

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

**INTIMNÍ VZTAHY DÍVEK
S PORUCHAMI PŘÍJMU POTRAVY**

Intimate Relationships of Girls with Eating Disorders



Bakalářská diplomová práce

Autor: Simona Hájková
Vedoucí práce: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, Ph.D.

Olomouc
2019

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Intimní vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce MUDr. PhDr. Miroslava Orla, Ph.D. a uvedla jsem veškeré použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu práce MUDr. PhDr. Miroslavu Orlovi, Ph.D., za jeho laskavé a pečlivé vedení a cenné rady při zpracování. Velký dík patří také všem mým respondentkám, které byly ochotné se mnou spolupracovat a sdílet citlivé informace. A v neposlední řadě mému partnerovi, rodině a nejbližším přátelům, kteří se mnou sdíleli radosti i strasti při psaní bakalářské diplomové práce.

Motto

„Láska je tou obrovskou sjednocující silou, která žene dva lidi přes všechny překážky k sobě. Dnes vím, že tak jako potkáváme v lásce toho druhého, potkáváme v ní i sami sebe. Ve všech překážkách, které nám láska klade, se odhalujeme sami sobě. Když se zraňujeme a utváříme láskou, a když se lásce otvíráme, stáváme se stále pokornější a schopnější štěstí a připravujeme se na to, abychom mohli přijmout lásku v celé její nádheře.“

(Corneau, 2013, s. 12).

Obsah

ÚVOD	1
TEORETICKÁ ČÁST	3
1 Poruchy příjmu potravy	3
1.1 Historie poruch příjmu potravy	5
1.2 Klasifikace poruch příjmu potravy	7
1.2.1 Mentální anorexie.....	8
1.2.2 Mentální bulimie.....	11
1.2.3 Psychogenní přejídání	13
1.2.4 Atypické formy poruch příjmu potravy	14
1.3 Epidemiologie poruch příjmu potravy	15
1.4 Etiologie poruch příjmu potravy.....	16
1.4.1 Sociální a kulturní faktory.....	17
1.4.2 Biologické faktory	19
1.4.3 Životní události	20
1.4.4 Rodinné faktory	20
1.4.5 Emocionální a psychické faktory.....	21
1.5 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy	22
1.6 Léčba poruch příjmu potravy	23
2 Intimita	27
2.1 Láska	29
2.2 Sexualita.....	30
2.3 Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy	33
3 Vztahová oblast	36
3.1 Partnerské vztahy	36
3.2 Rodinné vztahy	37
3.3 Teorie rodiny	40
3.4 Mateřský, otcovský a sourozenecký komplex.....	44
3.5 Attachment	47
3.6 Rodiny dívek s poruchou příjmu potravy.....	49
3.7 Sourozenecké a vrstevnické vztahy	50
PRAKTICKÁ ČÁST.....	53

4	Výzkumný problém a cíle výzkumu.....	53
5	Výzkumné otázky.....	54
6	Metodika.....	55
6.1	Typ výzkumu.....	55
6.2	Výzkumný soubor.....	56
6.3	Metody získávání dat.....	58
6.4	Metody zpracování a analýzy dat.....	60
6.5	Etická problematika.....	62
7	Výsledky.....	63
7.1	Otevřené kódování.....	63
7.2	Axiální kódování.....	82
7.3	Selektivní kódování.....	88
8	Shrnutí a interpretace získaných dat.....	90
9	Diskuze.....	92
10	Závěry.....	97
11	Souhrn.....	99
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	103

ÚVOD

V bakalářské práci se věnuji individuálnímu vnímání a prožívání intimity v životě dívek s poruchou příjmu potravy. Poruchy příjmu potravy představují ve 21. století v oblasti psychologie, psychiatrie i celkového povědomí společnosti aktuální téma, kterému je třeba věnovat pozornost. Vzhledem k popularizaci daného téma je možné se setkat s obrazem člověka, který trpí mentální anorexií, například v médiích nebo je možné se s touto poruchou setkat i u někoho ve svém okolí. Nízká hmotnost, vyhubavé chování, silná sebekritičnost a excesivní cvičení jsou pouze viditelnými znaky této nemoci, pomyslnou špičkou ledovce.

Toto však není jediná podoba poruch příjmu potravy. U dívek s mentální bulimií může být prognóza vyléčení překvapivě horší, protože jejich obtíže nebývají na první pohled zřejmé a často se jim daří s touto poruchou relativně normálně fungovat i několik let, aniž by měly výraznou podváhu a tím přitahovaly pozornost okolí. To však mentální bulimii nestaví do pozice méně nebezpečné poruchy.

Navzdory tomu, že tyto poruchy se nevyhýbají ani chlapcům, jedná se převážně o dívčí onemocnění a všechny mé respondentky jsou ženského pohlaví, proto jsem se rozhodla používat v bakalářské práci ženský rod.

Často jsem konfrontována s názorem, že hlavním důvodem masivního rozšíření těchto poruch v moderní společnosti je falešný obraz žen vyobrazený v médiích, jejichž křivky, dříve tak typické jako hlavní symbol atraktivity u žen, jsou nyní kritizovány a maskovány. Apel na výkon, perfekcionismus a konzumní způsob života dle mého názoru zahnal dnešní ženu do slepé uličky. Očekává se, že bude kompetentní zvládat požadavky pracovního světa a zároveň zůstane dostatečně něžná, milá a klidná, jak bývá u dívek zvykem. Není náhodou, že se tato onemocnění objevují nejčastěji ve věku, kdy by mělo docházet k postupné individuaci dívky z původního sociálního prostředí směrem k vlastní autonomii a vytváření nových vztahů mimo rodinu. Z psychosomatického hlediska jsou mentální anorexie a bulimie nástrojem, jak vyjádřit beze slov odmítnutí tohoto důležitého vývojového stupně a regresi k bezpečnému dětskému světu. Tento

postoj negace samostatnosti však není svébytný, nýbrž závislý na těch, kteří na těchto negacích ztroskotávají. Domnívám se, že by se v obsahu sdělení práce mohla najít i určitá podobnost s jinými psychickými poruchami. Osobně vnímám poruchy příjmu potravy, stejně jako například v případě sebepoškozování nebo škodlivého užívání návykových látek, jako neverbalizovaný výkřik dívky o pomoc a somatizaci nezvládnutého psychického konfliktu.

Dané téma práce jsem si zvolila, poněvadž jsem měla s poruchou příjmu potravy dlouholetou zkušenost a nevyhnula se ani mým nejbližším kamarádkám. Navíc již rok a půl spolupracuji s centrem Anabell, z.s. a jsem v kontaktu s klientkami, které se rozhodly podělit se se svým životním příběhem do připravované publikace. Jsem přesvědčená, že tato nemoc, která narušuje sebeobraz, sebevědomí a celkové prožívání vlastního těla a emocí, může mít i dalekosáhlý dopad do oblasti intimních vztahů. Rozhodla jsem se prozkoumat, jak vůbec dívky, které se potýkají s poruchou příjmu potravy, intimitu vnímají, jaké má v jejich životě místo. Dále jsem se soustředila na oblast vztahů. Byla jsem zvědavá, jaké je rodinné zázemí dívek, chtěla jsem se dopátrat toho, jaké vztahy mají tyto dívky s rodiči, jak si vedou v partnerských vztazích a neméně důležitá pro mě byla oblast vrstevnických vztahů. Zajímavé také bylo zkoumat, jak jejich nemoc ovlivnila prožívání vztahů uvnitř rodiny a s partnerem a jak se modely zažité z původní rodiny otiskly do jejich dalších vztahů.

