sebe za komplikovanou, ale nyní je v procesu přijímání. Vnímá u sebe vytrvalost, pracovitost a zároveň poukazuje, že má **perfekcionistické sklony**.

Dominika vztah s matkou popisuje jak dva stromy, co jsou vedle sebe a jsou propleteny kořeny, ale chybí jim listy. Listy chybí, protože je období transformace a vše se připravuje pro to, aby stromy mohly kvést. Naznačuje tím, že vztah, který byl za působení mentální anorexie velmi komplikovaný, plný **hádek** a **neporozumění**, se pomalu prohlubuje a klidní. S matkou si již začíná více rozumět a dochází mezi nimi k lepšímu **pochopení** i z toho důvodu, že sama její matka chodí k psychologovi. Kromě zlepšení vztahů se svou matkou dále vnímá, že hlavním důsledkem je **sebepřijetí**, a také fakt, že se ve své umělecké dráze posunula, protože umění pro ni bylo účinnou metodou, jak s mentální anorexií bojovat.

Tabulky č. 3, č. 4 a č. 5 vymezují oblasti, kategorie a k nim nejpočetnější kódy, které analýza rozhovoru zaznamenala. Tyto kódy jsou objasněny prostřednictvím úryvků z rozhovoru Dominiky. Tabulka č. 6 obsahuje data z externalizačního rozhovoru.

Tabulka č. 3: *Oblast „Zkušenost s poruchou příjmu potravy“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„Jsem si procházela stavy <b>deprese</b> a nějaký <b>nenávisti</b>, což se pak uvolnilo někdy v 8-9. třídě.“</p> <p>„Já jsem měla stavy na základce, když jsem si prošla <b>šikanou</b>, což je kapitola.“</p> <p>„Jsem byla dost <b>introvertní</b> a žila jsem si ve svém světě, a žít v té realitě bylo těžké.“</p>	<p>VLIVY</p> <p>podílející se na poruše příjmu potravy</p>	<p><b>deprese</b></p> <p><b>šikana</b></p> <p><b>nenávist k sobě</b></p> <p><b>introverze</b></p> <p><b>rodinné vlivy</b></p> <p><b>změny</b></p> <p><b>perfekcionismus</b></p>
<p>„<b>Změna prostředí</b> sebou přivedla striktní <b>sebekontrolu</b> a <b>ubírání</b> na jídle.“</p> <p>„Prožívala jsem nějaký těžkosti <b>obsesivní</b>, ale přesto je to součástí mě a bojovat proti tomu nemá smysl.“</p>	<p>CHOVÁNÍ</p> <p>při poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>ubírání potravy</b></p> <p><b>sebekontrola</b></p> <p><b>perfekcionismus</b></p> <p><b>sebepoškozování</b></p> <p><b>obsese a kompulze</b></p> <p><b>vnitřní svět</b></p>
<p>„Jo, chodila jsem stále na <b>terapii</b>, ale měla jsem pocit, že mě to už nikam neposouvá.“</p>	<p>LÉČBA</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>psycholog</b></p> <p><b>antidepresiva</b></p> <p><b>terapie</b></p>
<p>„Řekla bych, že jsem více v proudu <b>sebepřijetí</b>, než když to bylo dřív.“</p> <p>„Vnímám v tom pozitiva, protože mě to činí člověkem, jakým jsem.“</p>	<p>STRATEGIE</p> <p>zvládání poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>umění</b></p> <p><b>práce na sobě</b></p> <p><b>sebepřijetí</b></p>
<p>„Když u mě propukla <b>anorexie</b>, tak to byla taková nevědomá rovina, jak vlastně <b>odejít</b> z toho života.“</p> <p>„Anorexii vnímám více jako <b>bytosť</b> než něco, co by mi bylo vzdálený a že ona vlastně neumí nic jiného než to, co dělá.“</p> <p>„Chce toho člověka upozorňovat, aby něco ve svém životě <b>změnil</b>.“</p> <p>„Ono to vlastně ani není problém, je to vlastně věc, co je <b>posuvná</b>, a zároveň to tíží.“</p>	<p>VNÍMÁNÍ</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>způsob sebevraždy</b></p> <p>„posuvná věc“</p> <p>„bytosť“</p> <p><b>zkušenost</b></p> <p><b>změna v životě</b></p> <p>„něco hlubinného“</p>

Tabulka č. 4: Oblast „Důsledky poruchy příjmu potravy“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Se mi to podařilo nějakým způsobem zmírnit a nějak ustát a být více v <b>souladu</b> sama se sebou, tím, kým jsem.“	sebepečení	<b>sebepečení</b> <b>soulad</b>
„Ty milníky, zkušenosti, úspěchy, kterými jsem si prošla, ať v uměleckém světě, ale zároveň bych se pochválila za ty <b>zkušenosti</b> , který byly těžký, protože mě posunuly, že to bylo nějakým způsobem nevyhnutelný, i když je to někdy těžký, ale bez nich bych nebyla tam, kde jsem.“	schopnost	<b>umění</b> <b>zkušenosti</b>

Tabulka č. 5: Oblast „Vztah dcera-matka“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Většinou rozhovory s matkou byly takové, že jsem je nedávala, je mi z toho smutno nebo cítím bolest, že tam docházelo k <b>nepochopení</b> ...“ „Z počátku to byly <b>hádky</b> , ale pak i z matčiny strany až takový obsesivní <b>strach</b> o mě.“ „Byla z ní cítit velká <b>bezmoc</b> a <b>strach</b> ...“	vztah za mentální anorexie	<b>hádky</b> <b>strach</b> <b>nepochopení</b> <b>bezmoc</b> <b>kontrola</b>
„Hodně se <b>prohloubil</b> , zintenzivnil a cítím lehkost, větší nadhled, vnímám, že ty mé nesoulady posunuly i rodiče ve vnímání toho života.“	vztah v remisi	<b>prohloubení</b> <b>porozumění</b> <b>změna</b>

Tabulka č. 6: Externalizační rozhovor Dominiky

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Tu anorexii vnímám jako <b>bytosť</b> , která neumí nic jiného.“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle dcery	<b>bytosť</b>
„Když si ji představím, tak ji vidím jako vysokou, vyzáblou entitu s dlouhými končetinami, která ti položí tu ruku na ty ramena a kolem krku a <b>šeptá</b> ti <i>uber si, uber si</i> .“ „Ona to dělá, protože nic jiného neumí a chce být taky <b>přijímaná</b> , ona asi chce <b>ubližovat</b> , ale prostě nic jiného neumí.“	VLASTNOSTI mentální anorexie dle dcery	<b>ubližující</b> <b>našeptávající</b> <b>vlastnická</b> <b>manipulující</b>



## DESKRIPCE DAT MATKY DOMINIKY

Matka Dominiky sama sebe charakterizuje jako paličatou a přátelskou osobu, která nedokáže odpustit zklamání. Zastává jistou nedůvěru k lidem, kterou si vytvořila v průběhu svého dětství. Svě dětství komentuje jako jedno velké **trauma**, protože si zažila zanedbávání a týrání, a to se na ni podepsalo. Dle jejího názoru bylo těžké přijmout sama sebe a mít se ráda, protože v dětství ji toto nebylo umožněno. Role matky pro ni je nejtěžší úlohou, protože nemohla čerpat ze své zkušenosti se svou rodinou a mateřství pro ni znamenalo velké změny, ze kterých měla strach. Vnímá, že během výchovy udělala hodně chyb, protože její mysl byla ovlivněná minulostí a nedokázala se přepnout na přítomnost. Svou dceru charakterizuje jako **introverta**, který má svůj **vnitřní svět**. Zároveň u ní vnímá křehkost, snahu dokázat velké věci a to, že se snaží hledat svou identitu, sebevědomí a sebelásku.

Mentální anorexie u své dcery si začala všimnout ke konci základní školy. Dle její slov to začalo nevinně a bylo těžké přijmout, že by se její dítě mohlo trápit. Dozvěděla se o **šikaně** ve škole, která měla vliv na její sebevědomí, a proto šikanu vnímá jako spouštěč nemoci. Dominika se izolovala, začala kontrolovat jídlo, začaly u ní probíhat obsese a deprese. To vše šlo k hádkám, protože začala Dominiku **kontrolovat** a domlouvat ji. Dle její slov s ní Dominika ale odmítala komunikovat, neuznávala její rady a poukazovala, že má sama se sebou problém, který by měla řešit. Po dlouhé době nakonec vyhledaly psychologickou pomoc, protože zjistily, že to již nezvládají. Obě začaly chodit na terapie a Dominika k tomu začala brát antidepressiva. Po čase se komunikace i vztahy zlepšily. Matka vnímá velké posuny u dcery v jejím sebevědomí, zlepšily se jídelní návyky a obsese se zminimalizovaly. Sama sebe také komentuje, že se více přijímá a více dokáže **porozumět** svým potřebám i potřebám svých dětí. Tvrdí, že pro Dominiku bylo největším ventilem **umění**, protože skrze něj dokázala vyjádřit své pocity a zároveň právě umění ji zvýšilo sebevědomí.

Na následujících stranách si uvedeme konkrétní doslovné ukázky z rozhovoru matky, kódy a kategorie vyplývající z analýzy, které prezentují následující tabulky č. 7, č. 8 a č. 9.

Tabulka č. 7: Oblast „Pohled matky na poruchu příjmu potravy Dominiky“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Měla svůj svět, v mých očích byla prostě dokonalá, byla chytrá, jenže pár lidem se prostě nelíbilo, jak vypadá nebo jak se učí, tak se snažili její <b>sebevědomí</b> srazit na nulu.“	VLIVY podílející se na poruše příjmu potravy u dcery	nízké sebevědomí introverze šikana perfekcionismus
„Někdy se k tomu přidávají věci jako anorexie, to je duševní nemoc, to je <b>hledání sama sebe</b> , svojí jistoty nebo sebevědomí.“	VNÍMÁNÍ poruchy příjmu potravy u dcery	hledání sama sebe
„Nedokázala jsem se vypořádat s tím, že by moje dítě mohlo cítit úplně stejnou psychickou a fyzickou bolest jako já, když jsem prožívala traumata z dětství.“ „ <b>Bezmoc</b> , máte pocit, že jste <b>selhala</b> , že nejste dobrá máma, že jste nedala těm dětem to, co by jim správná matka měla dát, ale takhle to není.“	VLASTNÍ POCITY při poruše příjmu potravy	strach vina selhání „špatná matka“ bezmoc
„Je to o tom, že začnete s tím člověkem <b>komunikovat</b> a záleží, jak by se k tomu stavěla, najít pomoc, kontakty, rychlé řešení, protože chce to opravdu <b>odbornou pomoc</b> .“	POMOC DCERĚ při její poruše příjmu potravy	komunikace odborná pomoc porozumění věřit

Tabulka č. 8: Oblast „Vztah matka-dcera“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Takže tam bylo mnoho <b>nepochopení</b> a mnoho <b>bolestí</b> zbytečných.“	vztah za mentální anorexie	hádky strach nepochopení bezmoc kontrola
„Myslím si, že <b>změny</b> jsou.“ „Začíná to u každého člověka tak, že pokud chcete změnu, musíte u sebe.“	vztah v remisi	porozumění komunikace změny

Tabulka č. 9: *Externalizační rozhovor matky Dominiky*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
„Anorexie je její <b>kamarádka</b> , kamarádily se spolu už hodně dlouho a zároveň vnímala takovou <b>jistotu</b> , že ji neopustí.“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle matky	<b>kamarádka</b> <b>jistota</b>
„Je hodně <b>přátelská</b> , ale vedla ji směrem dolů než nahoru a když chce od ní odejít, tak ji pevně držela a neustále ji pevně <b>přesvědčovala</b> .“ „Ona ji řekla, že když se bude kamarádit s ní, tak se ji to <b>sebevědomí</b> zvýší.“	VLASTNOSTI mentální anorexie dle matky	<b>přesvědčivá</b> <b>přátelská</b> <b>vlastnická</b> <b>„pomáhající“</b> <b>manipulující</b>

## ZÁVĚR

Z výsledků analýzy rozhovorů a externalizace dvojice Dominika-matka vyplynuly následující témata:

- šikana jako možný prediktor k rozvoji mentální anorexie Dominiky,
- nízké sebevědomí a perfekcionismus podílející na rozvoji mentální anorexie,
- problémové dětství matky působící na výchovu Dominiky,
- sebepřijetí a změna nahlížení na sebe jako účinný progres v léčbě,
- umění jako vhodná copingová strategie,
- sebepřijetí matky jako pomoc k léčbě mentální anorexie své dcery.

## 7.2 Eva a její matka

### DESKRIPCE DAT EVY

Evě je 20 let a nyní pracuje jako OSVČ. Mentální bulimie u ní propukla od konce základní školy. Eva se vždy vnímala jako silnější oproti svým **vrstevnicím**. Toto vnímání ještě více zesílilo v období puberty, kdy ji začaly růst prsa a boky. Zlomovým momentem pro ni bylo to, když ji spolužák upozornil na její **vzhled**. Eva rozpomíná, že se koukala na film o mentální bulimii, ve kterém viděla, že jedna dívka nabádá druhou dívku ke zvracení. Poté si to šla vyzkoušet a od tohoto momentu začala zvracet v různé intenzitě. Sama říká, že nejvíce se u ní objevily stavy **úzkostí** a **depresí**, které byly doprovázené zvracením a **nenávistí k sobě**. Problém byl také v tom, že dívky na střední škole držely různé diety, aby byly co nejtíhlejší, a to Evu ještě více motivovalo. Zdravotní a psychické problémy dovedly Evu k tomu, že se svěřila své kamarádce a ta poté kontaktovala matku Evy. Rodiče ji sehnaly odbornou pomoc. Eva v této době byla ve fázi, kdy pomoc přijímala. Sama si následně zařídila **hospitalizaci**, která ale její očekávání nesplnila, ba naopak stav ještě zhoršila a Eva se po měsíci rozhodla podepsat reverz. Eva si nejvíce stěžovala, že neakceptovaly její veganství a intoleranci na laktózu, kterou si zvracením vytvořila a kvůli které měla bolesti. Tuto bolest ji ale lékaři nevěřili a Eva na to konto musela jako důkaz ukazovat svoji stolici, což pro ni bylo natolik ponižující, že odmítla další setrvání v léčebně.

Tato zkušenost byla pro Evu hlavní motivací s nemocí bojovat a velmi ji pomáhal i její tehdejší přítel a celá rodina. Eva měla dobré vztahy s rodiči, avšak mentální bulimie vztahy velmi narušila. Eva se často s matkou hádala, měla tendenci si na ní často **vylítvat zlost** a její máma naopak bývala velmi plačtivá a dávala si za vinu její onemocnění. Po hospitalizaci se snažily obě na svém vztahu zapracovat a nyní ho Eva komentuje jako **kamarádský**. Eva si uvědomuje starosti, které oba rodiče měli, a proto s oběma jezdí na dovolené a tráví společný čas, aby si to vzájemně **vynahradili** a posílili vzájemné pouto. Eva také upozornila, že je pro ni důležité, aby měla s matkou dobrý vztah, protože její matka se svou matkou dobrý vztah neměla. Jejich vztah nebyl založený na důvěře a pochopení a sama přiznává, že její babička sama pravděpodobně trpěla poruchou příjmu potravy.

Eva vnímá poruchu příjmu potravy jako **sebevraždu**, která člověku v tu chvíli nedochází. Je to způsob, který se tváří, že pomůže člověku změnit své **nedostatky** a **vzhled**, ale ve skutečnosti je to způsob, který člověka vede k destrukci a větším úzkostem. Eva popisuje, že nespokojenost se svým vzhledem pramenila z porovnávání se svými

**vrstevníky**, kteří se ji jevíli jako dokonalejší. Dalším problémem byly změny a stresové situace. Aby je zvládala, často využívala mentální bulimii jako svou **coping strategii**. Nyní se od tohoto kontraproduktivního způsobu odklonila a snaží se cestovat, protože tak se cítí svobodná a šťastná. Porucha příjmu potravy měla pro Evu za hlavní důsledek změnu vnímání sama sebe a **pochopení**, že život není o tom být dokonalý a neustále se srovnávat s ostatními.

V následujících tabulkách č. 10, č. 11, č. 12 a č. 13 si uvedeme doslovné ukázky z rozhovoru Evy, dále kódy a kategorie vyplývající z analýzy.