Jsem velmi vděčná za to, že se mi tyto dívky rozhodly svěřit. Věřím, že to na jednu stranu muselo být velmi náročné odhalit se ve své podstatě, ale byly překvapivě velmi sdílné a otevřené. Bez nich by tato práce nemohla vzniknout.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické.

Cílem teoretické části je seznámit s tématem poruch příjmu potravy, intimity a teorií rodiny a tyto témata zkoumám také ve vzájemném vztahu.

Cílem praktické části je pomocí polostrukturovaných rozhovorů zjistit názory respondentek trpících poruchou příjmu potravy na intimitu, jaké bylo jejich rodinné zázemí, rozvoj intimních vztahů a jak se na tom podílela jejich porucha. Je využito metod kvalitativní analýzy dat, konkrétně zakotvené teorie.

TEORETICKÁ ČÁST

1 Poruchy příjmu potravy

V následující kapitole se budu věnovat vymezení problematiky poruch příjmu potravy, její historii, klasifikaci jednotlivých typů poruch příjmu potravy, epidemiologii, etiologii, diferenciální diagnostice a jejich léčbě.

První starostí a potřebou člověka odedávna byl **obživný pud** – nasycení. Jídlo je nenahraditelným zdrojem živin a také jednou z podmínek somatického a psychického zdraví. Nedostatek energie a živin může způsobit závažná onemocnění a změny v chuti k jídlu mohou signalizovat rozvoj somatických a mentálních obtíží. V průběhu života získává jídlo individuální psychický i sociální význam. Může představovat způsob komunikace, odměnu, únik ze samoty, atd. Odlišit v této problematice hranice mezi normou a patologií je velmi obtížné (Krch, 1999).

„Příjem potravy je zajištěn vrozenými mechanismy, jeho konkrétní podoba však může být dále modifikována psychickými a sociálními vlivy. Příjem potravy pak plní funkci zachování biologické existence jedince, může též sehrávat jistou roli v jeho psychickém životě (konzumace jídla může vést ke snižování jeho úzkosti), může být i odrazem jeho sociálního prostředí (definice tělesného ideálu krásna, druhy potravin, které jsou preferovány jistými společenskými vrstvami)“ (Kliment, 2013, s. 50).

Podle Vágnerové (2012) jsou poruchy příjmu potravy typické patologickou **změnou postoje** k vlastnímu tělu, narušeným **vztahem k jídlu** a **zkresleným vnímáním** vlastního těla. Tento psychický obraz vlastního těla bývá zkreslen emocemi, obavami nebo přáními. Důležitou vlastností postoje k tělu je rigidita, tedy neschopnost přizpůsobit se změnám. Jakákoliv změna tvaru těla může být vnímána tragicky. Způsob, jakým dívka reaguje na tyto změny, souvisí s jejími představami o tom, jak by mělo dospělé tělo vypadat. Pokud se vyvíjí jinak, než by si přála, přichází stud a diety. Dívka se brání typickým ženským tvarům a snaží se jich zbavit.

Poruchy příjmu potravy představují jedno z nejčastějších a nejzávažnějších psychických onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Nezvyklé jídelní postoje lidí trpících poruchou příjmu potravy se často příliš nevymykají postojům jejich referenční skupiny a v určitém smyslu jim poskytují uspokojení. Poruchy příjmu potravy jsou ale nesmírným zásahem do fyziologie organismu a představují zátěž nejen pro postiženého, ale i jeho sociální okolí. Některé příznaky mentální anorexie se objevují až u 6 % dívek na konci puberty. Často se ale nedokážou dlouhodobě přizpůsobit sníženému energetickému příjmu a tak se začnou přejídat. Nevhodné jídelní návyky, strach z tloušťky či nadměrná kontrola tělesné hmotnosti jsou velmi aktuálním problémem dospělých mužů i žen (Krch, 1999).

Deset mužů na jednu ženu je přibližný poměr prevalence u poruch příjmu potravy, který uvádí klinická populace (American Psychiatric Association, 2013).

Říčan a kol. (1997) řadí poruchy příjmu potravy mezi **psychosomatická onemocnění**. Jedná se o nemoci, kdy duševní vlivy mají velký podíl na vyvolání poruchy, která se projevuje hlavně v oblasti tělesných funkcí a struktur. Jedna z hypotéz tvrdí, že psychosomatická onemocnění vznikají z neodžitých emocí. Silný dlouhotrvající emoční stres působí na stav a vývoj osobnosti prožitkovou stránkou.

Hort & Hrdlička (2008) se shodují v tom, že poruchy příjmu potravy jsou **závažným duševním onemocněním**, které způsobuje změny jak v psychické, tak somatické oblasti. Je zajímavé, že na rozdíl od šedesátých a sedmdesátých let, kdy se hodně mluvilo o mentální anorexii, od osmdesátých let se začalo mnohem více mluvit o diagnóze mentální bulimie. Mentální bulimie se objevuje až v 10. revizi MKN.

Tyto dvě poruchy běžně přecházejí jedna v druhou, rozdíl mezi nimi může být málo patrný, neostrý. Pokud se jedná o smíšenou formu nemoci, zdravotní riziko je ještě větší (Papežová, 2000).

U některých autorů se můžeme setkat s pojmem bulimarexie, což představuje synonymum pro mentální bulimii čili vlčí hlad (Hort & Hrdlička, 2008).

Myšlení a emoce dívek s mentální anorexií a bulimií je zaměřeno na obsahy, kde je v popředí tělo a potrava. Subjektivní prožívání provází bezmoc a pocit, že vlastní jednání je jenom reakcí na přání druhých. Výrazný pokles váhy je odrazem nespokojenosti, potřeby uznání a podpory v návaznosti na silné pochybnosti o sobě samém. Iluzi autonomie poskytuje dívkám konstatní boj s hladem. Toto však nestačí na překonání pocitů vlastní nedostačivosti. Svoboda a kol. (2015) vidí spojení mezi neschopností vnímat adekvátně fyzické signály a disharmonií v emočním prožívání.

1.1 Historie poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se mohou zdát relativně novým fenoménem, nicméně s různými způsoby, jak lidé zvláště zacházeli s jídlem, se setkáváme již po staletí. Zmínila bych například ruminaci, což je navracení nerozkousané potravy zpět do úst k následnému žvýkání nebo picu, požívání divných látek a jídel, které nejsou určeny ke konzumaci. Příznaky poruch příjmu potravy po dlouhou dobu nebyly spojovány s duševní poruchou, ale byly brány jako forma sebetrestání nebo askeze u ortodoxních křesťanů. Později byly spojeny buď s nějakou formou choroby, nebo se dokonce mluvilo o nadpřirozených silách či moci ďábla (Krch, 2005).

Jak zmiňuje Faltus, poruchy příjmu potravy se v určité formě objevily již ve **starověku**. Hippokrates je označoval termínem asithia, termín anorexie použil poprvé Galén ve 2. století našeho letopočtu (Papežová, 2010).

Ve **středověké Evropě** v období 1200–1500 bylo odmítání jídla a prodlužování hladovění bráno jako ženský zázrak. Jedním z příkladů je Sv. Kateřina ze Sienny (1347–1380), která byla známá tím, že za den snědla pouze pár rostlinek a občas si strkala větvičky do krku, aby vytáhla jídlo, které byla nucena sníst. Tehdejšími představitelkami dnešní mentální bulimie byly ve 13. století Marie z Oignes a Beatrice z Nazaretu. Ty zvracely, když ucítily lehký závan pachu masa a natékaly jim krky z pouhé přítomnosti jídla. V tomto středověkém období bylo postění se znakem ženské svatosti (Brumberg, 1989).

Tzv. prvním portrétistou mentální anorexie byl anglický lékař Richard Morton. V roce 1689 ve svém díle *Physiologia* mluví o nervovém opotřebením, které se projevuje nervovou úbytkou a devastací způsobenou fyzickými i emocionálními příčinami (Papežová, 2010).

V **pozdním středověku** se objevily silně věřící ženy, které si myslely, že když dokážou přežít bez přijímání stravy, přiblíží se tím božské moci. Od počátku novověku se také objevily adolescentní dívky (tzv. zázračné panny), které se již neoháněly božskou mocí, ale také o sobě říkaly, že přijímají pouze nezbytné množství potravy pro přežití nebo dokonce vůbec nic. Tímto se jim dostalo pozornosti široké veřejnosti, po lékařích se chtělo, aby se k tomu nějakým způsobem vyjádřili. Spousta z nich stále věřila přítomnosti Boha a tak se tomuto jevu dostalo označení lat. *anorexia mirabilis*. Populární teorie to vysvětlovala tak, že lze přijímat výživné částice ze vzduchu (Krch, 2005).

Devatenácté století přineslo oblibu korzetů, jež sloužily k většímu zdůraznění štíhlé postavy. Tento doplněk byl ale ze zdravotního hlediska poměrně nebezpečný, neboť ohrožoval páteř a vnitřní orgány. Jednalo se o jeden z mnoha dalších znaků omezení osobní pohody za účelem dosažení ideálu krásy. Zajímavým příkladem je romantizace tuberkulózy taktéž v 19. století, která byla brána jako znak ušlechtilosti či citlivosti. Ženy používaly bílé pudry a snažily se co nejvíce potlačit chuť k jídlu například pomocí citrónového džusu či octu (Novák, 2010).

Na počátku 19. století se poprvé objevuje termín nervové anorexie, jež byla oddělena od anorexie gastrické téměř neznámým francouzským fyziologem a frenologem Fleury Imbertem. V roce 1859 doktor William Stout Chipley vymezil pojem *sitiofobie* a 1860 Louis-Victor Marcé napsal článek o podivném typu hypochondrického deliria. Navzdory přesnosti Marcého článku se nesešel se zájmem lékařské komory. Až později byla jeho studie znovu objevena a zařazena do anglo-americké a francouzské medicíny (Papežová, 2010).

V druhé polovině 19. století podali Charles Laségue a William Gull nezávisle na sobě podrobný popis nemoci. Na rozdíl od Gulla, který měl za cíl vymezit novou nemoc, Laségue, jako člen vlivné skupiny rané francouzské psychiatrie, chtěl definovat každou symptomatickou skupinu pod hlavičkou diagnózy hysterie (Brumberg, 1989).

Ani poté však mentální anorexie nepřitahovala mnoho pozornosti veřejnosti. Dvě desetiletí byla mylně spojována se Simmondsovou chorobou, kdy německý patolog Morris Simmonds našel u vychrtlých pacientů léze v podvěsku mozkovém. Později byla mentální anorexie znovuobjevena za pomoci psychoanalýzy a psychosomatické medicíny a postupně se dostala z učebnic interní medicíny do učebnic psychiatrie (Krch, 2005).

František Faltus se zabýval tématem mentální anorexie na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze od roku 1963. Byl zakladatelem Jednotky specializované péče pro nemocné trpící poruchami příjmu potravy na psychogenním podkladu jako první pro střední a východní Evropu (Papežová, 2010).

Historie mentální bulimie je stejně stará jako v případě mentální anorexie. Často byla spojována s vyšší vrstvou – elitou. Buď v podobě obrovských hostin, nebo jako zábava pro panstvo, kde se předváděli jedlíci jako atrakce. Slovo bolimos pro pojmenování zlého démona, použil řecký spisovatel a filosof Plutarch. Filologové však tvrdí, že je slovo odvozeno od řeckého bous (vůl) a limos (hlad), tedy takový hlad, při kterém by člověk dokázal sníst vola (Krch, 2005).

Termín bulimie v minulosti nabýval různých konotací. V 18. století bylo až sedm typů bulimie a nejčastěji byl pojem spojován se sklíčeností. Až v 50. letech 20. století byla bulimie zařazena pod mentální anorexii. Pojem bulimia nervosa se poprvé oficiálně objevuje díky britskému psychiatrovi Geraldovi Russelovi v roce 1975. Typický znak bulimie se nezměnil - silné neovladatelné nutkání se přejíst, následované chorobným strachem ze ztloustnutí (Papežová, 2010).

1.2 Klasifikace poruch příjmu potravy

V následující kapitole se budu zabírat charakteristikou jednotlivých poruch příjmu potravy. Vycházím ze soudobých klasifikací nemocí a poruch – MKN-10 a DSM-5.

1.2.1 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je typické **úmyslné snižování váhy**, jedná se však až o druhotný příznak hladovění, který se nemusí objevit u všech osob trpících touto poruchou. Někdy je omezování se v jídle paradoxně doprovázeno různými fantaziemi o jídle, sbíráním receptů a chutí např. na sladké, které si nemocný odpírá. Patologický postoj k tělesné váze, vlastní postavě a **strach z tloušťky** jsou všechno příčiny jejich averze k jídlu. Nejedná se o hladovění z důvodu nechuti (Krch, 2005).

Dále je pro ni typické **omezování příjmu potravy** a hubnutí na vědomé úrovni. Časté bývá i zneužívání laxativ, diuretik, anorektik, výjimkou není ani zvracení a **závažná porucha tělového schématu** (Hort, Hrdlička, Kocourková & Malá, 2000).

Diagnostická kritéria pro mentální anorexii (F 50.0) podle 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN–10) zahrnují tyto znaky (Krch, 2005):

- Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší.
- Nemocný si snížení hmotnosti způsobuje vyhýbáním se jídlům, „po kterých se tloustne“ a užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení.
- Přetrvávající strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, vtíravá obava z dalšího tloustnutí.
- Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, projevující se u žen jako amenorea (ztráta menstruace), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
- Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny.

Diagnostická kritéria pro mentální anorexii podle 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (DSM-5) zahrnují tyto znaky (American Psychiatric Association, 2013):

- a) Výrazně nízká tělesná hmotnost způsobená redukcí energetického příjmu navzdory potřebě s ohledem na kritéria věku, pohlaví či vývojového stádia.
- b) Intenzivní obava z přibírání na váze a ztloustnutí.
- c) Poruchy v zakoušení vlastní tělesné hmotnosti a nepřiměřený vliv váhy na sebevědomí. Nedostatek sebereflexe.

Podle Americké psychiatrické asociace existují dva typy mentální anorexie (American Psychiatric Association, 2013):

1. **Restriktivní typ:** V předchozích třech měsících nedocházelo u jedince k přejídání, purgativnímu chování, ani ke zneužívání diuretik či klystýrů. Ke ztrátě váhy dochází pouze pomocí omezení příjmu potravy, půstu a excesivního cvičení.
2. **Záchvatovité přejídání:** Purgativní typ: Během předchozích třech měsíců se u jedince vícekrát objevilo záchvatovité přejídání či purgativní chování.

Aby se dalo hovořit o mentální anorexii, musí pacient splňovat všechny tato kritéria, v opačném případě (když chybí např. jeden a více symptomů) se jedná o **atypickou mentální anorexii** (Hort, Hrdlička, Kocourková & Malá, 2000).

Novák (2010) mentální anorexii popisuje jako rozsáhlou endokrinní poruchu, která zahrnuje hypothalamo-pituitární-gonádovou osu. U mužů se zase projevuje v poklesu sexuálního zájmu a potence. Dále se mohou objevit zvýšené hladiny růstového hormonu, zvýšené hladiny kortizolu, změny periferního metabolismu thyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulinu.