Tabulka č. 10: *Oblast „Zkušenost s poruchou příjmu potravy“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„Přišel za mnou <b>kamarád</b> a říká mi hele, něco ti přetejká, a to pro mě byl zlomový moment, takže to, co jsem si myslela od dětství je asi pravda.“</p> <p>„Já jsem na sobě hledala tenkrát hlavně furt <b>nedokonalosti</b>.“</p> <p>„V tom nejhorším stavu té nemoci jsem se <b>nenáviděla</b>.“</p>	<p>VLIVY</p> <p>podílející se na poruše příjmu potravy</p>	<p><b>vliv vrstevníků</b></p> <p><b>nízké sebehodnocení</b></p> <p><b>pocity nedokonalosti</b></p> <p><b>nenávisť k sobě</b></p> <p><b>změny</b></p> <p><b>deprese</b></p> <p><b>strach ze selhání</b></p>
<p>„Jsem začala běhat a u mě to běhání probíhalo tak, že jsem si vždycky vyběhla do lesa, tam jsem se <b>vyzvracela</b>, a by to nikdo neviděl a běžela jsem zpátky.“</p> <p>„Ve třetáku jsem <b>přestala jíst</b> úplně a měla jsem dny, kdy jsem třeba čtyři dny nic nesnědla a najedla jsem se jenom o víkend, aby to rodičům nepřišlo divný.“</p>	<p>CHOVÁNÍ</p> <p>při poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>odepírání potravy</b></p> <p><b>sebekontrola</b></p> <p><b>extrémní cvičení</b></p> <p><b>zvracení</b></p> <p><b>lhaní</b></p>
<p>„Nastoupila jsem <b>psychiatři</b>ce a ta mi nasadila antidepresiva a neřešila příčinu té nemoci.“</p> <p>„Z <b>léčebny</b> jsem se vrátila s většími depresemi, přestala jsem jíst úplně a už vůbec jsem nechtěla žít.“</p>	<p>LÉČBA</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>psycholog</b></p> <p><b>psychiater</b></p> <p><b>hospitalizace</b></p> <p><b>psychofarmaka</b></p>
<p>„Mě hrozně pomáhá <b>cestování</b>. Já, když jsem v cizině, tak nemyslím na jídlo, přijde mi, že jsem strašně svobodná.“</p>	<p>STRATEGIE</p> <p>zvládání poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>cestování</b></p> <p><b>přítel</b></p> <p><b>rodina</b></p> <p><b>práce na sobě</b></p>
<p>„Taková <b>sebevražda</b>, ale taková, která ti nedochází.“</p>	<p>VNÍMÁNÍ</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p><b>způsob sebevraždy</b></p> <p><b>„nástroj“ být lepší</b></p> <p><b>coping strategie</b></p>

Tabulka č. 11: *Oblast „Důsledky poruchy příjmu potravy“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
„Už se nevidím jako ošklivá, už si všímám i těch hezkých věcí, už jsem si uvědomila, že je vlastně i sobecké řešit furt sama sebe, protože o tom ten život není.“	psychické důsledky	sebeřijetí mít se ráda oceňovat se coping strategie
„Mám intoleranci na laktózu. Bylo mi strašně, měla jsem bolesti.“	zdravotní důsledky	intolerance na laktózu

Tabulka č. 12: *Oblast „Vztah dcera-matka“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
„Hlavně mamka, ta si to tak <b>vyčítala</b> , až mi to bylo nepříjemný s ní o tom mluvit, protože jsem pak viděla, jak brečí a mě tohle vůbec nepomáhalo ale vůbec.“ „Mě jenom vadilo, když si mě mamka prohlídla zespona nahoru, jsem si vždycky myslela, nojo, že zas přibrála. Jsem si <b>vsugerovávala</b> věci, co rodiče nedělali.“ „Já jsem ti to třeba vždycky vylejvala na mamce, ale na ostatní jsem byla milá.“	vztah za mentální bulimie	hádky strach nepochopení bezmoc výčitky sugesce kontrola
„Nejlepší <b>kamarádky</b> . Je to super, jsme k sobě upřímné, chodíme nakupovat a děláme věci jako nejlepší kamarádky.“	vztah v remisi	prohloubení porozumění nejlepší kamarádky kompenzace trávit čas

Tabulka č. 13: *Externalizační rozhovor Evy*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
„Asi <b>sebedestrukce</b> . Zabíjíš sama sebe, možná i spíš <b>sebevražda</b> , ale taková, co ti nedochází.“	POJMENOVÁNÍ mentální bulimie dle dcery	sebedestrukce/ sebevražda
„Byla taková <b>nevinná</b> . Vlastně celou dobu se tváří, že ti chce pomoci, že ti bude líp, že budeš hezčí, ale ve skutečnosti tě <b>zabíjí</b> . Dlouho to nevidíš, přitom tě podráždí a buď je pozdě a tě to zabije, nebo bojuješ s ní.“	VLASTNOSTI mentální bulimie dle dcery	ubližující našeptávající nevinná vraždicí manipulující

## DESKRIPCE DAT MATKY EVOY

Matka Evy sama sebe charakterizuje jako neprůbojnou, s nižším sebevědomím, někdy nepřičetnou a velmi emoční, protože ji dokáže rozplakat cokoliv. Na druhou stranu má ráda srandu a vztah sama k sobě má kladný. Na Evu nahlíží jako na empatickou dívku, která se snaží být potřebná a dobrá ve všem. Sama sebe v roli matky vnímá jako pečující a milující. Se svými dětmi se snaží mít důvěryhodný vztah, protože sama se svou matkou takový nezažila. Její vztah s matkou byl chladný a pragmatický a sama přiznává, že její matka nejspíš trpí poruchou příjmu potravy.

Matka Evy dlouhou dobu nevěděla o její skutečné nemoci. Eva měla tendence své problémy zaměňovat za jiné nemoci. Postupovala mnoho vyšetření, protože měla neustále zdravotní komplikace. Matka časem získala informaci od její kamarádky, že zvrací. Tuto skutečnost matka velmi špatně nesla a velmi si vyčítala, že to u Evy nepoznala dříve. Obě začaly docházet k psychiatrovi. Eva si poté nakonec sama zařídila hospitalizaci. Matka tvrdí, že pro ni nejtěžší bylo to, že musela trpět výkyvy nálad a výčitky Evy. Dále se musela naučit trpělivosti a razantnosti. Často přicházely konflikty skrze **kontrolu** jídelních návyků. Matka musela dávat Evě adekvátní porce a ostatní jídlo ji musela zakazovat, protože by to vše snědla, a poté by to šla vyzvracet. I přes tyto těžké chvíle spolu trávily hodně času, např. cestováním a jejich vztah se začal zlepšovat. Nyní se vnímají jako dvě **kamarádky**.

Na následujících stranách si uvedeme v tabulkách č. 14, č. 15 a č. 16. konkrétní doslovné ukázky z rozhovoru matky Evy včetně kategorií a kódů, které analýza zaznamenala.

Tabulka č. 14: *Oblast „Pohled matky na poruchu příjmu potravy Evy“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„Ona měla takový <b>výkyvy</b>, že hodně přibrala, pak zase hodně zhubla.“</p> <p>„Měla pocit, že všichni od ní očekávají, že bude <b>perfektní</b>, aby se všichni na ní mohli spolehnout. Pak byl zlom, že všechny neuspokojí a někoho zklame a že nebude úplně nejlepší.“</p> <p>„By nesnesla, že by neměla vyznamenání, ona prostě musela <b>být dobrá!</b>“</p>	<p>VLIVY</p> <p>podílející se na poruše příjmu potravy u dcery</p>	<p>vrstevníci</p> <p>tělesné výkyvy</p> <p>perfekcionismus</p> <p>očekávání ostatních</p> <p>pocity nedokonalosti</p>
<p>„Zpětně vím, že se dívala na pořad na ty obézní lidi, co byli závislí na jídle, z toho samého důvodu, že měla ten samý problém, že se vlastně přejídala...“</p>	<p>VNÍMÁNÍ</p> <p>poruchy příjmu potravy u dcery</p>	<p>druh závislosti</p>
<p>„Blbě. Jako teď dejme tomu, teď mám pocit, že jsem byla <b>matka na prd.</b>“</p> <p>„Mě to psychicky hodně sebralo, ale před ní jsem musela dělat, že ne, což ona viděla, že to není pravda, ale já jsem se strašně snažila.“</p> <p>„Furt mám vnitřní pocit, že kdybych dřív zasáhla, tak by to nedošla tam, kam to došlo.“</p>	<p>VLASTNÍ POCITY</p> <p>při poruše příjmu potravy</p>	<p>„špatná matka“</p> <p>vina</p> <p>selhání</p> <p>bezmoc</p> <p>přetvařování</p> <p>výčitky</p>
<p>„Jsme obě chodili k <b>psychiatricke</b>, ona si s ní povídala, já jsem si s ní povídala.“</p> <p>„Dala jsem výpověď v práci, abych na to měla čas, abych mohla z povzdálí ji <b>kontrolovat.</b>“</p>	<p>POMOC DCEŘI</p> <p>při její poruše příjmu potravy</p>	<p>komunikace</p> <p>odborná pomoc</p> <p>porozumění</p> <p>zůstat s ní</p> <p>kontrola</p>



Tabulka č. 15: *Oblast „Vztah matka-dcera“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„Přišlo mi, že jsme se začaly čím dál více <b>odcizovat</b>, že ona mi hodně vypravovala, ale o druhých, ale o sobě málo.“</p> <p>„Jsem něco řekla a ano se jí to netýkalo a ona si to <b>vztáhla</b> na sebe, že říkám něco o ní a že furt na ní něco máme.“</p> <p>„Ona na mě <b>řvala</b> a na jednu stranu si to musím nechat líbit...člověk se cítil v pasti.“</p>	vztah za mentální bulimie	<p><b>hádky</b></p> <p><b>strach</b></p> <p><b>ustoupení</b></p> <p><b>bezmoc</b></p> <p><b>kontrola</b></p> <p><b>odcizení</b></p> <p><b>vztahovačnost</b></p> <p><b>výčitky</b></p>
<p>„Určitě máme o hodně procent lepší vztah, než jsme měly. Více ji <b>chápu</b>.“</p>	vztah v remisi	<p><b>kamarádky</b></p> <p><b>komunikace</b></p> <p><b>pochopení</b></p>

Tabulka č. 16: *Externalizační rozhovor matky Evy*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„Nevím, vidím toho <b>křečka</b> s obrovskými tvářemi, jak je vysune, si je naplní, a pak to vyplivne v hnízdě.“</p>	<p>POJMENOVÁNÍ</p> <p>mentální bulimie</p> <p>dle matky</p>	<b>křeček</b>
<p>„Si to více spojuji, jak ten křeček to vyplivne a je šťastnej, že má ty zásoby a ona byla taky šťastná, že to má nasyslený a ona to pak <b>vyplivne</b>, takže je šťastná, že ji to vlastně neublížilo.“</p> <p>„Křeček rychle jí, a to právě i ona <b>rychle jedla</b>.“</p>	<p>CHOVÁNÍ</p> <p>mentální bulimie</p> <p>dle matky</p>	<p><b>shromažďování</b></p> <p><b>vyplivování</b></p> <p><b>rychle jíst</b></p>

## ZÁVĚR

Z výsledků analýzy rozhovorů a externalizace dvojice Eva-matka vplynuly tyto témata:

- vliv vrstevníků jako možný prediktor k rozvoji mentální bulimie Evy,
- nízké sebevědomí a perfekcionismus podílející na rozvoji mentální bulimie,
- špatná zkušenost s hospitalizací,
- cestování a přítel jako vhodná copingová strategie,
- sebezpřijetí a změna nahlížení na sebe jako účinný progres v léčbě,
- problematický vztah matky a babičky Evy.

## 7.3 Monika a její matka

### DESKRIPCE DAT MONIKY

Monice je 25 let a pracuje jako prodavačka. Monika trpěla mentální anorexií. Na základní škole si prošla **šikanou**. To mělo za následek, že musela změnit školu. Dle jejího názoru se již od základní školy potýkala s problémem sama sebe přijmout. Tyto vnitřní konflikty ji vedly k **sebepoškozování** a anorexii. Po základní škole šla na gymnázium, kde se snažila mít výborné známky. Sama sebe vnímá jako **perfekcionista**. Po čase zjistila, že studium gymnázia je velmi náročné a snaha udržet si výborný prospěch byla pro ni obtížná. Začala se tedy soustředit na jiné věci, a to na jídlo a na sebe. Na gymnáziu se potýkala s jistou **izolací**. Ve svém okruhu měla pouze 4 kamarádky, zbytek kolektivu ji ignoroval. Rodiče si všimli náročnosti školy a následného chování Moniky. Došli k závěru, že bude lepší Moniku přeradit na jinou školu, a tak se i stalo a sama za to byla ráda. Nemoc u Moniky propukla v prvním ročníku na učilišti. Odmítala jíst a stále žila v domněnání, že je vše v pořádku, ačkoliv tento dojem nezastávala její matka. S matkou se často dostávala do konfliktu, protože ji začala hlídat. Po konzultacích s psycholožkou bylo řečeno, že v rámci jejího zdravotního stavu je žádoucí, aby byla **hospitalizována**. Monika nechtěla, ale matka ji oznámila, že zažádá, aby ji zbavili svéprávnosti, pokud nepůjde dobrovolně. Monika pod tlakem souhlasila. Hospitalizace Monice nepomohla. Nejvíce ji zklamal přístup. Individuální terapie zde proběhly jenom ze začátku hospitalizace a celý koncept byl spíše dle jejího názoru o vykrmení dívek. Po návratu z hospitalizace se její stav ještě zhoršil a Monika si začala uvědomovat, že může **zemřít**. Matka opustila práci a zůstala s Monikou doma, aby se jí mohla věnovat. Po každém jídle společně hrály hry, aby Monika přišla na jiné myšlenky. Tento způsob se ukázal jako vhodný, protože se mezi Monikou a matkou začal zlepšovat vztah a nyní jsou z nich **nejlepší kamarádky**.

Monika nyní chodí k psycholožce a pracuje s ní na svém sebepojetí, opuštění od perfekcionistačtých nároků a zvládnání stresových situací. Monika uvádí, že vnímá pokroky sama u sebe a že se více přijímá. S matkou má nejbližší vztah, ale zároveň v rozhovoru poznamenala, že vztah s otcem je méně blízký, protože je flegmatik, co neplánuje věci dopředu a Monice toto chování nevyhovuje. Její matka má ráda pořádek a vše organizuje. Monika toto chování také zastává. Rodiče mají mezi sebou neshody, které se Monika snažila urovnat, ale nakonec s psycholožkou dospěly k názoru, že to není její věc. V době její nemoci se manželské konflikty zklidnily.

Následující tabulky č. 17, č. 18, č. 19 a č. 20 prezentují oblasti, ukázky z rozhovoru, kategorie a výčet nejčastějších kódů, které analýza rozhovoru Moniky zaznamenala.