Orel a kol. (2012) uvádí jako další somatické příznaky sníženou kvalitu vlasů, kůže, poškození vnitřních orgánů. Nesmíme zapomínat na fakt, že v důsledku anorexie je možné zemřít na podvýživu, může dojít k rozvratu vnitřního prostředí či orgánovému selhání.

„Diagnóza mentální anorexie bývá obtížná kvůli popírání potíží, zatajování bizarních jídelních rituálů a odmítání léčby. Důležité je vyloučit tělesná onemocnění, při nichž většinou váhový úbytek postiženou znepokojuje. Nechutenství a úbytek hmotnosti je také spojen s depresivní poruchou. U mentální anorexie bývá tělesná hyperaktivita, která kontrastuje s podváhou“ (Svoboda a kol., 2015).

K somatickým obtížím patří nepochybně **podvýživa**, která způsobuje slábnutí končetin a jejich podchlazení – omrzliny nejsou výjimkou, nepravidelný zpomalený srdeční rytmus, nízký tlak krve v tepnách, natékání kotníků. Velmi rizikové je řídnutí kostí a nebezpečné zlomeniny (Cohen et al., 2002).

U mentální anorexie hrozí riziko výskytu leukopénie s relativní lymfocytózou v krevním obraze. V horším případě hrozí až metabolický rozvrat, porucha ledvin nebo srdeční zástava, která zapříčiní smrt. Zhruba 5-10 % případů končí v důsledku toho a z důvodu zvýšených tendencí k suicidálnímu jednání letálně (Raboch & Pavlovský, 2003).

Mezi výrazné psychické rysy dívek s mentální anorexií patří úzkostnost, inhibovanost a potřeba kontroly stavu věcí (Kocourková & Koutek, 2001).

Papežová (2010) uvádí, že mentální anorexie je **formou vyhýbavého chování**, které krátkodobě snižuje emoční napětí jedince, ale v závěru spíše bere energii a oddaluje řešení, které by vedlo k úlevě. Tato nemoc dává postiženým v některých případech pocit, že mají nad něčím kontrolu. Tato přehnaná kontrola a výkonnost je, jak uvedl Poněšický (1999), pouhou **kompensací pocitů méněcennosti a sebeopovržení**. Překonání hladu jim může dodat dojem větší svobody, výjimečnosti a vyvýšení nad ostatními. Dále se může jednat o úzkost z ženskosti, které se snaží vyhnout přehnanou emancipovaností a konkurencí mužskými prostředky.

Mezi typické anorektické postoje patří obsedantní patologická zaujatost sledováním a hodnocením vzhledu vlastního těla – narušená představa o vlastních proporcích – tváře, prsa, stehna, hýždě, břicho vnímané jako příliš velké. Dále posedlost tématem jídla – např. strach, že sní více, než by měla, negativní konotace spojené s jídlem, počítání kalorií, velká vybíravost v jídle, snaha zbavit se jídla, záliba ve vaření pro druhé, ale také schovávání se s jídlem, tendence jíst sama nebo mlsnost (Cohen et al., 2002).

1.2.2 Mentální bulimie

Záchvatovité přejídání kombinované s kompulzivní kontrolou váhy jsou atributy typické pro mentální bulimii. Pro stanovení diagnózy přihlížíme k těmto třem znakům (Krch, 2008):

1. Opakované záchvaty přejídání. Z pohledu některých autorů je důležitější kritériem subjektivní pocit ztráty kontroly.
2. Opakovaná přílišná kontrola tělesné hmotnosti (zvracení, hladovění, užívání diuretik nebo léků na odvodnění). Zvracení či užívání diuretik ovšem není nutnou podmínkou pro diagnózu mentální bulimie.
3. Přemíra zaujatosti o vzhled a hmotnost jedince, od kterého se odvíjí jeho sebehodnocení.

Při hodnocení diagnózy mentální bulimie přihlížíme dle DSM-V k těmto znakům (American Psychiatric Association, 2013):

- Opakované epizody psychogenního přejídání:
- Konzumace takového množství jídla, jež je mnohem větší, než co sní průměrná osoba za stejnou dobu, v krátkém čase.
- Neschopnost kontrolovat svůj příjem během záchvatu a přestat jíst.

- Opakující se snaha zabránit následně přibrání na váze pomocí kompenzačního chování – zvracení, užívání diuretik, laxativ, hladovění a excesivní cvičení.
- Přejídání a kompenzační chování se cyklicky opakuje alespoň po dobu 3 měsíců ve frekvenci minimálně jednou týdně.
- Nadměrná kritičnost vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti.
- Porucha se výlučně nevyskytuje během epizod mentální anorexie.

Uvedená klasifikace rozděluje mentální bulimii na dva typy (Krch, 2005):

- **Purgativní typ.** Opakující se zvracení, užívání laxativ, diuretik, k zamezení přibrání na váze.
- **Nepurgativní typ.** K zamezení zvýšení hmotnosti využívá spíše hladovky, striktní diety a náročné tělesné cvičení.

Mentální bulimie se nejčastěji vyskytuje v období adolescence nebo rané dospělosti. Většinou trvá několik let s chronickým nebo přerušovaným průběhem. Léčba v tomto případě jednoznačně napomáhá dobré prognóze a po roce remise se dá hovořit o déle trvajících pozitivních výsledcích (American Psychiatric Association, 2013).

U dívek s mentální bulimií se objevuje častěji afektivní labilita, chaotičnost a nízká úroveň sebekontroly (Kocourková & Koutek, 2001).

Smolík (2002) popisuje různé psychologické významy příjmu jídla. Může se jednat o prostředek ke snížení úzkosti, strachu či frustrace nebo k vyjádření nepřátelského postoje. Dále může představovat náhradu požitku, způsob ocenění nebo zaplnění pocitů osamění.

Přehnaná konzumace jídla může být vnímána z hlubinně-psychologického pohledu jako potřeba symbiózy, rané skutečné lásky, která byla v dětství zastoupena právě nadbytkem jídla. Následně si ale uvědomí, že je to pouze falešná náhrada a jídla, které je ve skutečnosti nenaplňuje, se zbavují zvracením. Dále se dá nahlížet na mentální

bulimii jako na prosazení potlačené sexuality na regresivně-orální úrovni. Následná úzkost zapříčiní zvracení (Poněšický, 1999).

Mentální bulimie **někdy nasedá** na předchozí období mentální anorexie. Během bulimického záchvatu se prostřídají různé emoce. Předchází pocit nezvladatelné úzkosti, po záchvatu nastupuje pocit viny a výčitek, které odezní až po vyvracení, ale úlevu brzy vystřídá další pocit selhání. Jeden záchvat může trvat několik minut ale i třeba 2 hodiny. Někdy je puzení k jídlu natolik silné, že se dívky uchylují ke krádežím jídla (Cohen et al., 2002).

O krádežích v souvislosti s mentální bulimií mluví i Svoboda a kol. (2015), který je považuje za **součást antisociálního chování**. Ze somatického hlediska se pravidelné zvracení dále projeví například ve formě zánětu slinných žláz či kazivosti zubů, což pomáhá k diagnostice.

1.2.3 Psychogenní přejídání

Jako další kategorii charakterizujeme psychogenní přejídání, které je typické pravidelnými záchvaty přejídání, které mohou doprovázet i disociativní znaky. Nejčastějším spouštěčem je negativní afekt, dále interpersonální stresory, dietní omezení, negativní pocity spojené s tělesnou hmotností, postavou a jídlem, či znuďenost. Na rozdíl od mentální bulimie se u psychogenního přejídání neobjevuje nevhodné kompenzační chování a trvalá dietní omezení. Také je u této nemoci výrazně lepší prognóza zlepšení stavu (American Psychiatric Association, 2013).