Tabulka č. 17: *Oblast „Zkušenost s poruchou příjmu potravy“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„Stáčilo, abych to měla na trojky, ale jak já jsem to měla sama nastavené, tak jsem chtěla být <b>perfektní</b> no a když mi nešly ty známky, tak jsem se upnula na něco jiného.“</p> <p>„Já jsem se nedokázala smířit s tou myšlenkou, že nemusím být <b>perfektní</b>.“</p>	<p>VLIVY</p> <p>podílející se na poruše příjmu potravy</p>	<p>šikana</p> <p>nízké sebehodnocení</p> <p>perfekcionismus</p> <p>nenávisť k sobě</p> <p>vyčleňování</p> <p>deprese</p>
<p>„Dříve jsem měla velký problém sama sebe přijmout, prostě tam byly problémy od 15ti let, že jsem tam měla <b>sebepoškození</b>.“</p> <p>„Jsem ve škole nechodila na obědy...mamka mi kolikrát předtím domlouvala a já jsem si myslela, že je všechno v pořádku.“</p>	<p>CHOVÁNÍ</p> <p>při poruše příjmu potravy</p>	<p>odepírání potravy</p> <p>sebekontrola</p> <p>sebepoškození</p> <p>perfekcionismus</p> <p>odmítání skutečnosti</p>
<p>„V <b>léčebně</b> okoukala věci, který jsem do té doby nedělala, jako třeba počítání nějakých kalorií, protože holky to tam dělaly nebo holky cvičily po každém jídle nebo v každém volném čase, tak já jsem začala doma taky.“</p> <p>„Brala jsem nějaký <b>antidepresiva</b> a dlouho mě bolela hlava a teď je zázrak, že mě už nebolí.“</p>	<p>LÉČBA</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p>psycholog</p> <p>psychiater</p> <p>hospitalizace</p> <p>psychofarmaka</p>
<p>„Jsem si našla zase kontakt na tu paní <b>psycholožku</b>, ke které jsem chodila kdysi a teď už je to v pohodě.“</p> <p>„Vždycky po každém jídle jsme s <b>mamkou</b> chodily hrát <b>hry</b>, abych nezačala cvičit a třeba člověče hrajeme po obědě dodnes.“</p> <p>„Nejhorší to bylo v únoru 2012, to jsem měla 27 kilo, a to jsem se bála jít spát, to jsem chodila spát k mamce do ložnice, protože jsem se bála, že se neprobudím, tak aby mě hlídala.“</p>	<p>STRATEGIE</p> <p>zvládání poruchy příjmu potravy</p>	<p>psycholog</p> <p>matka</p> <p>rodina</p> <p>práce</p> <p>hry</p> <p>vědomí smrti</p>
<p>„Asi jsem měla vysoké nároky sama, rodiče na mě nijak netlačili se známky. Ale jak já jsem to měla sama nastavené, tak jsem chtěla být perfektní no.“</p>	<p>VNÍMÁNÍ</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p>„upnutí“</p> <p>kompenzace</p> <p>coping strategie</p>

Tabulka č. 18: Oblast „Důsledky poruchy příjmu potravy“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Já jsem se nedokázala smířit s tou myšlenkou, že nemusím být perfektní. Teďka až během posledního roku mi to došlo, že po sobě chci něco, co je nemožný.“	psychické důsledky	sebepřijetí mít se ráda zmírnění nároků
„Mělo to zásadní vliv na školu, že jsem ji změnila, že jsem šla na gympl. Takže jsem ráda, že jsem se vyučila, protože cukrařina mě baví.“	změna	škola

Tabulka č. 19: Oblast „Vztah dcera-matka“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„V průběhu jsem ji fakt <b>nesnášela</b> , protože mi dělala furt policajta, a to jsme se fakt <b>hádaly</b> , neshodly jsme se.“ „Vztahy ještě byly chladný až do doby, kdy jsem souhlasila, že začnu jíst. Bylo to pod <b>tlakem</b> , abych vyhověla těm rodičům.“ „Každá jsme měly jiný názor na tu situaci, ve které jsem se nacházela. Ona vlastně chtěla po mě, abych se léčila a já jsem se léčit nechtěla.“	vztah za mentální anorexie	hádky strach nepochopení chlad nátlak kontrola nenávisť
„S mamkou kamarádský, myslím si, že je fakt největší <b>kamarádka</b> teďka pro mě.“ „Jak jsme s mamkou <b>trávily</b> hodně času, tak jsme dělaly různé domácí práce a já jsem si u toho začala čistit hlavu“	vztah v remisi	prohloubení porozumění kamarádky trávit čas

Tabulka č. 20: Externalizační rozhovor Moniky

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Je to <b>saň</b> . Vypadá jak <b>drak</b> .“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle dcery	saň/drak
„Má ocas, jazyk, drápy. Má zuby a chrlí oheň.“ „Přišla, aby mě hlídala a nechtěla mě pustit.“ „Třeba chtěla, abych něco dělala nebo nedělala. <b>Naváděla</b> mě k něčemu.“ „Ze začátku to bylo pozvolna, byla spíš taková <b>přátelská</b> , a pak se z ní stala <b>mrcha</b> .“	CHOVÁNÍ/VLASTNOSTI mentální anorexie dle dcery	nebezpečná naváděcí sobecká manipulující mrcha „falešná kamarádka“

## DESKRIPCE DAT MATKY MONIKY

Matka Moniky sama sebe vnímá jako přátelskou osobu, která se ráda směje. Ve svém okolí nemá ráda nepořádek. Tvrdí, že když má uklizeno, tak má klid na duši. Tento postoj, ale nezastává její manžel. Vedou spolu hádky, protože on sám je sběrač věcí a je mu líto je vyhodit, a toto vadí nejen matce, ale i Monice, protože obě mají rádi systém. Konflikty v rodině probíhaly často i před dětmi, které viděly nesoulad mezi rodiči a sama matka uznává, že toto může mít vliv na vytváření partnerský vztahů u dětí. Se svými dětmi se snaží mít vztah na úrovni kamarádů. Vztah s Monikou mají nyní důvěrný a jsou dle jejího názoru nejlepší kamarádky. Během nemoci tomu tak nebylo. Matka na nemoc Moniky nahlíží jako na důsledek jejího **perfekcionismu** a zároveň poznamenává na šikanu a izolaci na škole. Monika chtěla být perfektní ve škole, ale nepovedlo se jí to, a tak se upnula na jiné věci, které mohla lépe řídit, tedy na sebe. Její stav se rychle zhoršoval a Monika rady matky neakceptovala. Hádky, kontrola a kritický stav Moniky vedly k tomu, že musela nastoupit do léčebny. Po návratu z hospitalizace zůstala matka s Monikou doma, aby se o ní mohla starat. Snažila se jí zabavit, aby nemyslela na jídlo a cvičení. Hrály spolu hry, společně se stravovaly, pomáhaly si v domácnosti. Sama dodává, že i v době nemoci Moniky, se se svým manželem nehádala a rodina fungovala soudržně. Nyní jsou vztahy opět mezi matkou a otcem napjaté, ovšem vztah mezi matkou a Monikou je velmi přátelský, to samé se ale nedá říct o vztahu mezi otcem a Monikou, který je dle jejího názoru spíše chladný.

Na následujících stranách si uvedeme výsledky analýzy rozhovoru matky Moniky v tabulkách č. 21, č. 22. a č. 23, které prezentují kategorie a nejčastější kódy včetně autentických ukázek z rozhovoru.

Tabulka č. 21: Oblast „Pohled matky na poruchu příjmu potravy Moniky“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
<p>„To z ní vylezlo, že se s ní nikdo nebaví v té škole. Já jsem říkala, že je to forma <b>šikany</b>, že on ji sice nikdo neublíží, ale tím, že si ji nikdo nevšímá a <b>vyčleňuje se</b> z kolektivu.“</p>	<p>VLIVY podílející se na poruše příjmu potravy u dcery</p>	<p>nízké sebevědomí introverze šikana perfekcionismus vyčleňování</p>
<p>„Na tuhle nemoc jsem nahlížela jako na alkoholiky, feťáky, prostě že si za to můžou sami, díky své blbosti, teď to vnímám ale jinak.“ „Když moje dcera měla těch 27 kilo, tak mě to přišlo podstatně horší než rakovina, protože z té se člověk chce uzdravit, ale ona <b>nechce</b>.“</p>	<p>VNÍMÁNÍ poruchy příjmu potravy u dcery</p>	<p>„dobrovolná nemoc“ „upnutí“</p>
<p>„Vždycky jsem <b>brečela</b>, tohle není možné, tohle nemůže dobře dopadnout. To jsem ještě netušila, že když ji pustí z hospitalizace, že to bude ještě horší. Byla tam taková <b>naděje</b>.“ „Nepřeji to někomu, to je taková <b>bezmoc</b>, když se dítě ztrácí před očima a nemůžete nic dělat!“</p>	<p>VLASTNÍ POCITY při poruše příjmu potravy</p>	<p>strach bezmoc pláč naděje</p>
<p>„Myslím si, že v jistý chvíli jsem ji <b>pomohla</b>, že jsem byla <b>oporou</b>, když se rozhodla, že jíst bude, řekla jsem, že jíst budeme teda <b>spolu</b>.“ „Já jsem musela <b>jíst</b> s ní tak, jak to bylo napsané a vždy po jídle jsme šly <b>hrát</b> společenskou hru.“</p>	<p>POMOC DCEŘI při její poruše příjmu potravy</p>	<p>stejně stravování odborná pomoc zůstat s ní opora hry</p>

Tabulka č. 22: Oblast „Vztah matka-dcera“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
<p>„Řekla jsem jí, že mám o ní <b>strach</b> a odpovědí mi bylo: mám to pod kontrolou a jestli tady má někdo problém, tak já to nejsem, ale jsi to ty.“ „V té době přestal být ten vztah na úrovni kamarádky, protože já jsem dělala toho dozorcího, aby jedla a <b>kontrolovala</b> jsem ji.“ „Ona na mě kolikrát vylítla, byla impulzivní.“</p>	<p>vztah za mentální anorexie</p>	<p>hádky strach nepochopení bezmoc kontrola výčitky</p>
<p>„Tenkrát jsem byla ten policajt, ale teď jsme ty dvě <b>kámošky</b>. Musím říct, že ona mi neskutečně pomáhá doma.“</p>	<p>vztah v remisi</p>	<p>porozumění vzájemná pomoc kamarádky</p>

Tabulka č. 23: *Externalizační rozhovor matky Moniky*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
„ <b>Krokodýl</b> . Úplně vidím, jak takhle požívá toho člověka.“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle matky	<b>krokodýl</b>
„Chtěl ji <b>sežrat</b> od samé začátku...“ „Já to úplně vidím, jak on ji <b>požívá</b> od těch pat čím dál víc, víc. Ona to brala tak flegmaticky, když mě chceš sežrat, tak mě sežer.“ „No, před tou hlavou on <b>přestal</b> . Na hlavu už neměl, protože hlava řekla ne.“	CHOVÁNÍ/VLASTNOSTI mentální anorexie dle matky	<b>sežrat</b> <b>vyhlídl si obět'</b> <b>nebezpečný</b> <b>neústupný</b>

## ZÁVĚR

Z výsledků analýzy rozhovorů a externalizace dvojice Monika-matka vyplynuly následující témata:

- šikana jako možný prediktor k rozvoji mentální anorexie Moniky,
- nízké sebevědomí a perfekcionismus podílející na rozvoji mentální anorexie,
- špatná zkušenost s hospitalizací,
- sebepřijetí a změna nahlížení na sebe jako účinný progres v léčbě,
- hledání nových coping strategie,
- vliv problematického vztahu mezi matkou a otcem na psychiku Moniky.

## 7.4 Beáta a její matka

### DESKRIPCE DAT BEÁTY

Beátě je 19 let a je studentkou gymnázia. U Beáty se objevila mentální anorexie, která přešla po čase do mentální bulimie. Na základní škole byla **šikanovaná** za svůj vzhled a nadváhu. 8.-9. třída byla pro ni přelomová, protože se rozhodla, že zhubne. Za půl roku zhubla kolem 45 kilogramů. Lidé ji začali **chválit**, a to jí ještě více motivovalo k hubnutí. Na přelomu 9. třídy a prvního ročníku gymnázia se Beáta začala přejídat, a to jí dovedlo ke zvracení. V té době docházela za psychologkou kvůli své sociální fóbii, ale o svém problému s jídlem a zvracením psychologce neřekla. Po určité době se na to ale přišlo. Matka Beáty o zvracení nevěděla. Dozvěděla se to až od psychologky. Beáta se se svými problémy nechtěla matce svěřovat, protože ji nechtěla přidělovat starosti. Ze začátku nemoci se velmi **hádaly**, protože mezi nimi byly neshody a matka Beátu dost kontrolovala.

Beáta nastoupila na **hospitalizaci**. Velmi negativně komentovala přístup personálu a chování hospitalizovaných dívek. Po návratu domů opět Beáta spadla do mentální bulimie. Vědomí toho, že je opět v nemoci ji dovedlo k pokusu o **sebevraždu**. Následovala další **hospitalizace**. Tuto hospitalizaci Beáta vnímá kladněji, ačkoliv měla velké neshody s primářem. Po návratu z druhé hospitalizace Beáta pravidelně začala navštěvovat svou psychologku. Řešily spolu **zvládání stresu** a **sebepojetí**, aby se Beáta začala lépe přijímat. Největší motivace k léčbě dle Beáty byl její přítel a pes. Vědomí, že se má o někoho starat, ji dovedlo k brigádě v informačním centru, kde se naučila zvládat svou sociální fóbii a zároveň ji tato práce přivedla i k jiným myšlenkám. Nyní vnímá velké pokroky ve svém prožívání a chování, dále se snaží sama sebe přijímat a být více zodpovědná. Po čase se zlepšil i vztah s matkou, jelikož obě začaly navštěvovat psychologku a pracují společně na zlepšení vzájemné komunikace a prohloubení společného vztahu.

Beáta na poruchu příjmu potravy nahlíží jako na něco, co jí přišlo **pomocť** z náročných situací. Na počátku se nenáviděla za svou nadváhu a vzhled. Mentální anorexie ji pomohla zhubnout mnoho kilo. Dlouho v ní nesetrvávala, protože u ní propuklo přejídání a s tím šla kila opět nahoru, a tak začala zvracet. Sama ale dodává, že toto jí ale vůbec neprospívalo, protože po tom paradoxně ještě více tloustla. Těžké stavy úzkostí a zoufalosti ji dovedly k pokusu o **sebevraždu**. Beáta dlouhou dobu považovala nemoc za **součástí sebe**. Když se jí někdo snažil pomoci, měla pocit jako by se jí někdo snažil něco vzít anebo vnímala, že hněv za nemoc je směřovaný přímo na ní a že jsou na ní lidé zlí.



Následující tabulky č. 24, č. 25, č. 26 a č. 27 prezentují ukázky z rozhovoru Beáty, dále kategorie a nejčastější kódy získané pomocí analýzy.

Tabulka č. 24: *Oblast „Zkušenost s poruchou příjmu potravy“*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
<p>„To jsem nemluvila téměř s nikým a v tom okolí to tak zůstalo.“</p> <p>„Já jsem od malička měla vždycky nadváhu a na základce mě <b>šikanovali</b> kvůli tomu.“</p> <p>„Nevím, dříve bych ti řekla, že se <b>nesnáším</b>...“</p> <p>„A najednou mě začali <b>chválit</b>, že jsem byla hezká hubená holka a prostě já jim ukážu, že to zvládnou, a tak jsem ubírala ještě víc.“</p>	<p>VLIVY</p> <p>podílející se na poruše příjmu potravy</p>	<p>šikana</p> <p>nízké sebehodnocení</p> <p>nenávisť</p> <p>introverze</p> <p>motivace od okolí</p> <p>nespokojenost s tělem</p>
<p>„Já jsem fakt <b>zhubnula</b> asi 45 kilo za půl roku.“</p> <p>„Začala <b>přejídat</b>, ale to se mi nelíbilo, tak jsem si říkala, že nebudu jíst, ale to prostě nešlo, tak jsem se zase přejídala, a pak jsem si řekla, že je dobrý nápad to <b>vyzvracet</b>.“</p> <p>„O prázdninách jsem se pokusila <b>zabít</b>, protože jsem do toho spadla zpátky znova.“</p>	<p>CHOVÁNÍ</p> <p>při poruše příjmu potravy</p>	<p>hubnutí</p> <p>sebekontrola</p> <p>sebevražedný pokus</p> <p>zvracení</p> <p>přejídání</p> <p>extrémní cvičení</p>
<p>„První <b>hospitalizace</b> byla výkrmna pro anorektičky, ale jak jsme tam byly jako bulimičky, tak chtěly, abych spíš zhubnula.“</p> <p>„Pak tam byla ještě jedna mladá <b>psycholožka</b> a ta byla moc fajn. K ní jsem chodila na skupinový terapie.“</p>	<p>LÉČBA</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p>psycholog</p> <p>psychiatr</p> <p>hospitalizace</p> <p>psychofarmaka</p>
<p>„Dostala jsem <b>psa</b>, a to mě neskutečně motivovalo. Mě jsem to tak, že musím za ním jít, každý den se o něj starat. Chodila jsem na <b>brigádu</b>, abych mu mohla koupit kvalitní granule.“</p>	<p>STRATEGIE</p> <p>zvládnání poruchy příjmu potravy</p>	<p>psycholog</p> <p>pes</p> <p>přítel</p> <p>rodina</p> <p>brigáda</p> <p>změna myšlení</p>
<p>„Je to útek od všeho, od problémů a ták.“</p>	<p>VNÍMÁNÍ</p> <p>poruchy příjmu potravy</p>	<p>„pomocník“</p> <p>útek</p> <p>coping strategie</p>