Raboch a Pavlovský (2003) uvádí, že přejídání může být reakcí například na ztrátu nejbližšího příbuzného, pohlavní zneužití, znásilnění, narušení pracovní kariéry, atd.

Manuál DSM-5 shrnuje tato kritéria pro diagnostiku (American Psychiatric Association, 2013):

1. Opakovaného záchvaty přejídání:

- Konzumace takového množství jídla, jež je mnohem větší, než co sní průměrná osoba za stejnou dobu, v krátkém čase.
 - Neschopnost kontrolovat svůj příjem během záchvatu a přestat jíst.
2. Znaký záchvatového přejídání:
 - Rychlejší tempo konzumace jídla, než je zvykem.
 - Konzumace jídla až do pocitu přejezení.
 - Příjem velkého množství potravy bez pocitu hladu.
 - Jedinec jí izolovaně z pocitu trapnosti.
 - Následuje pocit znechucení sám sebou, viny, deprese.
 3. Pocit nepohody vzniklý přejezením.
 4. Výskyt přejezení minimálně jedenkrát týdně po dobu tří měsíců.
 5. Na rozdíl od mentální bulimie se zde nevyskytuje kompenzační chování.

Přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (F50.4) může vycházet z reakce na sexuální trauma, ztrátu blízké osoby či uplatnění a **Zvracení spojené s jinými psychickými poruchami** (F50.5) může souviset s disociační poruchou, hypochondrickou poruchou nebo se může vyskytnout v rámci odezvy na silný stres (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

1.2.4 Atypické formy poruch příjmu potravy

Označení atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie se používá v případě, že chybí jeden nebo vícero znaků poruch příjmu potravy.

Pro poruchy příjmu potravy nezařaditelné do žádné předešlé kategorie používáme kategorie Jiné poruchy příjmu potravy /F50.8/ a Porucha přijímání jídla nspecifikovaná /F50.9/ (Orel a kol., 2016).

Do výčtu zahrňme také prostou obezitu, která znamená zvýšení tělesné hmotnosti, ale nepatří mezi duševní poruchy. Sekundárně však může vést k narušenému sebehodnocení, poruchám nálady, sociální izolaci nebo rozvoji další somatoformní poruchy. Obezita může být způsobena dlouhodobým užíváním psychofarmak (Höschl, Libiger & Švestka, 2002).

1.3 Epidemiologie poruch příjmu potravy

V následující kapitole se budeme zabývat prevalencí – aktuálním rozšířením poruchy a incidencí – počtem nových případů za vybrané období.

„Prevalence mentální anorexie u adolescentních a mladých žen je asi 1 % populace. U mentální bulimie je výskyt 1-3 %. Epidemiologické údaje jsou však vzhledem k povaze onemocnění (popírání a tajení potíží a odmítání pomoci) problematické“ (Svoboda a kol., 2015, s. 244).

Krch (2005) uvádí prevalenci poněkud menší. V případě mentální anorexie půl procenta u dospívajících dívek a žen a prevalenci 2 až 5 % u mentální bulimie. Incidence a prevalence poruch příjmu potravy v České republice je srovnatelná se západní civilizací a v posledních desetiletích má tendenci se zvyšovat.

Rozdíl v **zastoupení pohlaví** u této nemoci je významný. Udává se poměr 1:10 s většinovým zastoupením žen. Prevalence mentální anorexie u mladých dívek představuje 0,5-1%, u mentální bulimie je to procento vyšší 1-3 % (Vágnerová, 2012).

Dle Nývltové (2010) je **podíl mužů** mezi všemi diagnostikovanými jedinci 4%-13%. Četné studie poukazují na fakt, že mentální anorexií trpí mnohem častěji muži homosexuální a bisexuální oproti heterosexuálním. Tito muži obdobně jako ženy věnují zvýšenou pozornost fyzickému vzhledu a bojí se tloušťky.

Incidence u mentální anorexie se uvádí v počtu nových případů na 100 000 obyvatel za rok. V obecné populaci se uvádí průměrná prevalence mentální anorexie 19

případů za rok na 100 000 obyvatel a 2 případy na 100 000 mužů. Nejvyšší incidence byla zaznamenána u dívek mezi 13. až 14. rokem (Krch, 2005).

Incidence u mentální bulimie se zjišťuje složitě, poněvadž jde o relativně nový pojem, ale například v roce 1999 se zvýšil počet pacientů hospitalizovaných s touto nemocí z 18 na 205 (Krch, 2005).

Trend hospitalizací v psychiatrických zařízeních s diagnózou poruch příjmu potravy je překvapivě v posledních letech sestupný. V roce 2007 bylo hospitalizováno celkem 439 pacientů, z toho 422 žen a 17 mužů. V roce 2012 jich bylo hospitalizováno 330, z toho 305 žen a 25 mužů. V roce 2012 byla více než třetina dívek ve věku 15–24 let, konkrétně 73 dívek ve věku 15-19 a 43 dívek v rozmezí 20-24 let (Nechanská, 2013).

1.4 Etiologie poruch příjmu potravy

Etiologie obecně se zabývá možnými příčinami vzniku poruchy, které se mohou, ale nemusí podílet na jejím vzniku.

Existuje spousta přístupů týkajících se vzniku poruch příjmu potravy. V současné době se prosazuje tzv. bio-psycho-sociální model, který v sobě zahrnuje vývojové, osobnostní, rodinné a sociokulturní faktory (Novák, 2010).

Papežová (2000) uvádí **široké spektrum důvodů**, proč může porucha vzniknout: hrozba rozvodu rodičů či rodinná krize, ztráta blízkého člověka, dlouhodobá závažná nemoc sourozence nebo rodiče, závislost rodičů včetně alkoholismu, důraz na štihlou tělesnou či sportovním kroužku, předčasný odchod z domova, práce au-pair, atd.

V další části se podíváme na jednotlivé faktory podmiňující vznik poruch příjmu potravy.

1.4.1 Sociální a kulturní faktory

„Teorie vlivu kultu štíhlosti na vznik PPP je tato; Poselství médií je jasné: „Kdo není hubený, je nejen škaredý, ale i celkově méně hodnotný.“ Toto poselství vnímají především ženy, u nichž je krása jedním z hlavních měřítek úspěchu. Mají-li pocit, že neuspěly, cítí se mizerně a pokoušejí se hubnout“ (Papežová, 2010, s. 46).

Fakt, že poruchami příjmu potravy jsou ohroženy především dívky ze středních a vyšších sociálních vrstev je v dnešní době již značně překonaný. Naopak významně přibylo pacientů z nižších socioekonomických vrstev. Rozdíl je v tom, že dívky z nejvyšších sociálních vrstev začínají s dietami zpravidla o rok dříve. Poruchy příjmu potravy se nevyhýbají ani bezdomovcům. Dalo by se uvažovat o souvislosti s neorganizovaným **způsobem života** a fyzickým či **sexuálním zneužíváním** (Krch, 2005).

„Kulturní vysvětlení mentální anorexie je populární a obecně podporované. Předpokládá se, že anorexie je vytvářena silným kulturním imperativem, který dělá štíhlost vrchním atributem ženské krásy. V běžném rozhovoru slyšíme vyjádření této myšlenky neustále: anorexie je způsobena neustálou palbou moderních diet, erotickým uctívání éterických žen jako Twiggy a požadavky módní etiky, která klade důraz na mládí a androgynii spíše než obrysy dospělého ženského těla.“ (Brumberg, 1989, s. 31).

Mnohé studie potvrdily, že prostředí baletu, modelingu či gymnastiky významně zvyšuje riziko propuknutí poruchy příjmu potravy (Papežová, 2010).

Brumberg (1989) dále uvádí, že podle **kulturního modelu** moderní vizuální média jako televize, filmy, videa, časopisy a reklama, podněcují zaujetí ženskou štíhlostí a slouží jako primární stimul pro mentální anorexii. V důsledku toho vidíme v televizi nebo ve filmech málo žen reálných proporcí, které by byly různé, inteligentní nebo měly sex appeal. Žena ovlivněná moderními médii bude klást větší důraz na zevnějšek a bude tíhnout k pouze dekorativnímu, pasivnímu a bezmocnému postoji.

Dle Nováka (2010) jsou štíhlé modelky prezentovány jako **standard krásy**, který je nepřímou spojován v médiích s objevením svého pravého já. Dochází k paradoxní

romantizaci mentální anorexie, kdy se dá dívky na jednu stranu obdivovat za jejich disciplínu, ale také litovat za závažný úbytek váhy.

Podle mého názoru je velmi nebezpečná pro vnímání ideální postavy u dětí a dospívajících také panenka Barbie. Celkově jakékoliv přiblížení se k módní štíhlosti může být zdrojem zvýšení sebevědomí a pocitu vítězství nad vrstevníky.

Z kulturních faktorů dále Krch (2008) uvádí jako rizikové důraz na konformitu s postoji vrstevníků v dospívání, malou toleranci k rozlišnosti, přehnaný důraz na fyzický výkon, úspěch, zdraví a vzhled. Postoje typu „je třeba umět zatnout zuby“.

Podle autorek Renzetti & Curran (2003) skrz anorexii dávají ženy najevo svou **slabost a závislost**, která stojí v kontrastu proti zvýrazněné ženské roli skrz křivky, kterými metaforicky ženy odolávají domácnosti, rodinnému životu a tradiční feminní roli, která je dusí.

Naopak Brumberg (1989) vidí mentální anorexii jako **znak protestu** mladých žen vůči patriarchátu – tedy jako znak feministické politiky.

Velmi nebezpečným trendem dle Nováka (2010) jsou také **pro-ana blogy**, které cílí na komunitu dívek trpících poruchami příjmu potravy. Tyto blogy vznikly jako alternativa k zotavovacím webům, za jejichž vznikem stojí nejčastěji rodiče či odborníci. Tyto blogy jsou plné návodů na zhubnutí, fotek zvaných thinspiration, vyobrazujících nadměrnou štíhlost, ale zároveň jsou dobrým vhledem do psychiky pacientek, jelikož v nich často popisují i své pocity, radosti, strasti či vztahy. Snem těchto blogerek je představa jich jako dokonale hubených, křehkých stvoření a mají tendenci se za každou nedokonalost potrestat. Pro-ana blogeri získávají ve svých internetových deníčcích benefit sociální podpory a očištný proces zmírnění úzkosti při vyrovnávání se svojí stigmatizující nemocí.

Schopnost diskutovat obtížná témata nebo témata, u kterých cítí, že by nebyly pochopeny v přímé komunikaci, může být zvláště přitažlivé pro ty s poruchami příjmu potravy, kteří využívají počítačem zprostředkovanou komunikaci (Reeves, 2000).

1.4.2 Biologické faktory

Biologické (tělesné) faktory vzniku poruch příjmu potravy jsou významné. Myslím si, že nejvýznamnějšími jsou **věk** a **pohlaví**.

Co se týče pohlaví, stačí být ženou a riziko poruch příjmu potravy se výrazně zvýší. Uvádí se poměr deseti žen na jednoho muže (American Psychiatric Association, 2013).

Mezi biologické faktory vzniku poruch příjmu potravy patří poruchy regulačních funkcí hypotalamu, somatotyp nebo poruchy minerálního metabolismu při malnutrici u mentální anorexie (Smolík, 2002).

Krch (2005) zmiňuje jako biologický faktor také tělesnou hmotnost, tedy to, že u zvyšující se tělesné hmotnosti je větší pravděpodobnost užití nějaké nevhodné kompenzační metody. Také nepravidelný menstruační cyklus bývá v některých případech předstupněm rozvoje poruchy příjmu potravy. A nejrizikovějším obdobím pro vznik poruchy je puberta, spojená s řadou tělesných změn.

Dle výzkumu Fairburna et al. (1997) byly děti, u kterých později propukla mentální bulimie, dříve mnohem častěji obézní než ostatní psychiatrickí pacienti.

*„Při studiu PPP (poruch příjmu potravy – pozn. Hájková) se stále více zaměřuje pozornost na **roli serotoninu**. Serotonin zprostředkovává pocit sytosti a částečně reguluje příjem sacharidů. BN je spojována s deficitem serotoninergní aktivity v CNS, následného oslabení pocitu sytosti a záchvaty přejídání. Tímto zjednodušeným mechanismem lze částečně vysvětlit pozitivní výsledky léčby SSRI (serotonin reuptake inhibitors) u tohoto onemocnění. AN je naopak spojována se zvýšenou senzitivitou nebo zvýšenou koncentrací serotoninu, následným omezením příjmu jídla a poklesu tělesné hmotnosti“ (Papežová, 2010, s. 57).*

1.4.3 Životní události

V genezi poruch příjmu potravy mohou hrát velkou roli i životní události.

Dle Cohena et al. (2002) mívají pacientky společný některý z těchto znaků: odchod z domova, neuspokojivé sexuální vztahy, komplikovaný vztah rodičů, strach ze zodpovědnosti spojené s nástupem dospělosti nebo sexuální zneužití.

Sexuální kontakt může být pro mnoho dětí z incestních rodin jediným způsobem, jak si získat lásku a pozornost rodiče. Paradoxní je, že oběti drží rodinu pohromadě, berou na sebe zodpovědnost za její fungování a přijde jim často přirozené plnit sexuální přání otce či bratra. Cítí vinu za situaci v rodině a v případě trestního stíhání otce trpí ztrátou uvězněného otce, rozpadem rodiny, sociální stigmatizací či umístěním do dětského domova (Weiss a kol., 2005).

1.4.4 Rodinné faktory

U poruch příjmu potravy také nelze opomenout psychologický a sociologický vliv primární rodiny.

V kontextu rodiny může odmítání jídla nemocným pomoci ukojit jejich emocionální potřeby. Můžeme ho chápat například jako pokus o zaujetí pozornosti okolí, předcházení sexuální dospělosti, jako způsob, jak ublížit rodičům nebo se od nich vzdálit, či jako znak vzdoru. Tyto mechanismy emočního uspokojování jsou ještě více podporovány, pokud zahrnují popření a kontrolu (Brumberg, 1989).

V rodinách dívek s poruchami příjmu potravy se setkáváme často se dvěma **protipóly**: na jedné straně výchovné zanedbávání a citová deprivace, na straně druhé zhýčkáni a overprotektivní vztah. Negativní dopad této výchovy spatřuje Poněšický (1999) v nedostatečném vybudování kompetencí, buď tím, že rodiče tyto kompetence ve výchově zanedbávají nebo se snaží dělat vše za dítě, a tím ho zbavují možnosti naučit se a mít vůbec potřebu řešit variabilní situace spojené s dospělým životem.

„Nadměrné nároky na dítě po stránce výkonové nebo po stránce meziosobních vztahů, vyvolávají citové přetížení s jeho psychosomatickými důsledky. Prožitkový stav typu „musím, chci a nemohu“, nebo „musím a nechci“ obvykle vytváří vnitřní konflikt mezi různými vlivy a emocemi vztahenými k počínání dítěte, k jeho postojům vůči blízkým osobám či jeho sebepojetí. Zdá se, že spíše tehdy, když se vnitřní tíseň či konflikt otevřeně neprojeví vnější abreakcí vzpourou dítěte a otevřeným vnějším konfliktem nebo když je takový projev potlačen vnějším (hrozbou, násilím) či vnitřním tlakem (strachem, svědomím), vzrůstá pravděpodobnost vzniku poruchy psychické nebo psychosomatické (Říčan a kol., 1997, s. 117-118).