Tabulka č. 25: Oblast „Důsledky poruchy příjmu potravy“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Ale teď už se snažím žít s tím, jaká jsem.“ „Jsem teď ve větší pohodě.“	psychické důsledky	sebepřijetí mít se ráda
„Já jsem si třeba vytvořila tím zvracením <b>laktační intoleranci</b> , takže já nemůžu mlíko a dalších spoustu věcí, například když s ním hodně mastné jídlo, tak mi je blbě.“ „Jsem si zničila zdraví. Mám těžkou <b>anémii</b> .“	zdravotní důsledky	laktační intolerance anémie
„Myslím si, že mi hodně pomáhá přítel a pes, a i ta brigáda, protože nemám tolik času.“ „Teďka funguju, já mám zas individuál, takže do tý <b>školy</b> chodím tak dvakrát týdně, takže přijde mi, že se to strašně zlepšilo.“	priority	pes přítel práce zodpovědnost škola

Tabulka č. 26: Oblast „Vztah dcera-matka“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Dřív jsme se hodně <b>hádal</b> y. Už před nemocí a při nemocí úplně nejvíc.“ „Jsme se fakt hádaly, protože já jsem byla vždy takový to vzpurný dítě, takový to drzý a zlý.“ „Já jsem ji to spíš nechtěla říkat, protože jsem měla pocit, že ji tím nechci ubližovat.“	vztah za mentální anorexie a mentální bulimie	hádky strach nepochopení kontrola vyhýbání
„Je hodně uvolněný, takový <b>přátelský</b> .“	vztah v remisi	prohloubení porozumění přátelský

Tabulka č. 27: Externalizační rozhovor Beáty

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Je to <b>útek</b> od všeho, od problémů a ták.“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle dcery	útek
„Já jsem to vnímala jako <b>součást</b> mě, ne jako nemoc, ale že jsem to já. Že to byl útek.“ „Já jsem to vždy rozdělovala na tu <b>racionální část</b> a na tu <b>nemocnou</b> . - Měla by ses najíst, ale budeš tlustá, měla bys jí zvracet, protože to jídlo v sobě nechceš, ale zvracení je špatné.“	CHOVÁNÍ/VLASTNOSTI mentální anorexie dle dcery	součást racionální část nemocná část

## DESKRIPCE DAT MATKY BEÁTY

Matka Beáty o sobě říká, že je empatický člověk, co se snaží všem pomáhat i na úkor sebe. Dříve se **nepřijímala** kvůli se nadváze, ale teď se její vztah k sobě zlepšil. Se svými dětmi se snaží mít hezký vztah, protože sama takový vztah se svou matkou **neměla**. Nadávala ji za nadváhu, a dokonce se stávalo, že ji záměrně ubírala jídlo, aby zhubnula. Pro matku Beáty je toto nepřipustné, a proto se vždy snaží k Beátě a její sestře přistupovat spravedlivě, aby neopakovala chyby své matky. Otec Beáty od nich odešel před 15ti lety. Vztahy byly velmi špatné, protože trpěl bipolárně-afektivní poruchou. Matka svého ex partnera komentuje jako agresora a říká, že určité špatné vlastnosti po něm Beáta zdědila, ale snaží se s nimi bojovat. Beáta otce nepřijímá. Vztahy s Beatou bývaly komplikované, protože byla velmi vzpurné dítě. Od mala bývala silnější, ale matka nikdy neshledávala, že by byla tlustá či ošklivá. Toto nahlížení dle ní spustila **šikana** na škole, protože Beátě nadávaly za vzhled a chytrost, a to vedlo, že začala extrémně hubnout. Po čase od odmítání jídla přešla k přejídání a zvracení, o kterém ale dlouho matka nevěděla, protože to skrývala. O bulimii ji řekla až psychologka, ke které Beáta docházela kvůli své sociální fóbii. Matka zažívala těžké období, protože se velmi hádaly a Beáta neakceptovala její rady. Nakonec Beáta podstoupila dvě hospitalizace. Dle ní měl největší podíl na uzdravení její pes a přítel, protože měla za oba zodpovědnost. Matka dále poznamenává, že sama začala docházet k psychologovi, protože se zhroutila a potřebovala pomoci. Terapie ji velmi pomohly, protože změnila nahlížení jak na sebe, tak i na Beátu a teď spolu dobře vycházejí. Matka ještě dodává svou domněnku, že si Beáta vybrala bulimii, aby někam patřila. Vnímá to jako škatulkování či **hledání identity**.

Na následujících stranách si uvedeme tabulky č. 28, č. 29 a č. 30, které prezentují ukázky z rozhovoru matky Beáty, dále kategorie a nejčastější kódy získané analýzou.

Tabulka č. 28: Oblast „Pohled matky na poruchu příjmu potravy Beáty“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
<p>„Ve škole, že se jí <b>posmívaly</b>, úplně vidím tu holku, která byla hlavní aktér, která jí říkala – jsi tlustá šprtka.“</p> <p>„Nejdřív byla <b>silná</b>, řekla, že bude hubnout, pak byla na hranici anorexie, ale nechtěla si to přiznat, protože si připadala furt tlustá.“</p>	<p>VLIVY</p> <p>podílející se na poruše příjmu potravy u dcery</p>	<p>nízké sebevědomí</p> <p>introverze</p> <p>šikana</p> <p>nadváha</p> <p>nespokojenost s tělem</p>
<p>„Já si myslím, že si přečetla, tohle je bulimie, a tak to zkusím a ono se to rozjelo a pak už to nedokázala zastavit. Možná vyhledávání <b>nálepek</b>, aby někde byla, někam patřila.“</p>	<p>VNÍMÁNÍ</p> <p>poruchy příjmu potravy u dcery</p>	<p>hledání identity</p> <p>nálepkování</p>
<p>„Naprostá <b>bezmoc</b>, že ji nemůžete pomoci, že se snažíte vyvarovat chyb mých rodičů.“</p> <p>„Naprostá <b>bezmoc</b> a <b>zoufalství</b>.“</p> <p>„Když se pokusila o tu sebevraždu...jsem se složila a sama jsem se dostala do nemocnice.“</p>	<p>VLASTNÍ POCITY</p> <p>při poruše příjmu potravy</p>	<p>zoufalství</p> <p>bezmoc</p> <p>kolaps</p>
<p>„<b>Podpora</b>, co jsem jim dávala, je fakt důležitá.“</p> <p>„Prostě jí předat tu <b>zodpovědnost</b> za ní, což je pro nás mámy hrozně těžký.“</p> <p>„Je důležitý pro mě si s <b>psycholožkou</b> promluvit a říct jí zkušenosti a zeptat se jí, jak mám jednat.“</p>	<p>POMOC DCEŘI</p> <p>při její poruše příjmu potravy</p>	<p>podpora</p> <p>odborná pomoc</p> <p>práce na sobě</p> <p>předání zkušenosti</p> <p>pomoc</p>

Tabulka č. 29: Oblast „Vztah matka-dcera“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
<p>„Ona si postavila hlavu a přes ze mě potopa, vyhod' mě z baráku, je mi to jedno.“</p> <p>„Ona mi říkala, že jsem zlá, ubližuješ – nedala to.“</p>	<p>vztah za mentální anorexie/bulimie</p>	<p>hádky</p> <p>tvrdohlavost</p> <p>nepochopení</p> <p>bezmoc</p> <p>kontrola</p> <p>obviňování</p>
<p>„Určitě tím, jak dospěla, tím že je schopná mluvit a ten vztah oproti tomu co bylo je úžasnej, že dokáže <b>mluvit</b>.“</p> <p>„Doufám, že jsem toho dosáhla, protože máme <b>kamarádský</b> vztah mezi sebou všechny tři.“</p>	<p>vztah v remisi</p>	<p>komunikace</p> <p>kamarádský</p>

Tabulka č. 30: *Externalizační rozhovor matky Beáty*

<b>Ukázka z rozhovoru:</b>	<b>Kategorie:</b>	<b>Kódy:</b>
„Když to není jen bulimie, ale tady je i sociální fobie, tady je i ta hraniční porucha osobnosti a asi bych řekla <b>nepřijetí sama sebe.</b> “	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle matky	<b>nepřijetí</b>
„To je její <b>součást.</b> “ „Kdyby to mluvilo, řeklo by to: <i>živí mě ego, živí mě zlo a já jsem silnější, než je boží láska.</i> “	CHOVÁNÍ/VLASTNOSTI mentální anorexie dle matky	<b>součást</b> <b>zlá</b> <b>moc</b>

## ZÁVĚR

Z výsledků analýzy rozhovorů a externalizace dvojice Beáta-matka vyšly tyto témata:

- šikana jako možný prediktor k rozvoji poruchy příjmu potravy u Beáty,
- vliv nízkého sebevědomí a nadváhy na rozvoj mentální bulimie,
- vliv sociální fobie na rozvoj poruchy příjmu potravy,
- sebepřijetí a změna nahlížení na sebe jako účinný progres v léčbě,
- problémový vztah s nemocným otcem Beáty,
- problémové vztahy mezi matkou a babičkou Beáty,
- možný vliv problematického sebepojetí matky na sebepojetí Beáty.

## 7.5 Silva a její matka

### DESKRIPCE DAT SILVY

Silvě je 21 let a je studentkou farmacie. V její pubertě se potýkala s mentální anorexií. Sama sebe viděla vždy jako oplácanou. Připadala si tlustá, neměla ráda svůj vzhled, který se měnil kvůli dospívání. Tvrdí, že vždy na sobě měla ráda své oči, protože ty jediné se nemění, netloustnou a je to pomyslné okno do duše člověka. Dále neměla na sobě ráda také svůj **pesimismus** a **kritické myšlení**, které se u ní vyskytovalo. Vnímání, že je oplácaná, v ní podporovala z části rodina a i spolužáci, protože ji na její váhu občas upozorňovali, jenže Silva si toto ve své hlavě velmi zesílily a neviděla jinou možnost než zhubnout. Postupně začala snižovat váhu a lidé v okolí si toho začali všimnout a chválili jí, avšak pro Silvu to byla obrovská motivace ještě více zhubnout. Silvu po čase nezajímalo nic jiného, než číslo na váze a **kontrola jídla**. Snažila se váhu ještě více snižovat tak, že omezila jídlo a začala **extrémně cvičit**. Ačkoliv Silva zhubnula hodně kilogramů, stále se vnímala jako tlustá. Rodiče si začali všimnout úbytku váhy Silvy a postupně ji začali kontrolovat. Silva se s matkou často **hádkala**, protože se jí nelíbilo, jak ji matka neustále kontroluje. Ačkoliv Silva docházela k psychiatrovi a psychologovi, dle jejího názoru ji to moc nepomohlo. Sebevědomí ji pozvedl až tehdejší přítel. Silva se přestala upínat na svůj vzhled a začala se přijímat takovou jaká je a zaměřila se na rozvíjení svých předností. I vztah s matkou se změnil. Nyní ho komentuje jako **kamarádský** a snaží se své matce vše **vynahradit**, protože v rámci své nemoci mívala tendence vše matce **vyčítat**, a to ji teď zpětně velmi mrzí.

Silva mentální anorexií vnímá jako něco, co jí umožnilo být lepší. Nemoc se z počátku tvářila jako **pomoc**, která jí umožní shodit přebytečná kila a zvýšit sebevědomí. Dle Silvy je nemoc velmi pomalá, plíživá lhářka, kterou každý ze začátku obdivuje, protože člověka činí šťastným a má skrze ni **pevnou vůli** a **vytrvalost**. Po čase ji všichni v okolí začnou ale nenávidět, protože člověka nutí se upínat pouze na stravu a cvičení a nic dalšího ho nezajímá. Sama uznává, že hádky s matkou a tehdejší přítel ji dovedly k léčbě. Důsledek této nemoci dle Silvy je změna nahlížení na sama sebe a snaha pracovat se svými přednostmi.

Na následujících stranách si uvedeme výčet kódů, kategorií a ukázek z rozhovoru Silvy v tabulkách č. 31, č. 32, č. 33 a č. 34.

Tabulka č. 31: Oblast „Zkušenost s poruchou příjmu potravy“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Rodiče byli rádi že se nepřežírám, takže byla to <i>super motivace</i> .“ „Došlo do takového stádia, že jsem vážila 45 kg a stále jsem se viděla tlustá a ošklivá“	VLIVY podílející se na poruše příjmu potravy	zkreslené vnímání nízké sebehodnocení nenávisť vliv okolí
„Pokračovalo to tak že jsem přestala jíst, začala se zaměřovat na <i>cvičení</i> . Když si toho moje rodina všimla a začala mě <i>kontrolovat</i> , tak jsem byla schopná jídlo rozžvýkat ale pak vzápětí jej vyplivnout.“	CHOVÁNÍ při poruchy příjmu potravy	hubnutí sebekontrola extrémní cvičení
„Mě pak mamka vzala k <i>psychiatrovi</i> , kde doktorka mi předepsala <i>antidepresiva</i> , která mi nijak neprosněla. Doktoři diagnózu spojovali s depresí.“	LÉČBA poruchy příjmu potravy	psychiatri psycholog psychofarmaka
„Hodně mi v tom pomohl (bývalý) <i>přítel</i> , který mě měl rád takovou, jaká jsem a zvýšil pasivně tím mé sebevědomí.“	STRATEGIE zvládání poruchy příjmu potravy	přítel rodina změna myšlení
„Anorexie je plíživá, člověku našeptává a zdá se to, že mu pomáhá, ale ve skutečnosti to tak není.“	VNÍMÁNÍ poruchy příjmu potravy	„pomocník“ coping strategie

Tabulka č. 32: Oblast „Důsledky poruchy příjmu potravy“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Naučila jsem se mít ráda za jiné vlastnost.“ „Začala jsem se akceptovat pro to, jaká jsem a mít se v rámci možností <i>ráda</i> .“	psychické důsledky	sebepřijetí mít se ráda objevení předností

Tabulka č. 33: Oblast „Vztah dcera-matka“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„ <i>Hádaly</i> jsme se každý den, já jsem jí všechno <i>vyčítala</i> a nebylo to vůbec hezké.“	vztah za mentální anorexie	hádky nepochopení kontrola výčitky
„ <i>Ted' máme</i> moc pěkný vztah.“ „ <i>Ted' myslím</i> , že své matce dělám radost.“ „ <i>Jsme kamarádky</i> , které se odjakživa znaly, ale až po letech se začaly kamarádit.“	vztah v remisi	prohloubení porozumění kamarádka

Tabulka č. 34: *Externalizační rozhovor Silvy*

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Představuji si to jako <b>hada</b> .“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle dcery	<b>had</b>
„Potichu se plíží a šeptá sladká slůvka, ale přitom pomalu obmotává svou kořist.“ „Krásný tmavý had, který se ladně a potichu hýbe. Had, který <b>přináší štěstí</b> a všichni okolo obdivují.“ „Přišel, protože si mě vybral, a dalo mi možnost <b>být lepší</b> .“	CHOVÁNÍ/VLASTNOSTI mentální anorexie dle dcery	<b>lhář</b> <b>štěstí</b> <b>„falešná pomoc“</b> <b>manipulující</b> <b>klamající</b>

## DESKRIPCE DAT MATKY SILVY

Matka Silvy na sebe nahlíží jako na veselého člověka, který si snaží užívat života. Někdy u sebe vnímá, že svým chováním může být pro někoho „prudas“. Sama sebe má ráda a tvrdí, že by na sobě nic moc nezměnila. Přijímá se taková, jaká je. Se svou dcerou mají nyní hezký vztah, ale v přítomnosti mentální anorexie tomu tak nebylo. **Hádky** kvůli jídlu a **kontrola** Silvy vedly k narušení harmonického vztahu. Matka poznamenala, že Silva měla velmi **zkreslené mínění** o sobě, který si nenechala vyvrátit a ve svém přesvědčení byla neústupná. Matka vzpomíná, že toto pro ni bylo velmi nešťastné období i skrze fakt, že se svým manželem měla konflikty. Tyto konflikty vedly k rozvodu hlavně z toho důvodu, že oba měly odlišné povahy a názory. Časem matka Silvě vyhledala pomoc psychiatra, který ji nasadil **antidepresiva**, ale ani odborná pomoc nebyla úplně účinná. Dle jejího názoru byl obrat v nemoci, až to, když si našla partnera, který ji hodně pomohl se **sebevědomím**. Dále začala být velmi úspěšná ve zpěvu a začala u sebe vnímat tyto přednosti a vnímání nedokonalostí u ní ustoupilo do pozadí. Po rozvodu rodičů, se vztah mezi matkou a Silvou velmi zlepšil a matka označuje jejich vztah jako velmi kamarádský.

Na následující straně jsou uvedené tabulky č. 35, č. 36 a č. 37, které prezentují ukázky z rozhovoru matky Silvy, dále kategorie a nejčastější kódy získané pomocí analýzy.



Tabulka č. 35: Oblast „Pohled matky na poruchu příjmu potravy Silvy“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Viděla sebe jako tlustou a hnusnou. Nebyla šťastná, na to konto začala cvičit a přestala jíst.“ „Neměla moc velké <b>sebevědomí</b> , ale chtěla být dobrá a úspěšná u vrstevníků.“	VLIVY podílející se na poruše příjmu potravy u dcery	nízké sebevědomí zkreslené vnímání vliv vrstevníků
„Ta nemoc souvisí s <b>komplexem méněcennosti</b> . Myslím si, že ta nemoc nemá šanci u člověka, co si věří.“	VNÍMÁNÍ poruchy příjmu potravy u dcery	komplex méněcennosti
„Nebylo to jednoduché a já jsem z toho byla <b>nešťastná</b> .“ „Cítila jsem <b>bezmoc</b> a byla jsem <b>zoufalá</b> .“	VLASTNÍ POCITY při poruše příjmu potravy	strach bezmoc smutek
„Snažila jsem si jí <b>vysvětlit</b> , že takhle to dál nejde, že to s hubnutím přehání, že není tlustá.“ „Chodily jsme za <b>psychiatrem</b> , aby jí pomohl.“ „ <b>Kontrolovala</b> jsem ji, co jí.“	POMOC DCEŘI při její poruše příjmu potravy	odborná pomoc podpora porozumění kontrola vysvětlení

Tabulka č. 36: Oblast „Vztah matka-dcera“

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Ze začátku jsem byla ta nejhorší.“ „Nechtěla nic slyšet, chovala se jinak.“ „Dost jsme se <b>hádaly</b> , protože jsem jí <b>kontrolovala</b> , jak jí.“	vztah za mentální anorexie	hádky strach nepochopení bezmoc kontrola výčitky
„Myslím si, že už máme <b>dobrý vztah</b> .“ „Máme k sobě hodně blíž, je mezi námi <b>důvěra</b> .“	vztah v remisi	důvěra dobrý vztah

Tabulka č. 37: Externalizační rozhovor matky Silvy

Ukázka z rozhovoru:	Kategorie:	Kódy:
„Představím si ho jako <b>baziliška</b> .“	POJMENOVÁNÍ mentální anorexie dle matky	bazilišek
„Je úlisný, <b>zákeřný</b> . Tváří se, že pomáhá, ale přitom páchá <b>komplex méněcennosti</b> .“ „Nutí nejíst a říká, že jídlo je špatné, také <b>manipuluje</b> s lidmi.“	CHOVÁNÍ/VLASTNOSTI mentální anorexie dle matky	našeptává přikazuje ubližuje manipuluje

## ZÁVĚR

Z výsledků analýzy rozhovorů a externalizace dvojice Silva-matka vyplynuly následující témata:

- vliv vrstevníků na rozvoj poruchy příjmu potravy u Silvy,
- nízké sebevědomí a zkreslené vnímání těla jako prediktor k mentální anorexii,
- sebedůvěra a změna nahlížení na sebe jako účinný progres v léčbě,
- zpěv jako vhodná copingová strategie,
- problémové vztahy mezi matkou a otcem Silvy.

## 7.6 Sumarizace výpovědí dvojice dcera-matka

V předchozích podkapitolách jsme se seznámili se selektivními výsledky jednotlivých dvojic dcera-matka. V této kapitole si uvedeme sumarizace výsledků, které prezentují, jak obě respondentky v rámci dvojice dcera-matka smýšlejí o nemoci.

### 1. DVOJICE DOMINIKA A JEJÍ MATKA

Dominika a její matka vnímají, že patřičnými vlivy na rozvoji poruchy příjmu potravy u Dominiky jsou **šikana, introverze, perfekcionismus a problémy s přijetím sama sebe**. Matka nazírá na mentální anorexii jako na **hledání sebe sama**. Dominika přímo nesdílěla stejný názor, protože svou mentální anorexii popisovala z úvodu rozhovoru jako **pomalou sebevraždu**, ačkoliv poté vyplynulo, že pro ni znamená hlubší zkušenost, která ji dovedla k **sebepřijetí**. V externalizaci obě uvedly, že se jedná o **postavu**. Matka ji charakterizovala přímo jako kamarádku, která je vychrtlá a neustále byla napojená na Dominiku a manipulovala s ní. Dominika anorexii přímo neoznačila kamarádkou, ale popis a vlastnosti se shodovaly. Obě dále poznamenaly, že vztahy byly plné **hádek, kontroly a nedorozumění** a že nyní jsou vztahy daleko lepší. V neposlední řadě obě uvedly, že nejvíce se na léčbě podílelo **umění**, které obě používají jako strategii ke zvládnutí náročných situací a obě se také shodnuly, že psychologická pomoc poskytnutá matce velmi pomohla k řešení problémů u nich v rodině.

### 2. DVOJICE EVA A JEJÍ MATKA

Eva a její matka se shodly, že na rozvoji poruchy příjmu potravy u Evy, se nejvíce podílely **pocity nedokonalosti, perfekcionismus, vliv vrstevníků a strach, že Eva nenaplní očekávání druhých**. Obě v rámci nahlížení, co pro ně porucha příjmu potravy představuje, se neseťkaly. Eva to komentuje jako pomalý způsob **sebevraždy** či jako nástroj **být lepší**, zatímco matka na nemoc nahlíží jako druh **závislosti**. Ani v rámci externalizačního rozhovoru se neseťkaly ve shodných odpovědích. Eva opět vnímala, že pro ni mentální bulimie byla způsob **sebedestrukce a sebevraždy**. Matka si tuto nemoc spojila s **křečkem**, který si strádá potravu do úst, a pak ji vyplivne a toho činí šťastným. Obě poznamenaly, že nejhorším obdobím pro obě, byla hospitalizace Evy, která nenaplnila očekávání ani jedné, a naopak se Eva vrátila v horším stavu. Na druhou stranu se shodly, že **neopakování hospitalizace** byl motiv k léčbě Evy. Obě komentovaly, že vztahy během nemoci byly plné **hádek, kontroly,**

**viny a výčitek**, ale nyní v rámci remise je vztah na úrovni **kamarádek** a snaží si vše vynahradiť.

### 3. DVOJICE MONIKA A JEJÍ MATKA

Monika i její matka uvedly ve svých výpovědích, že na rozvoji mentální anorexie u Moniky, se podílela **šikana, perfekcionismus, introverze, vyčleňování a nízké sebevědomí**. V rámci nahlížení, co pro ně Moniky porucha příjmu potravy znamená, obě uvedly „**upnutí**“ jako důsledek perfekcionismus. Obě usoudily, že mentální anorexie byla kompenzací za nezvládnutí náročného gymnázia, které v Monice vyvolávalo pocity méněcennosti. Matka ještě dodala, že vnímala dříve nemoc jako dobrovolnou, avšak nahlížení se po čase změnilo. V rámci externalizace měly velmi podobné pohledy na nemoc. Monika označila anorexii jako **saň**, která vypadá jako drak s velkými drápy a zuby, který ji požírá. Matka označila anorexii jako **krokodýla**, který má taktéž obří drápy, zuby a snaží se jí sníst. Obě se shodly, že nejhorším obdobím pro ně byla **hospitalizace**, protože Moniky stav se ještě zhoršil. Matka nedokázala odhadnout, co podnítilo Moniku k léčbě, ale vnímala, že to mohla být motivace znovu se nevrátit do léčebny. Monika uvedla, že k léčbě ji podnítilo uvědomění, že může zemřít a neopakování hospitalizace. Obě se shodly, že vztahy byly velmi špatné v období nemoci. Nyní obě komentují, že jsou z nich **nejlepší kamarádky** díky tomu, že spolu trávily společně čas a vzájemně si pomáhaly.

### 4. DVOJICE BEÁTA A JEJÍ MATKA

Beáta i její matka se shodly, že na rozvoji nemoci Beáty, se podílela **šikana, nadváha, introverze a nízké sebevědomí**. Na nemoc nahlížejí obě odlišně. Beáta komentuje nemoc jako **útek** od problémů či jako nástroj ke zvládnutí stresových situací. Její matka vnímá nemoc jako důsledek **hledání identity**, popřípadě nálepkování, aby Beáta někam patřila. V rámci externalizace se obě shodnuly, že nemoc je **součástí** Beáty, a že je těžké nemoc vnímat jako něco mimo. Beáta zůstala u označení **útek**, zatímco matka nemoc vnímala jako **nepřijetí**. Velmi těžké období zažívaly během hospitalizace Beáty. Beáta se vrátila z léčebny ještě v horším stavu, a to jí dovedlo k pokusu o sebevraždu. Obě komentovaly hospitalizaci jako neúčinnou a stěžovaly si na průběh a personál. Druhá hospitalizace v jiné léčebně byla dle jejich názoru lepší. Shodly se, že k léčbě velmi pomohl **pes a přítel** Beáty, protože ji pomohli, aby byla více zodpovědná v životě a odvedli ji od myšlenek pouze na

sebe. Vztah, který měly na začátku nemoci, obě vnímaly jako špatný, plný **hádek** a **nedorozumění**, avšak nyní ho označují za přátelský.

## **5. DVOJICE SILVA A JEJÍ MATKA**

V rámci poslední dvojice, se Silva a matka ve výpovědích shodovaly, že na rozvoji mentální anorexie se podílelo **nízké sebevědomí** Silvy, dále **zkreslené vnímání** a **vliv vrstevníků**. Na nemoc mají obě odlišné pohledy. Silva vnímala svou anorexiu jako „pomocníka“, který ji pomůže být lepší. Matka vnímala anorexiu jako důsledek **komplexu méněcennosti**. V rámci externalizačního rozhovoru se velmi shodovaly. Silva nahlíží na mentální anorexiu jako na **baziliška**, což je dle ní hezký had, který našeptává a manipuluje se svou obětí. Matka neuvedla, že anorexie je přímo bazilišek, ale označila ji také za **hada**, který manipuluje se svou obětí a je velmi zákeřný. Ačkoliv Silva nebyla hospitalizovaná, obě vnímaly, že odborná pomoc, kterou vyhledaly, nebyla dostatečná. Dle jejich názoru se na léčbě nejvíce podílel tehdejší přítel Silvy, který ji pomohl se sebevědomím a zkresleným vnímáním, který dříve měla. Obě popsaly vztah na začátku nemoci jako komplikovaný, plný **hádek** a **kontroly**, ale nyní se vnímají jako dvě **kamarádky**.

## 7.7 Odpovědi na výzkumné otázky

Tato kapitola přinese kompletní odpovědi na výzkumné otázky, které z analýzy rozhovorů vycházejí.

### VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 1: Jak dcery vnímají svou zkušenost s poruchou příjmu potravy?

Souhrnné výsledky analýzy dcer ukazují, že hlavními faktory podílející na poruše příjmu potravy u tázaných dívek, bylo **nízké sebevědomí, perfekcionismus, šikana, zkreslené vnímání sama sebe, introverze a vliv vrstevníků**. Většina oslovených dívek vnímala své onemocnění jako „pomocníka být lepší“, únik z nějaké špatné situace či pomalou sebevraždu. Z počátku své onemocnění přijímaly kladně, ale po čase si uvědomily, jaké negativní důsledky tato porucha pro ně má. Tomuto uvědomění často předcházely hádky, kontroly a neporozumění s rodiči, které byly spojeny s nátlakem se léčit. Časem se k problematickým vztahům přidaly i zdravotní komplikace, které souvisely se ztrátou menstruace, vypadávání vlasů, lámání nehtů, s problémy trávicího traktu a s bolestmi hlavy.

Ze začátku svých potíží všechny analyzované dívky považovaly svou nemoc za součást sebe, a pokud jim byla nabízena pomoc, měly pocit, jako by jim někdo ubližoval a snažily se neustále vyvracet svému okolí, že jsou nemocné. Dvě tázané dívky dokonce uvedly, že měly pocit jako by jim někdo kradl část jejich **identity**. Všechny analyzované dcery během nemoci nejčastěji uváděly pocity jako **deprese, úzkosti, selhání a bezmoc**. Všech pět dívek se shodovalo v tom, že nechtěly své problémy přímo oznámit svým rodičům z důvodu strachu z **odsouzení** a z **nepochopení**. Jedna dívka uvedla, že se bála příchodu sociálních pracovníků a druhá dívka uváděla, že nechtěla přidělovat starosti své matce.

Všechny vyzpovídané dcery uvedly, že jejich chování bylo zaměřené pouze na jejich osobu. Převážná část jejich myšlení byla zaměřená na přísnou **sebekontrolu**, dále se soustředily na jídlo, popřípadě cvičení a v případě mentální bulimie na zvracení. Čtyři oslovené dívky uvádějí, že toto chování je dovedlo k **izolaci** od ostatních lidí ve svém okolí.

Velmi podstatné výsledky se týkaly zkušenosti s **léčbou**. Všechny zkoumané dcery zmínily, že poskytnutá odborná péče byla nedostačující a že zklamala jejich očekávání. Dvě dívky z počátku poskytnutí odborné léčby nebyly ve fázi, kdy se samy pro léčbu rozhodly, což je nutné dodat. Tři dívky si prošly hospitalizací a všechny tři uváděly, že se hospitalizace nezaměřovala na léčbu příčin nemoci, ale pouze na důsledky, kterými byl špatný zdravotní stav, tedy snahou odborníků bylo dívky „vykrmit“. Dále výsledky ukázaly, že těmto třem

dívčkám často chyběl individuální přístup v rámci hospitalizace. Všechny tyto tři účastnice byly na bezmasé stravě a ani jedné nebylo umožněné se takto stravovat. Dále u těchto třech dcer propukly ještě horší stavy **depresí** a **nenávisť** k sobě po návratů z hospitalizace.

Podstatnou pomocí v léčbě ve třech zkoumaných případech byl **přítel**. Partneři dokázali svým působením zvýšit sebevědomí dívkám a přivedli je k jiným myšlenkám. Jedna tázaná dcera uvedla, že ji velmi pomohlo cestování a změna kritického myšlení.

### VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 2: **Jaké jsou důsledky poruchy příjmu potravy pro život dcer?**

Odpověď můžeme rozdělit na dvě části, a to na **zdravotní důsledky** a **psychické důsledky**. Téměř všechny analyzované dívky, až tedy na jednu, uváděly, že mají určité zdravotní problémy – od laktační intolerance, přes anémii, problémy s ledvinami, játry a jícnem, po potíže s hormonálním systémem. Tyto zdravotní komplikace vznikly jako důsledek dlouhodobého zvracení a podvýživy.

Psychické důsledky tkví ve všech pěti případech v **sebeřijetí**. Tázané dcery nejvíce komentovaly, že nemoc v nich způsobila změnu v nahlížení na sebe a okolí. Ve všech případech si uvědomily, že jejich chování bylo částečně sobecké a že nároky, které na sebe kladly, byly nereálné. Ve třech případech se objevoval **perfekcionismus**, se kterým se dcery snažily vypořádat převážně prostřednictvím terapie. Dalším důsledkem bylo přehodnocení coping strategií, protože ve čtyřech případech, porucha příjmu potravy byla považována za jistou strategii zvládnání náročných situací. Hlavní změna tkvěla, že si oslovené dívky našly nové způsoby, jak se vyrovnat se svými náročnými situacemi. Jmenovaly hlavně **cestování, umění, péči o ostatní** či **dělání zájmových kroužků**.

### VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 3: **Jak matky vnímají poruchu příjmu potravy u svých dcer?**

Oslovené matky komentovaly poruchu příjmu potravy jako něco, co jim velmi ovlivnilo život. Ve dvou případech, matky nahlížely na nemoc jako důsledek **hledání identity** a **zvýšení sebevědomí**. Jedna matka uvedla, že vnímá tuto poruchu hůř než onemocnění typu rakovina, protože z této nemoci se lidé chtějí dostat, zatímco tato porucha je výjimečná tím, že dívka se pro ni rozhodne sama většinou pod nátlakem svého okolí či zatěžující situace. Dvě analyzované matky poukázaly svými výpověďmi, že tato nemoc souvisí s **pocity méněcennosti** a **nedokonalosti** jejich dcer. Všechny tázané matky uvedly, že na rozvoji poruchy, se podílely vlivy ze strany **vrstevníků**, ať už to byla izolace, očekávání či nevhodné chování, které přešlo ve třech případech do **šikany**. Dále všech pět matek vyjádřilo ve svých

výpovědí, že určité osobnostní dispozice jejich dcer taktéž vedly k rozvoji tohoto onemocnění. Ve všech pěti případech zaznělo **nízké sebevědomí**, dále ve třech případech zazněl pak **perfekcionismus** a **introverze**.

Všechny oslovené matky pocíťovaly pocity **bezmoci, strachu** a **zoufalství**. Ve třech případech měly matky pocit **selhání** a že jsou špatnými matky. V odpovědi často zaznívalo, že nevěděly, co mají s dcerami dělat, protože jejich dcery žádnou pomoc od nich přijímat nechtěly a považovaly jejich rady za zbytečné. Ve všech zkoumaných případech byla vyhledaná odborná pomoc, ve kterých matky vnímaly naději. Tři zkoumané matky aktivně spolupracovaly s psychologem, aby dokázaly pomoci svým dcerám, přičemž z toho dvě do teď dochází na terapie, protože měly samy problémy se svým sebepřijetím. Všechny oslovené matky uvedly, že po propuknutí nemoci u své dcery, začaly aktivně hledat informace a začaly číst knihy o této poruše. Po zpětné reflexy se shodovaly, že bylo nutné ustoupit od svého tvrdého jednání s dcerami a bylo potřeba komunikovat s nimi citlivě, to znamenalo hlavně je nenazývat „jsi nemocná“. Nutné bylo jim **porozumět, naslouchat, věnovat** se jim, a hlavně jim **věřit**, že se uzdraví. Důležitá byla **podpora**, která spočívala v tom, že tázané matky se s dcerami snažily trávit, co nejvíce času. Ve dvou případech, matky dokonce opustily práci, aby mohly s dcerami zůstat doma. Ve třech případech, si matky **stěžovaly na hospitalizaci** u svých dcer a všechny tři analyzované matky se shodnuly, že by už nikdy svou dceru nedaly hospitalizovat. Tyto tři matky komentovaly hospitalizaci jako kontraproduktivní a uvítaly by, aby se s nemocnými hospitalizovanými dívkami pracovalo více do hloubky.

#### VÝZKUMNÁ OTÁZKA Č. 4: ***Jak porucha příjmu potravy ovlivnila vztah mezi matkou a dcerou?***

Z výpovědí tázaných dcer i matek vyplynulo, že na počátku nemoci, byly vztahy velmi narušeny. Docházelo k **hádkám** kvůli stravovacím návykům, které vedly ke **kontrole**. Všechny účastnice se shodnuly, že byla narušena **důvěra** a **komunikace** ve vztazích. V průběhu léčby došlo k posunům, které spočívaly v tom, že tázané matky se snažily **porozumět** svým dcerám, a to je vedlo k tomu, že samy vyhledávaly informace, jak se svou dcerou pracovat. Ve třech případech dcery uvedly, že si jsou vědomy svého chování vůči matce, a že je to velmi mrzí a snaží se jim to kompenzovat pomocí různých aktivit. Všechny dvojice matka-dcera uvedly, že se vztahy zlepšily a že jsou charakteristické svou přátelskou atmosférou. Tři oslovené dvojice označily jejich vztahy na úrovni **nejlepších kamarádek**.



## 8 DISKUZE

Cílem teoretické části této práce bylo popsat poruchy příjmu potravy včetně rodinného kontextu. Praktická část se zaměřovala nejen na analýzu vnímání a postojů dívek k jejich diagnostikované poruše příjmu potravy, ale zároveň se zaměřovala na to, jakým způsobem vnímají a prožívají jejich onemocnění jejich matky. Tato práce je delší než běžné standardy bakalářských prací, protože problematika poruchy příjmu potravy je velmi obsáhlá a analýza vnímání poruchy příjmu potravy z pohledu matky a dcery poskytla rozsáhlé informace, které bylo důležité uvést.

V této kapitole si uvedeme srovnání zjištěných výsledků s dosavadními výzkumy. Dále si vymezíme limity a praktickou využitelnost této práce.

### **SROVNÁNÍ S DOSAVADNÍMI VÝZKUMY**

Tento výzkum ukázal, že se u všech zkoumaných dcer na počátku nemoci vyskytovalo nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastní osobou. Dále výzkum ukázal, že u třech tázaných dcer se výrazně objevovalo perfekcionistické chování, na které upozornily ve výpovědi i jejich matky. Výsledky této práce se shodovaly s výsledky výzkumu Pecka a Lightseye (2008), ve kterém se zjistilo, že ženy s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy vykazují vysoký perfekcionismus, extrémní nespokojenost s tělem a velmi nízkou sebeúctu a sebevědomí.

Dále Vohs et al. (2001) prokázali, že perfekcionismus, nízké sebevědomí a nespokojenost s postavou jsou významné faktory, které predikovaly rozvoj bulimické symptomatiky. Toto zjištění se shoduje s případem Evy, která trpěla mentální bulimií. U případu Dominiky a Moniky se vyskytoval zvýšený perfekcionismus a nenávisť k sobě, avšak u těchto dvou respondentek se objevila mentální anorexie, která do bulimické symptomatiky nepřešla.

Verplanken a Tangelder (2011) ve svém výzkumu došli k zjištění, že tělesná nespokojenost je významným prediktorem poruch příjmu potravy a hybatelem vlastní sebeúcty.

Krch (2005) taktéž komentuje, že perfekcionismus, nízké sebevědomí společně s kritickým myšlením týkající se vlastního těla představuje velké riziko pro rozvoj poruchy

příjmu potravy. Všechny jmenované skutečnosti asociují se zjištěnými výsledky tohoto výzkumu.

Další významné zjištění se týkalo vlivu vrstevníků. Všechny tázané dcery uvedly ve výpovědích, že se setkaly s nevhodnými poznámkami na vzhled ze strany svých vrstevníků, které se velmi dotknuly jejich sebevědomí. Dále 3 oslovené dcery včetně jejich matek uvedly, že tyto nemístné poznámky na vzhled a osobnost dcery eskalovaly až do psychické šikany. Šikana u těchto třech dcer je vnímána jako možný prediktor rozvoje poruchy příjmu potravy. Copeland et al. (2015) provedli longitudinální studii, ve které zjistili, že oběti šikany vykazovaly vysoký výskyt anorektických a bulimických symptomů. Šikanované oběti měly dále vysokou prevalenci depresivních a úzkostných symptomů. Tyto zjištění odborníků odpovídají výpovědím Dominiky, Moniky a Beáty, které si šikanou prošly a které také uvedly, že se u nich objevovaly úzkostné a depresivní stavy.

Kocourková (1997) uvádí, že s poruchou příjmu potravy se pojí obsedantní procesy, které se často vyskytují u pacientek s mentální anorexií. V tomto výzkumu se objevila obsedantní symptomatika pouze u jedné tázané dcery, zbytek zkoumaných dívek výskyt obsesí neuvedla, ovšem výskyt depresí a úzkostí potvrdily všechny zúčastněné.

Theiner (2011) zmiňuje výskyt depresí u osob s poruchou příjmu potravy v 60-95 % případů. Dále autor popisuje, že pacientky s mentální bulimií reagují lépe na léčbu antidepresivy, protože jejich depresivní symptomatika se velmi podobá depresivní poruše, zatímco u depresivních pacientek s mentální anorexií je léčba antidepresivy neúčinná, protože výskyt depresí je důsledkem nutriční encefalopatie. Tyto poznatky asociují se zjištěnými výsledky. Zkoumané dcery s mentální anorexií uvedly, že při užívání antidepresiv nepocítovaly ani s odstupem týdnů žádné příznivé změny.

Všechny analyzované dcery uváděly, že nemoc vnímaly jako součást sebe. Popisovaly to jako něco, s čím byly ze začátku v souladu do té doby, než pochopily, jaké destruktivní dopady to pro ně má. Toto zjištění koreluje s názory Koutka a Kocourkové (2014), které poukazují, že z počátku bývá onemocnění v souladu s přáním nemocného, to znamená, že onemocnění je egosyntonní. To se ale po čase může převést do roviny egodystonní, což pro pacientku představuje nutkavý problém, který není schopna svou vůli řídit. Tato problematika se vyskytnula taktéž u všech zkoumaných dcer.

Všechny oslovené matky i dcery komentovaly, že onemocnění velmi narušilo jejich vzájemné vztahy. Vztahy byly charakteristické hádkami, kontrolami, nedůvěrou a podezříváním. Na tuto skutečnost poukazuje i Papežová (2010).

Sim et al. (2009) dodávají, že kromě narůstajících rodinných konfliktů, se rodiče potýkají s většími pocity stresu a depresí. Tyto pocity popsaly všechny tázané matky.

Krch et al. (2005) uvádí, že významnou roli v rozvoji poruchy příjmu potravy hraje rodinné zázemí, které je charakteristické vysokým očekáváním, kritičností rodičů a nedostatkem péče. Toto tvrzení ale s výsledky výzkumu nekoreluje, protože oslovené matky komentovaly svůj přístup k dcerám jako nekritický a nekladly na ně vysoké nároky a ani tázané dcery ve svých výpovědích neuvěděly, že by na ně matky kladly vysoké nároky.

Dvě analyzované matky poznamenaly, že trpěly pocity nedokonalosti a dlouhou dobu nemohly samy sebe přijmout z důvodu nadváhy a nespokojenosti s tělem. Cooley et al. (2008) ve svém výzkumu zjistili, že faktory jako špatné stravování a tělesná nespokojenost matek, měly negativní dopady na chování dcer. Ačkoliv výpovědi dcer v tomto výzkumu přímo nenaznačují, že by matky svými postoji k sobě ovlivňovaly jejich chování, patřičný vliv sebepojetí matek nelze v tomto případě ale ani vyloučit.

Nicholls a Viner (2009) uvedly, že depresivní příznaky matek jsou rizikovým faktorem pro vznik mentální anorexie. Kromě deprese ještě vyšetřovaly i jiné psychické aspekty jako imaginativní zpracování emocí a pocitů. Toto zjištění odpovídá jednomu případu v tomto výzkumu. Jedna oslovená matka uvedla, že se u ní vyskytovala depresivní symptomatika ještě před vznikem mentální anorexie své dcery. Její dcera také popsala, že její matka vykazovala depresivní chování a že jisté kořeny těchto problémů vyplývají z jejího traumatizujícího dětství.

Tři oslovené matky se potýkaly během nemoci své dcery s pocity selhání a viny. Všechny zkoumané matky dále popisovaly, že byly velmi nešťastné a zoufalé ze situace u svých dcer. Hoskins a Lam (2001) při svém bádání popisují stejné reakce matek. Autoři dále poukazují, že poruchu příjmu potravy může být výsledkem generačních konfliktů, protože matky často uváděly konflikty s vlastními matkami, které jim neprojevovaly dostatečnou empatii a péči. Tato zkušenost je motivovala být lepšími matkami, ale zároveň přinášela jisté zmatení a porušení hranic ve vztahu mezi matkou a dcerou. Tyto poznatky částečně asociují se zjištěnými výsledky, protože tři oslovené matky uvedly špatné vztahy se svou matkou. Tyto vztahy je poznamenaly a zároveň motivovaly být lepší matkou.

Výzkum také ve třech případech poukázal na problematické vztahy mezi dcerou a otcem. V jednom případě byl popsán otec jako pasivní a flegmatický a ve dvou případech byl otec charakterizován svou vzteklostí a dominancí. Jmenované popisy otců zmiňuje i Krch et al. (2005) a uvádí, že daná charakteristika může souviset s jídelními problémy dcer. V těchto třech případech byly dále zmíněny i časté konflikty mezi otce a matkou, kterých se dcery zúčastnily.

Papežová (2010) zmiňuje, že chronický nesoulad mezi rodiči se často vyskytuje u pacientů s poruchou příjmu potravy. Jedna oslovená dcera popisovala, že v období její nemoci se vztahy mezi rodiči velmi uklidnily, ale v její remisi se rodiče začali opět hádat, a to jí dle její slov velmi vyčerpávalo a měla tendence jejich rozepře vyřešit.

## **LIMITY PRÁCE**

Za hlavní limity této práce považuji malý výzkumný soubor. Samotné hledání respondentek bylo velmi zdlouhavé a náročné, protože jsem se setkávala s jedním podstatným problémem. Pro tento výzkum bylo nutné, aby se ho zúčastnila dívka s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy a její matka, která měla poskytnout svůj pohled na nemoc své dcery. Problém často spočíval v tom, že se mi dívka sama ozvala na mou inzerci s tím, že se chce výzkumu zúčastnit, ale její matka svou účast nepotvrdila. S tímto problémem jsem se setkala i v opačném případě, kdy matka nabídla svou účast ve výzkumu, ale tato účast nebyla opětována od její dcery. Tímto způsobem jsem přišla o 15 nabídek spolupráce ze strany dívek a 5 nabídek spolupráce ze strany matek. Výzkumu se účastnilo nakonec 5 matek a 5 jejich dcer.

Domnívám se, že pro účely této práce je počet respondentek dostačující, protože primárním účelem bylo prozkoumání individuální zkušenosti dívek s poruchou příjmu potravy a poskytnutí jedinečného pohledu jejich matek na jejich diagnostikované onemocnění. Považuji za nutné ale podotknout, že výsledky této práce nelze rozhodně generalizovat právě kvůli nízkému počtu respondentek, a proto tuto skutečnost považuji za podstatné úskalí této práce.

Dále jsem si vědoma, že jistý rozkol může být v nevyváženém poměru prozkoumaných typech onemocnění. Výzkum zahrnul 3 dívky, které měly diagnostikovanou mentální anorexii a 2 dívky, které měly z počátku mentální anorexii, která postupně přešla do mentální bulimie. Ačkoliv analýza poskytla podobné pohledy na onemocnění, domnívám se, že jisté úskalí práce by mohla být právě nejednotnost v typech

poruchy příjmu potravy. Nyní se domnívám, že by výběr dívek pouze s diagnostikovanou mentální anorexií mohl být pro výzkum vhodnější.

V neposlední řadě bych chtěla zmínit, že jisté limity vnímám v práci s externalizační rozhovorem. Vedení externalizačního rozhovoru pro mě bylo velmi náročné, protože jsem s touto metodou, která se využívá v psychoterapii, neměla žádné zkušenosti. Tato oblast pro mě byla cizí a domnívám se, že kdybych měla větší zkušenosti, mohla jsem získat bohatší data. Na druhou stranu bych chtěla ale dodat, že tato zkušenost pro mě byla velmi obohacující.

## **PRAKTICKÁ VYUŽITELNOST VÝSLEDKŮ PRÁCE**

Výsledky tohoto výzkumu nastínily faktory, které se podílejí na rozvoji poruchy příjmu potravy. Vhled do nemoci, který je v této práci popsán, umožňuje pochopení, jaké emoce a chování se u oslovených dívek a jejich matek vyskytovaly. Za velmi zajímavé zjištění považuji nespokojenost s hospitalizací a vnímám, že v tomto kontextu by se měla výzkumná činnost více zajímat, v čem nespokojenost spočívá a co by se do budoucna mohlo zlepšit, aby pacientky byly spokojené a nedocházelo k relapsům.

Z výsledků výzkumu také vyplývá, že kromě řádné léčby onemocnění dcer, by se měly brát v potaz i emoce a zkušenosti matek. Domnívám se, že je důležité, aby se terapeutická intervence věnovala matkám a umožnila jim se vyprávět ze svých pocitů, protože výzkum ukazuje, že matky zažívaly stavy bezmoci a zoufalství, které v jednom případě vedly k psychickému kolapsu. Z výpovědí dále vyplynulo, že část matek měla problematické vztahy se svými matkami, a to v nich mohlo způsobit řadu zmatení, která se projevovala, jak v jejich psychice, tak i v následné výchově a přístupu ke svým dcerám a k sobě samým. Z problematiky, kterou jsem v této práci zkoumala, vyplývá, že poruchy příjmu potravy nejsou jenom o jídle, ale důvodů vzniku je mnoho a mohou být velmi hluboké a rozsáhlé. Z toho důvodu považuji za patřičné, aby se do procesu léčby nemocné dívky začlenil širší kontext, který by se týkal nejen jejího sebepojetí, ale i rodinných a sociálních vztahů, protože rozpletení konfliktů, které se mohou týkat i mezigenerační roviny, mohou být klíčem k úspěšné léčbě.