Krch (2005) zmiňuje výskyt poruch příjmu potravy mezi sourozenci v rámci 3 až 10 %. U matek trpících anorexií je častá hyperprotektivita a dominance například ve vztahu k otci.

Papežová (2010) mluví o studii, kde 6,6 % sourozenců 94 pacientek s mentální anorexií trpělo stejným onemocněním a také bylo zjištěno, že u 14 % matek dívek s mentální anorexií byla v anamnéze nalezena stejná diagnóza.

V rodinách dívek s poruchou příjmu potravy se dle Papežové (2010) často vyskytují různé formy afektivních poruch. Téměř čtvrtina pacientek uvedla alkoholismus u rodičů.

Höschl, Libiger & Švestka (2002) říkají, že jsou u rodinných příslušníků prvního stupně osob s poruchou příjmu potravy častá afektivní onemocnění, generalizovaná úzkostná porucha, zneužívání návykových látek či obsedantně-kompulzivní porucha.

1.4.5 Emocionální a psychické faktory

Ráda bych zde také zmínila emocionální a psychické faktory v kontextu vzniku poruch příjmu potravy.

„Přehnaná pozornost věnovaná postavě a tělesné hmotnosti, nadměrný strach z tloušťky, přísné redukční diety a hladovky nebo pocit přejedení jsou nejen příznaky poruch příjmu potravy, ale zároveň i psychické faktory, které přispívají k jejich rozvoji a udržení“ (Krch, 2005, s. 48).

Bulik et al. (2003) ve své prospektivní studii říká, že velká pravděpodobnost rozvinutí mentální anorexie a bulimie je u žen s vyšší úrovní **perfekcionismu**.

Dívky s poruchami příjmu potravy se relativně často potýkají také s **depresemi** a úzkostmi, jež souvisí se strachem z přibírání a celkově s kontrolou tělesné váhy (Krch, 2005).

Výrazné jsou také **obsedantně-kompulzivní rysy**, které mohou nebo nemusí být v kontextu jídla. Typický je u mentální anorexie strach z jezení na veřejnosti, pocit nízkého výkonu, potlačená afektivita a spontánnost, excesivní cvičení.

U pacientek s purgativním typem mentální anorexie je mnohem častější **abúzus** alkoholu nebo drog (American Psychiatric Association, 2013).

Zjistilo se, že záchvatovité přejídání pozitivně koreluje s **impulzivitou**. Existuje zde také výrazná spojitost se zneužíváním návykových látek a hraniční poruchou osobnosti (Papežová, 2010).

Pokud se díváme na poruchy příjmu potravy jako na formu sebepoškozování, značí snahu jedince navázat znovu kontakt se světem. Ztráta kontaktu vzniká v důsledku předcházejícího zážitku, který nelze zpracovat adaptivním způsobem a rozvíjí pocity bezmoci, lítosti, smutku, krivdy a touhy po pomstě (Kocourková & Koutek, 2007).

Dle psychoanalytické teorie souvisí mentální anorexie s vyhýbáním se sexualitě, hladovění je zde vnímáno jako odmítání těhotenství a vypuzování jídla odpovědí na fantazii o orální fixaci. Mentální bulimie vykládaná dle psychodynamických teorií symbolizuje sexuální a agresivní touhy. Při pocitech viny z vlastní nedostačivosti se pacient uchyluje ke zvracení (Smolík, 2002).

1.5 Diferenciální diagnostika poruch příjmu potravy

Tato kapitola nastíní možnosti diferenciální diagnostiky u poruch příjmu potravy. Diferenciální diagnostika (tedy zvažování možných diagnóz) je nedílnou součástí diagnostiky.

Před stanovením diagnózy poruch příjmu potravy, bychom nejdříve měli zvážit možnosti diferenciální diagnózy.

Za mentální anorexií může stát **jiné somatické onemocnění** např. gastrointestinální onemocnění, AIDS či skrytý nádor, dále schizofrenie, poruchy užívání látek, tělesná dysmorfofobická porucha, psychogenní ztráta chuti k jídlu. Mentální bulimie může ve skutečnosti být Kleine-Levinův syndrom či hraniční porucha. Pro obě nemoci to je sociální fobie, velká depresivní porucha a také může být jedna porucha příjmu potravy zaměněna za druhou (American Psychiatric Association, 2013).

Höschl, Libiger & Švestka (2002) dále uvádí tuberkulózu GIT, hypertyreodizmus, Addisonovu chorobu, diabetes mellitus, onemocnění střev – Crohnovu nemoc, sprue nebo malabsorpční syndromy, potravinové alergie, hepatititis, syndrom týraného dítěte, atd. Z psychických onemocnění sem patří obsedantně-kompulzivní poruchy, somatoformní poruchy nebo dysmorfofobická tělesná porucha.

Ze somatického hlediska musíme také vyloučit např. **neurologické poruchy** – nádorová onemocnění CNS, ekvivalenty epileptických onemocnění (Němečková, 2007).

Diagnostika je v rukou lékaře – psychiatra, který by měl zvážit všechny okolnosti.

1.6 Léčba poruch příjmu potravy

V této kapitole si představíme možnosti léčby poruch příjmu potravy. Léčba je součástí péče o osoby s poruchou příjmu potravy, pouhá diagnostika by nestačila. Léčba je v tomto případě nezbytně nutná a zároveň náročná.

Léčbu znesnadňuje fakt, že osoby trpící touto nemocí si velmi často **nedokážou říci o pomoc**. Mívají problémy s důvěrou a vírou, že stojí za pozornost ostatních lidí (Claude – Pierre, 2001).

Prvním krokem z poruch příjmu potravy je uvědomění toho, že má pacientka skutečně problém. To se většinou stane v momentě, kdy ji začne porucha ovlivňovat do takové míry, že již nedokáže dále normálně fungovat a negativa nemoci převáží nad subjektivními pozitivy. Je nutno říci, že léčba poruch příjmu potravy vyžaduje

opravdu mnoho odvahy a energie. Je komplikována fyzickými obtížemi jako třeba nafouklým a bolestivým žaludkem a střevy či bolestí kostí a svalů. Z emočního hlediska se mohou při nárůstu váhy znovu objevit pocity smutku a zmatenosti, které nemoc překrývala (Papežová, 2000).

Nezbytnost **hospitalizace** u pacientů s nebezpečně nízkou hmotností potvrzuje i Svoboda a kol. (2015). Po fyzické stabilizaci a následné psychoterapii se dá přejít k ambulantní léčbě.

Když přistoupíme k samotné léčbě, začíná se multidimenzionálním vyšetřením (fyzikální vyšetření, anamnéza, kontakt s rodinou). Kontakt je nutno uzpůsobit osobnosti, motivaci a somatickému stavu pacientky. Po somatické stránce je nezbytné provést kompletní vyšetření biochemické, vyšetření krevního obrazu, tyreoidálních funkcí a moči. Z psychologického hlediska sledujeme patologii jídelního chování, užívání kompenzačních mechanismů, celkovou psychopatologii, obsedantně kompulzivní a fobickou symptomatiku, motivaci k léčbě, zralost a charakteristiky osobnosti, psychiatrické komorbidity, sociální a rodinnou anamnézu (Seifertová a kol., 2005).