V neposlední řadě bych chtěla zmínit, že tato práce byla velkým přínosem pro mou osobní zkušenost. Jmenovala bych hlavně externalizační rozhovor, který jsem si mohla vyzkoušet, a kterému bych se do budoucna chtěla více věnovat a zdokonalovat se v něm, protože po této zkušenosti vnímám, že je to opravdu vhodná psychoterapeutická metoda.

## 9 ZÁVĚR

Na základě analýzy získaných dat můžeme stanovit následující závěry:

- Z výsledku dat oslovených dcer vyplývá, že perfekcionismus, nízké sebevědomí, vliv vrstevníků, šikana a rodinné vlivy jsou hlavními prediktory podílející se na rozvoji poruchy příjmu potravy. Tázané dcery dále uvedly, že poruchu příjmu potravy vnímají jako únik ze složité situace (coping strategii), „pomocníka“ být lepší a dvě dcery označily svou poruchu za pomalou sebevraždu.
- V době, kdy oslovené dcery procházely poruchou příjmu potravy, nejčastěji zažívaly deprese a úzkosti, společně s nadměrnou kontrolou a sebekritičností. Ve dvou případech docházelo k sebepoškozování a jedna dcera se pokusila o sebevraždu. Všechny dcery uvedly, že nemoc byla součástí jejich osobnosti a nechtěly se jí vzdát.
- Tři zkoumané dcery měly špatnou zkušenost s hospitalizací. Nejčastěji si stěžovaly na nedostatečný individuální přístup a neakceptaci vegetariánství.
- Všechny tázané matky popisovaly své pocity během nemoci svých dcer jako zoufalost, beznaděj, smutek, vinu a selhání. U jedné matky došlo k psychickému kolapsu z důvodu nemoci své dcery. Dvě matky na nemoc svých dcer nahlížely jako na hledání identity. Jedna matka uvedla, že poruchu příjmu potravy vnímá jako druh závislosti. Objevil se i názor, že porucha příjmu potravy je komplex méněcennosti.
- Všechny tázané dvojice dcera-matka zažívaly konflikty, hádky, nedorozumění, kontroly a podezřívání během nemoci, avšak v průběhu léčby se vztahy velmi zlepšily, a to díky naslouchání, porozumění, empatii a trávení společného času.
- Hlavním důsledkem této nemoci u dcer bylo sebepřijetí a akceptace sebe sama. Matky uvedly, že důležité pro léčbu je být oporou své dceři a věřit jí, že se vyléčí.
- Z analýzy vyplynulo, že tři tázané matky měly špatné vztahy se svými matkami a tyto vztahy měly zásadní vliv na jejich roli matky a následnou výchovu svých dcer.
- Tři oslovené dcery uvedly, že mezi matkou a otcem probíhaly konflikty a zároveň tyto tři dcery popisovaly vztah s otcem jako problematický.

## 10 SOUHRN

Téma této bakalářské práce bylo zvoleno z důvodu vysokého nárůstu a aktuálnosti poruchy příjmu potravy v této době. Dále jsem zvolila tuto problematiku z osobního zájmu o toto onemocnění. Hlavním účelem této práce bylo prozkoumat, jak dívky s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy vnímají své onemocnění a zároveň bylo cílem probádat, jaké postoje a pocity mají jejich matky k jejich nemoci.

**Teoretická část** této práce je rozdělena na tři základní kapitoly. První kapitola komplexně popisuje diagnostická kritéria, příčiny a důsledky poruchy příjmu potravy. Druhá kapitola se věnuje systému léčby tohoto onemocnění a třetí kapitola vymezuje rodinný kontext.

Porucha příjmu potravy je duševní onemocnění, které je charakteristické tím, že nemocné osoby touží po dokonalé štíhlosti, zkrlesně vnímají své tělo a disponují nadměrným strachem ze ztloustnutí. Rozeznáváme dvě základní onemocnění, kterými jsou mentální anorexie a mentální bulimie. V rámci diagnostiky se setkáváme i s jinými typy poruchy příjmu potravy, například se záchvatovitým přejídáním, ortorexii či bigorexii.

Mentální anorexie je charakteristická odmítáním potravy. Mentální bulimie spočívá v záchvatovém přejídání, po kterém následuje vypuzování potravy pomocí zvracení či užívání léčiv vyvolující průjem. Pacienti s těmito diagnózami mají rozmanité zdravotní a psychické komplikace, které mohou vést v nejhorším případě až ke smrti. Nejčastější zdravotní komplikace je amenorea neboli ztráta menstruace, dále dochází ke kažení zubů, vypadávání vlasů, lámání nehtů, v horších případech k řídnutím kostí, srdečním a gastrointestinálním problémům. Z hlediska psychických problémů se nemocní potýkají nejčastěji s úzkostnými a depresivními stavy, podrážděností, sociální izolací, nadměrnou sebekritičností a v nejtěžších případech dokonce se sebepoškozováním, které může vést k sebevraždě.

Toto onemocnění nejčastěji vzniká v pubertě a nejvíce jim onemocní dívky, ačkoliv v poslední době roste počet nemocných i u mužské populace. Příčin vzniku tohoto onemocnění může být několik. Nejčastěji se udává vliv vrstevníků, osobnostní predispozice jako perfekcionismus, důsledek těžké životní situace, rodinné vlivy a vliv sociokulturních činitelů. Z pravidla se na rozvoji této poruchy podílí více faktorů.

Léčba poruchy příjmu potravy je široká. V těžších případech je nutná hospitalizace pro stabilizování tělesného stavu. K léčbě mohou být užita i psychofarmaka, která se ukázala být vhodnou volbou pro léčbu mentální bulimie. U mentální anorexie je ale účinnost psychofarmak daleko menší. Dále je nutné pracovat s psychikou pacienta a k tomu se používá psychoterapie. U mentální bulimie se primárně používá kognitivně-behaviorální terapie, která má za cíl změnit chování a myšlení jedince. U mentální anorexie se osvědčila rodinná terapie, popřípadě interpersonální terapie, která cílí na interpersonální konflikty. V lehčích případech, u poruchy příjmu potravy je možné využít svépomocné skupiny či svépomocné brožurky, které detailně popisují, co má nemocná osoba dělat.

Z hlediska rodinného kontextu můžeme říct, že správné fungování rodiny je velmi důležité, protože rodičovská výchova se podílí na vytváření identity dítěte. Matka je prvním a zároveň nejbližším člověkem pro své dítě. Velmi záleží, jakým způsobem matka naváže citovou vazbu s dítětem, protože vzájemný vztah mezi matkou a dítětem v ranném období formuje následovné chování dítěte v dospělosti. Matka je prvním člověkem, který přináší jídlo svému dítěti a díky této skutečnosti se objevují názory, že matka může být spojována s poruchou příjmu potravy, a to hlavně, pokud mezi dítětem a matkou je ambivalentní vztah. Ambivalentní vztah vzniká, když nejsou ve vývoji dítěte řádně uspokojovány jeho potřeby ze strany matky. Vzniká tak nejistá vazba, která je spojována se vznikem psychopatologie, kterou je právě například porucha příjmu potravy. V rámci optimálního vývoje dítěte je za ideální považována jistá citová vazba, která podporuje v dítěti psychickou stabilitu a zdravý psychický vývoj. Jistá spojitost s poruchou příjmu potravy se objevuje i v případě, kdy matka nedisponuje zdravým sebevědomím, sama je nespokojená se svým vzhledem a toto chování prezentuje před svou dcerou. Tento fakt může následně způsobit, že dcera začne mít strach z dospívání a bude se ho snažit zbrzdit tím, že začne odmítat jídlo. Matka tímto způsobem nabízejí svým dcerám špatný identifikační model.

V rámci **praktické části** byl realizován kvalitativní výzkum, který mapoval, jak dcery s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy nahlíží na své onemocnění a jakým způsobem vnímají jejich poruchu jejich matky. Cílem bylo zodpovědět následující výzkumné otázky:

- Výzkumná otázka č. 1: *Jak dcery vnímají svou zkušenost s poruchou příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 2: *Jaké jsou důsledky poruchy příjmu potravy pro život dcer?*
- Výzkumná otázka č. 3: *Jak matky vnímají poruchu příjmu potravy u svých dcer?*



- Výzkumná otázka č. 4: *Jak porucha příjmu potravy ovlivnila vztah mezi matkou a dcerou?*

Hlavní metodou získávání dat byly 2 polostrukturované interview, které byly doplněny externalizačními rozhovory. Rozhovor, který byl veden s dcerami, obsahoval 17 otázek. Rozhovor s matkami čítal 18 otázek. Po zodpovězení polostrukturovaných interview u obou skupin respondentek, následovala externalizace, která měla podpořit bohatost dat. Rozhovory byly formou osobního kontaktu.

Výzkumný soubor byl získán metodou samovýběru a metodou sněhové koule prostřednictvím sociálních sítí. Celkový výzkumný soubor byl složen z 5ti matek a z 5ti jejich dcer. Hlavní podmínkou pro výzkumný soubor byla nejen diagnostikována porucha příjmu potravy u oslovených dívek, ale také, aby mezi zkoumanou dcerou a matkou byl dyadický vztah. Sběr dat probíhal v souladu s etickými pravidly.

Získaná data byla analyzována pomocí interpretativní fenomenologické analýzy, která pracuje s tzv. dvojitou hermeneutikou. Po získání dat docházelo k opakovanému pročitání transkripce rozhovorů, které vedly k zachycení kategorií a kódů. Následně se objevovaly témata, která vedla k hledání vzorců mezi jednotlivými rozhovory a která umožňovala následnou interpretaci zjištěného a zodpovězení výzkumných otázek. Analýza dat se opírala o následující oblasti:

- zkušenost dcery s poruchou příjmu potravy,
- důsledky poruchy příjmu potravy pro dceru,
- vztah dcera-matka,
- externalizační rozhovor dcery,
- pohled matky na poruchu příjmu potravy,
- vztah matka-dcera a
- externalizační rozhovor matky.

Nejdříve se uvedla deskripce dat dcery a poté přehled kategorií, kódování a výňatků z rozhovorů dcery v přehledných tabulkách. Stejným způsobem se data zpracovala i u její matky. Takto byla analyzovaná každá dyadická dvojice dcera-matka. Tento postup umožnil sumarizaci zjištěných dat a zodpovězení výzkumných otázek.

Z výsledku dat oslovených dcer vyplývá, že perfekcionismus, nízké sebevědomí, vliv vrstevníků, šikana a rodinné vlivy jsou hlavními prediktory podílející se na rozvoji poruchy příjmu potravy. Dále dcery uvedly, že své onemocnění vnímají jako možnost být lepší anebo

uniknout z komplikované situace a v neposlední řadě dvě tázané dcery uvedly, že se jedná o pomalou sebevraždu. V průběhu nemoci nejčastěji oslovené dcery uváděly, že se u nich objevovaly deprese, úzkosti, sebekritičnost, sebekontrola, sebepoškozování a v jednom případě došlo k i pokusu o sebevraždu. Všechny analyzované dcery také uvedly, že onemocnění v počátcích vnímaly jako součást sebe, kterého se nechtěly vzdát. Zajímavé zjištění se týkalo nespokojenosti s hospitalizací u tří oslovených dcer a všechny zkoumané dcery uvedly, že očekávaná odborná pomoc nenaplnila jejich představy.

Všechny tázané matky se shodovaly v popisu svých pocitů během nemoci dcer. Uváděly zoufalost, beznaděj, smutek, vinu a selhání. U jedné matky došlo k psychickému kolapsu. Dvě matky na nemoc svých dcer nahlížely jako na hledání identity. Objevil se i názor, že porucha příjmu potravy je druh závislosti a komplex méněcennosti.

Všechny zkoumané dvojice dcera-matka komentovaly vzájemné vztahy jako konfliktní, plné hádek, nedorozumění, kontroly a podezřívání během průběhu nemoci, ale v průběhu léčby poruchy příjmu potravy se vztahy velmi zlepšily, a to díky vzájemnému naslouchání, porozumění, empatii a trávení společného času. Za hlavní důsledek nemoci u dcer můžeme považovat sebezpřijetí.

Výsledky analýzy ukazovaly, že tři tázané matky měly špatné vztahy se svými matkami a tyto vztahy měly zásadní vliv na jejich roli matky. Ve třech případech se objevily konflikty mezi otcem a matkou. Tři oslovené dcery popisovaly vztah s otcem jako komplikovaný.

Ačkoliv malý výzkumný soubor neumožňuje výsledky generalizovat, věřím, že výpovědi těchto pět dyadických dvojic přispěly k lepšímu vhledu do nemoci a k porozumění, s jakými těžkostmi se matky a jejich dcery během nemoci potýkaly. Dále se domnívám, že tato práce nastínila tři témata, které by mohly být do budoucna předmětem dalších zkoumání. Jsou jimi:

- nespokojenost s hospitalizací,
- mezigenerační konflikty mezi matkou a babičkou, které mohou mít dopady na dceřino patologické chování a
- vliv rodičovských konfliktů na rozvoj poruchy příjmu potravy.

Věřím, že rozšíření výzkumné činnosti o tyto témata by mohlo přinést zajímavá zjištění.

# LITERATURA

1. Arcelus, J., Witcomb, G. L., & Mitchell, A. (2013). Prevalence of Eating Disorders amongst Dancers. *A Systemic Review and Meta-Analysis. European Eating Disorders Review*, 22(2), 92–101. doi:10.1002/erv.2271
2. Bachar, E. (1998). The Contributions of Self psychology to the treatment of Anorexia and Bulimia. *American Journal of Psychotherapy*, 52(2), 147-165. Získáno 20. října 2019 z <https://www.iaed.org.il/wp/wp-content/uploads/The-contributions-of-self-psychology-to-the-treatment-of-anorexia-and-bulimia-1.pdf>
3. Bratman, S. (2000). *Health food junkies: overcoming the obsession with healthful eating*. New York: Broadway Books.
4. Bell, R. M. (1985). *Holy anorexia*. Chicago: University of Chicago Press.
5. Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál.
6. Campos, L. K. S., Sampaio, A. B. R. F., Garcia Junior, C., Magdaleno Junior, R., Battistoni, M. M. de M., & Turato, E. R. (2012). Psychological characteristics of mothers of patients with anorexia nervosa: implications for treatment and prognosis. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 34(1), 13–18. doi:10.1590/s2237-60892012000100004
7. Cerniglia, L., Cimino, S., Tafà, M., Marzilli, E., Ballarotto, G., & Bracaglia, F. (2017). Family profiles in eating disorders: family functioning and psychopathology. *Psychology Research and Behavior Management, Volume 10*, 305–312. doi:10.2147/prbm.s145463
8. Cloud, H., & Townsend, J. S. (2000). *Prosím tě, mami: jak nás ovlivnily naše matky*. Praha: Návrat domů.
9. Cooley, E., Toray, T., Wang, M. C., & Valdez, N. N. (2008). Maternal effects on daughters' eating pathology and body image. *Eating Behaviors*, 9(1), 52–61. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.03.001
10. Cooper, P. J. (2014). *Bulimie a záchvatovitě přejídání: jak je překonat*. Praha: Portál.
11. Copeland, W. E., Bulik, C. M., Zucker, N., Wolke, D., Lereya, S. T., & Costello, E. J. (2015). Does childhood bullying predict eating disorder symptoms? A prospective, longitudinal analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 48(8), 1141–1149. doi:10.1002/eat.22459
12. Davis, H., & Attia, E. (2017). Pharmacotherapy of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 452–457. doi:10.1097/ycp.0000000000000358
13. Deth, R., & Vandereycken, W. (2005). Historie poruch příjmu potravy. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy (2. vyd.)* (27-34). Praha: Grada Publishing.
14. Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada.
15. Fairburn, C. G. (1997). Risk Factors for Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509. doi:10.1001/archpsyc.1997.01830180015003
16. Faltus, F. (2005). Farmakoterapie poruch příjmu potravy. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy (2. vyd.)* (151-158). Praha: Grada Publishing.

17. Faltus, F. (2010). Historie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (20-24). Praha: Grada Publishing.
18. Garner, D., Vitousek, K. & Pike, K. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia* (94-144). Získané 21. října 2019 z [https://www.researchgate.net/publication/284061431\\_Handbook\\_of\\_Psychotherapy\\_for\\_Anorexia\\_Nervosa\\_and\\_Bulimia](https://www.researchgate.net/publication/284061431_Handbook_of_Psychotherapy_for_Anorexia_Nervosa_and_Bulimia)
19. Garner, D. (2005). Přehled léčby poruchy příjmu potravy. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy (2. vyd.)* (123-132). Praha: Grada Publishing.
20. Gjuričová, Š., & Kubička, J. (2009). *Rodinná terapie: systemické a narativní přístupy* (2. vyd). Praha: Grada Publishing.
21. Greenspan, G. (1984). The Evaluation and Treatment of a Patient with Anorexia Nervosa. *Jefferson Journal of Psychiatry, Volume 2*, 2-10. Získáno 2. listopadu 2019 z <http://jdc.jefferson.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1067&context=jeffjpsychiatry>
22. Habermas, T. (2015). History of Anorexia Nervosa. *The Wiley Handbook of Eating Disorders*, 11–24. doi:10.1002/9781118574089.ch2
23. Hartl, P., & Hartlová, H. (2015). *Velký psychologický slovník*. Praha: Portál.
24. Hašto, J. (2005). *Vztahová väzba: ku koreňom lásky a úzkosti*. Trenčín: Vydavateľstvo F.
25. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
26. Hoek, H. W. (2016). Review of the worldwide epidemiology of eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 29(6), 336–339. doi:10.1097/ycp.0000000000000282
27. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J., & Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
28. Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Univerzita Karlova v Praze, nakladatelství Karolinum.
29. Humphrey, L. L. (1986). Family relations in bulimic-anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 223–232. doi:10.1002/1098-108x(198602)5:2<223::aid-eat2260050204>3.0.co;2-u
30. Hoskin, L. M., & Lam, E. (2001). The Impact of Daughters' Eating Disorders on Mothers' Sense of Self: Contextualizing Mothering Experiences. *Canadian Journal of Counselling*, 35(2), 158-175. Získané 29. října 2019 z <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ629089.pdf>
31. Jedlička, R. (2017). *Psychický vývoj dítěte a výchova: jak porozumět socializačním obtížím*. Praha: Grada Publishing.
32. Kocourková, J. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
33. Kolařík, M. (2010). Zkušenost s použitím externalizace při práci s poruchami příjmu potravy. *E-psychologie*, 4(3), 70-77. Získané 10. ledna 2020 z <https://e-psycholog.eu/pdf/kolarik.pdf>

34. Newman, S. (únor, 2013). *How Close is Too Close in Mother-Daughter Relationships?* Získáno z <https://www.psychologytoday.com/us/blog/singletons/201302/how-close-is-too-close-in-mother-daughter-relationships>
35. Koutek J. (2000). Poruchy příjmu potravy. In V. Hort, M. Hrdlička, J. Kocourková & E. Malá, *Dětská a adolescentní psychiatrie* (263-284). Praha: Portál.
36. Koutek, J., & Kocourková, J. (2003). *Sebevražedné chování: současné poznatky o suicidalitě a její specifika u dětí a dospívajících*. Praha: Portál.
37. Koutek, J., & Kocourková, J. (2014). Poruchy příjmu potravy – spolupráce psychiatra s pediatrem a gynekologem. *Pediatric pro praxi*, 15(4), 213-215. Získané 2. listopadu 2019 z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2014/04/08.pdf>
38. Kratochvíl, S. (1997). *Základy psychoterapie*. Praha: Portál.
39. Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
40. Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. (2. vyd.). Praha: Grada Publishing.
41. Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.
42. Levine, R. L. (1992). Fluoxetine in the Treatment of Bulimia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 49(2), 139-147. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820020059008
43. Lumsden, B. (1994). *Understanding Eating Disorders: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, and Obesity*. Texas: University of North Texas.
44. Mantilla, F. E., Clinton, D., & Birgegård, A. (2018). The unsafe haven: Eating disorders as attachment relationships. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. doi:10.1111/papt.12184
45. Meisnerová, E. (2013). Poruchy příjmu potravy z pohledu internisty. *Interní medicína pro praxi*, 15(8-9), 266-268. Získané 10. října 2019 z <https://www.internimedicina.cz/pdfs/int/2013/08/08.pdf>
46. Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change*. New York: The Guilford Press.
47. Miniati, M., Callari, A., Maglio, A., & Calugi, S. (2018). Interpersonal psychotherapy for eating disorders: current perspectives. *Psychology Research and Behavior Management*, Volume 11, 353–369. doi:10.2147/prbm.s120584
48. Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
49. Mioviský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
50. MKN-10: *mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize: obsahová aktualizace k 1.1.2018*. (2018). Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.
51. Mosley, P. E. (2009). Bigorexia: bodybuilding and muscle dysmorphia. *European Eating Disorders Review*, 17(3), 191–198. doi:10.1002/erv.897

52. Mumford, D. (1995). From fasting saints to anorexic girls. In W. Vandereycken, & R. Deth, (1994). *European Eating Disorders Review*, 3(2), 123–124. doi:10.1002/erv.2400030212
53. Murphy, R., Straebler, S., Basden, S., Cooper, Z., & Fairburn, C. G. (2012). Interpersonal Psychotherapy for Eating Disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 19(2), 150–158. doi:10.1002/cpp.1780
54. Nicholls, D., & Lask, B. (2005). Poruchy příjmu potravy v dětství a rané dospělosti. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy (2. vyd.)* (113–122). Praha: Grada Publishing.
55. Nicholls, D., & Viner, R. M. (2009). Childhood risk factors for lifetime anorexia nervosa by age 30 years in a national birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 48, 791–799. doi: 10.1097/CHI.0b013e3181ab8b75
56. Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM.
57. Nývltová, V. (2008). *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského.
58. Ocisková M., & Práško J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada Publishing.
59. Papežová, H. (Ed.). (2010c). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada Publishing.
60. Papežová, H., & Novotná, P. (2010). Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (288–306). Praha: Grada Publishing.
61. Pálová, S., & Charvát, J. (2010). Kardiovaskulární komplikace. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (170–178). Praha: Grada Publishing.
62. Pařízek, A., Papežová, H., & Uhlíková, P. (2010). Poruchy příjmu potravy a ženský reprodukční systém. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (211–222). Praha: Grada Publishing.
63. Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (36–49). Praha: Grada Publishing.
64. Peck, L. D., & Lightsey, O. R. (2008). The Eating Disorders Continuum, Self-Esteem, and Perfectionism. *Journal of Counseling & Development*, 86(2), 184–192. doi:10.1002/j.1556-6678.2008.tb00496.x
65. Poncet-Bonissol, Y. (2012). *O matkách a dcerách*. Praha: Portál.
66. Procházková, L., & Sladká-Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta.
67. Praško, J., Grambal, A., Šlepecký, M., & Vyskočilová, J. (2019). *Obsedantně-kompulzivní porucha*. Praha: Grada Publishing.
68. Pugnerová M., & Kvintová J. (2016). *Přehled poruch psychického vývoje*. Praha: Grada Publishing.

69. Rahn, E. (2000). *Psychiatrie: učebnice pro studium a praxi*. Praha: Grada Publishing.
70. Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (Eds.). (2015). *DSM-5: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
71. Rufo, M. (2009). *Puť mě, ale neopouštěj*. Praha: Portál.
72. Kostínková, K. J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In T. Řiháček, I. Čermák & R. Hytych, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy* (9-43). Brno: Masarykova univerzita.
73. Satirová, V., & Baldwin, M. (2012). *Terapie rodiny krok za krokem podle Virginie Satirové*. Praha: Portál.
74. Sands, S. H. (2015). Eating Disorder Treatment as a Process of Mind–Body Integration: Special Challenges for Women. *Clinical Social Work Journal*, 44(1), 27–37. doi:10.1007/s10615-015-0540-7
75. Siegel, D. J. (2012). *Developing Mind. How relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are*. New York, London: Guilford Press.
76. Sim, L. A., Homme, J. H., Lteif, A. N., Vande Voort, J. L., Schak, K. M., and Ellingson, J. (2009). Family functioning and maternal distress in adolescent girls with anorexia nervosa. *Int. J. Eat. Disord.* 42, 531–539. doi: 10.1002/eat.20654
77. Sládková I., & Vybíral, Z. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *E-psychologie*, 2(4), 13-23. Získané 24. listopadu 2019 z <http://www.e-psycholog.eu/clanek/34>
78. Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
79. Soukup, J. (2010). Motivační rozhovory a odvozené postupy u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (327-339). Praha: Grada Publishing.
80. Steiner, H., Sanders, M., & Ryst, E. (1995). Precursors and risk factors of juvenile eating disorders. In H. C. Steinhausen (Ed.), *Eating Disorders in Adolescence*. (95-125). New York: Walter de Gruyter.
81. Strauss, J. F., & Barbieri, R. L. (2009). *Yen and Jaffe's reproductive endocrinology: physiology, pathophysiology, and clinical management* (6th ed). Philadelphia, PA: Saunders/Elsevier.
82. Strumia, R. (2013). Eating disorder and the skin. *Clinics in dermatology*, 31, 80-85. Získané 2. října 2019 z [https://www.cidjournal.com/article/S0738-081X\(11\)00337-3/pdf](https://www.cidjournal.com/article/S0738-081X(11)00337-3/pdf)
83. Theiner, P. (2011). Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 12(3), 105-107. Získané 3. března 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>
84. Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Praha: Portál.
85. Tomanová, J., & Papežová, H. (2010). Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (351-358). Praha: Grada Publishing.

86. Trapková, L, & Chvála, V. (2017). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.
87. Troisi, A., Massaroni, P., & Cuzzolaro, M. (2005). Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, 44(1), 89–97. doi:10.1348/014466504x20053
88. Vágnerová, M. (1999). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
89. Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie: dětství a dospívání* (2. vyd.). Praha: Karolinum.
90. Vágnerová, M. (2014). *Současná psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
91. Verplanken, B., & Tangelder, Y. (2011). No body is perfect: The significance of habitual negative thinking about appearance for body dissatisfaction, eating disorder propensity, self-esteem and snacking. *Psychology & Health*, 26(6), 685–701. doi:10.1080/08870441003763246
92. Vohs, K. D., Voelz, Z. R., Pettit, J. W., Bardone, A. M., Katz, J., Abramson, L. Y., Joiner, T. E. (2001). Perfectionism, Body Dissatisfaction, And Self-esteem: An Interactive Model of Bulimic Symptom Development. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 20(4), 476–497. doi:10.1521/jscp.20.4.476.22397
93. Willing, C. (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology* (2nd ed.). Získáno 12. února 2020 z <https://ocw.upj.ac.id/files/Textbook-PSI-308-Introducing-Qualitative-Research-in-Psychology.pdf>
94. Yamamotová, A. (2010). Neurofyzologie stresu a bolesti u pacientek s poruchou příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup* (74-88). Praha: Grada Publishing.



# PŘÍLOHY

## **Seznam příloh:**

1. Informovaný souhlas
2. Abstrakt v českém jazyce
3. Abstrakt v anglickém jazyce

**INFORMOVANÝ SOUHLAS S VYUŽITÍM VÝZKUMNÉHO ROZHOVORU DO  
BAKALÁŘSKÉ PRÁCE NA TÉMA:**

**„Porucha příjmu potravy z pohledu matky a její dcery“**

Cílem rozhovoru je zaznamenat průběh, zkušenosti, porozumění a pocity u poruchy příjmu potravy z pohledu matky a její dcery, která si onemocněním prošla, popřípadě prochází. Svým podpisem souhlasíte s poskytnutím rozhovoru ve formě audio nahrávky, který následně bude přepsán a použit pro účely bakalářské práce, popřípadě pro odborné sdělení na akademické půdě.

Vzhledem k citlivosti zkoumané problematiky je důraz kladen na etické otázky tak, aby byly v souladu se zásadami kvalitativního výzkumu. Tyto zásady se týkají:

1. Anonymity účastníků – v prepisech rozhovorů nebudou užívána pravá jména informujících ani žádné osobní údaje, které by mohly vést k identifikaci.
2. Mlčenlivosti výzkumnice ve vztahu k osobním údajům o účastnících výzkumu.
3. Vaše účast je dobrovolná – jako účastnice máte právo neodpovědět na otázku, a také máte právo odstoupit od výzkumné aktivity, přičemž výstup z tohoto projektu pro Vás nebude mít negativní důsledky.
4. Po přepsání rozhovorů dojde k autorizaci textu a budete mít možnost se vyjádřit k uvedeným údajům a tyto údaje pozměnit.
5. V případě dotazu týkající se tohoto výzkumu se můžete obrátit na hlavní řešitelku, Nicolu Ponomarevovou (nicolponomarevova@seznam.cz).

Dle aktuálních platných pravidel GDPR uděluji souhlas s účastí v uvedeném výzkumném projektu a s poskytnutím výzkumného rozhovoru. Dále potvrzuji, že jsem byla seznámena se svými právy a povinnostmi ze strany výzkumnice.

Jméno a příjmení účastnice výzkumu: \_\_\_\_\_

Podpis: \_\_\_\_\_

Jméno a příjmení výzkumnice: Nicola Ponomarevová

Podpis: \_\_\_\_\_

V \_\_\_\_\_

dne \_\_\_\_\_

## ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

**Název práce:** Porucha příjmu potravy z pohledu matky a její dcery

**Autor práce:** Nicola Ponomarevová

**Vedoucí práce:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

**Počet stran:** 113

**Počet znaků:** 229 659

**Počet titulů použité literatury:** 94

**Abstrakt:** Cílem této práce bylo zpracovat, jak dívky s poruchou příjmu potravy vnímají své onemocnění a jaké postoje k jejich nemoci mají jejich matky. Teoretická část vymezuje poruchy příjmu potravy a rodinný kontext zaměřený na vazby mezi matkou a dcerou včetně přítomnosti poruchy příjmu potravy. Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, který za pomoci polostrukturovaných a externalizačních rozhovorů mapuje jednotlivé aspekty nemoci dcer. Dále tyto metody zjišťují jednotlivé postoje a pocity jejich matek během nemoci svých dcer. Pro analýzu získaných dat byla využita interpretativní fenomenologická analýza. Výzkumu se účastnilo 5 matek a 5 jejich dcer s poruchou příjmu potravy. Z výsledků vyplývá, že dcery uváděly za počátek nemoci nízké sebevědomí, šikanu, vliv vrstevníků a osobní predispozice. Dále uvedly, že poruchu příjmu potravy vnímaly jako únik z problémů, kompenzaci či pomalou sebevraždu. Z výsledků matek vyplývají negativní emoce jako bezmoc a zoufalství, které pociťovaly během nemoci svých dcer. Dále výsledky poukázaly na problematické vztahy mezi matkou a dcerou během nemoci, které se ale v průběhu léčby velmi zlepšily díky vzájemnému porozumění a empatii.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, matka, dcera, interpretativní fenomenologická analýza

## **ABSTRACT OF THESIS**

**Title:** Eating disorder of the view of mother and her daughter

**Author:** Nicola Ponomarevová

**Supervisor:** MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

**Number of pages:** 113

**Number of characters:** 229 659

**Number of references:** 94

**Abstract:** The topic of this work was to work out how girls with eating disorders, perceive their illness and what attitudes to their illness their mothers have. The theoretical part describes eating disorders and the family context, focusing on the relationship between mother and daughter with the presence of eating disorders. The practical part is focused on the research, which with the help of semi-structured and externalization interviews, charts the individual aspects of the daughter's disease. Furthermore, these methods determine the individual attitudes and feelings of their mothers during the illness of their daughters. To analyze the obtained data was used the interpretative phenomenological analysis. Five mothers and five of their daughters with eating disorders participated in the research. As a result, daughters reported low self-esteem, bullying, peer influence and personal predisposition as the triggering point of the disease. They also stated that they lived the eating disorder as an escape from problems, compensation or slow suicide. The results of the mothers show negative emotions such as helplessness and despair, which they felt during the illness of their daughters. Furthermore, the results point out very problematic relationships between mother and daughter during the illness, which greatly improved during the treatment due to mutual understanding and empathy.

**Keywords:** eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, mother, daughter, interpretative phenomenological analysis