K hospitalizaci dochází většinou v případě výrazné fyzické slabosti nebo somatické komplikace, ztráty hmotnosti pod BMI 17,5 a souvisejícího úbytku svalové hmoty. Na začátku psychiatrické léčby se vytvoří s pacientkou kontrakt a zahájí se realimentace, tedy obnovení výživy po delším období nedostatku, s jasně stanovenou cílovou váhou (u dospělých žen BMI 20-25), nařízeným pobytem na lůžku, to vše pod dohledem. Pokud pacientka nepřibírá dle plánu nebo dokonce ztrácí na váze, přichází o výhody. Program léčby je konstruován velmi detailně a je přísně dbáno na jeho dodržování. To se týká budíčku, oblékání, času stráveného mimo pokoj i návštěv. Farmakologická léčba bývá pokryta antidepresivy a antipsychotiky (Cohen et al., 2002).

„Po nezbytné realimentaci a zvládnutí rozvratu vnitřního prostředí se soustředíme na práci s patologií přijímání potravy, na nutriční poradenství, rodinnou terapii a techniky zaměřené na prožívání tělesných pocitů. Symptomatologie je egosyntonní a nemocné vykazují silné ambivalence týkající se léčby a váhového přírůstku, což se projevuje velmi nízkou kompliancí. U mentální bulimie může být účinné podávání

serotoninergních antidepresiv (SSRI), kde kromě antidepresivního účinku využíváme i jejich anorektického účinku“ (Svoboda a kol., 2015).

Pro překonání úzkosti před jídlem se využívají anxiolytika a při chronickém průběhu nemoci se pro prevenci vzniku osteoporózy využívají estrogeny (Raboch & Pavlovský, 2003).

Seifertová a kol. (2005) z účinných a užívaných terapií zmiňují terapii motivační, kognitivně behaviorální terapii, interpersonální psychoterapii, kognitivně analytickou terapii, psychodynamickou psychoterapii či rodinnou terapii.

V případě **kognitivně-behaviorální terapie** jsou klíčové techniky sebemonitorování (jídelní záznamy), aktivní nácvik, konfrontace s podněty a situacemi, které vyvolávají úzkost (metoda expozice) a domácí cvičení. Takzvané „vícerodinné programy“ fungují jako intenzivní psychoterapeutický program pro skupinu složenou z několika rodin pacientek trpících mentální anorexií. Dle Papežové a kol. (2018) je to jediná prokazatelně účinná metoda. **Vícerodinná terapie** v sobě obsahuje prvky kognitivně behaviorální, dynamické, imaginativní, narativní a systemické.

Cohen et al. (2002) navíc zmiňuje individuální **psychoterapii**, skupinovou terapii, nácvik asertivity a zvládání stresu, arteterapii, relaxační cvičení, atd. Dále uvádí, že v ambulantní léčbě je zásadní snaha o to navrátit pacientovi zodpovědnost sám za sebe, nikoli ji přenášet na jeho příbuzné, partnery či přátele. Potom práce na postupném přibývání na váze, což je spojené s pravidelnou kontrolou váhy a propracovaným jídelníčkem, nejlépe sestaveným nutričním poradcem. V ambulanci se setkáme s rodinnou terapií, sociální intervencí, nácvikem sociálních dovedností. Dalším druhem léčby jsou denní stacionáře, kam pacient dochází a tráví v podstatě všechny svůj volný čas, ale na noc chodí domů a ještě dochází do školy. Jednou z možností jsou také svépomocné skupiny, které představují příjemnou neformální a především nezdravotnickou péči.

V naší republice fungují **sítě svépomocných skupin či peer programů**. První svépomocná organizace u nás byla založena na Psychiatrické klinice 1. LF UK. Máme i odborníky na práci se skupinami rodičů nemocných (Papežová, 2000).

Tyto svépomocné skupiny slouží pro podporu, motivaci, sdílení zkušeností a pocitů, pocit sounáležitosti, překonání sociální izolace, jako první místo kontaktu či doplňková metoda léčby. V případě, že se pacient bojí kontaktu „z očí do očí“, může využít **svépomocné manuály**, které motivují k postupným změnám jídelního režimu, postojů k sobě a ke svému tělu (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

Neméně významné je také Centrum Anabell, z.s., které sídlí v Praze, Brně a Ostravě. Spolupracuje s psychology, terapeuty, lékaři, sociálními pracovníky, gynekology, gastroenterology, nutričními specialisty a dalšími odborníky včetně zdravotních sester. Snaží se tedy jednoznačně o multidisciplinární spolupráci. Nabízí jak terénní, tak ambulantní služby, dále telefonickou krizovou pomoc, internetové poradenství, peer programy, atd. Centrum Anabell, z.s. má již 16tiletou praxi v oboru z oblasti primární, sekundární a terciární prevence (Starostková, 2015).

Takzvané **denní stacionáře** jsou účinné u motivovaných pacientů s BMI vyšším než 16. Během dne zde probíhají individuální a skupinové terapie a na noc chodí pacient domů. Zde je nezbytná návaznost na **ambulantní péči**, která zahrnuje lékaře (psychiatr, popřípadě zubař, gynekolog, internista, gastroenterolog), nutriční terapii a psychoterapii (Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

Rodiny nemocných se často snaží najít viníka, ale obviňování v boji s touto nemocí ničemu nepomůže. Účinnější je přijmout minulost, to dobré i špatné, co se stalo a veškerou sílu zaměřit na přítomný okamžik a léčbu. Komunikace v rodině nemocné je však velmi obtížná. Nedá se vyhnout konfliktům, stresu, smutku a obavám. Ačkoliv je dívka díky nemoci zranitelná, získává určitou moc v rámci rodiny, jelikož se automaticky sníží očekávání a kritika vůči ní a zvýší se péče (Papežová, 2000).

Přes veškerou snahu je nutné konstatovat, že terapie poruch příjmu potravy zůstává náročným úkolem a multidisciplinární výzvou.

2 Intimita

V této kapitole se budu zabývat tématem intimity. Intimita je pojem zastřešující mnoho příjemných aspektů vztahu. Bezpochyby sem patří láska, sex, důvěra. Ačkoliv nabývá intimita v životě každého jedince subjektivního jedinečného významu, pokusím se ji přiblížit v konkrétních rovinách, které jsou často její součástí. Dále rozvedu problematiku intimity v kontextu poruch příjmu potravy. V této práci se snažím prozkoumat specifickou podobu intimity u dívek, které trpí některou z forem této nemoci.

Výrost & Slaměník (2008) předkládají, že význam latinského slova *intimus* je vnitřní, skrytý před zrakem jiných lidí. Intimita je klíčová pro správný osobnostní a emocionální rozvoj jedince ve všech fázích jeho života. Je spojována s osobními vztahy. Patří sem přátelství, partnerská láska, rodičovská láska. Intimita znamená sebeodhalení druhému člověku spolu s nejnaternějšími pocity a značí na těsnou blízkost a provázanost dvou lidí.

Pokud je intimita vnímána jako sebeodhalení, dovoluje jedinci nemít strach ze zranění sebe sama, když projeví druhému člověku něhu po fyzické i duševní stránce. Intimní vztah by měl být založen na důvěře jednoho v druhého, úctě a respektu (Říčan, 2004).

Intimita se týká udržitelnosti vztahů, včetně míry, do jaké se ve vztahu sdílí a přijímá (i nedostatky). Zahrnuje budování a udržení důvěry a fyzické a emocionální blízkosti. Tyto aspekty jsou nejdůležitější směrem k autentičnosti vztahu.

Lackley (2017) vymezuje čtyři **typy intimity**:

1. Intelektuální – pár diskutuje, vyměňuje si různé myšlenky, nápady.
2. Experimentální – pár se podílí na společných činnostech, jako je sport, koncerty, filmy, výlety s přáteli i jako pár.
3. Emocionální – zde se každý jedinec identifikuje a sdílí své pocity ohledně událostí, situací a v konverzaci. Tento krok je nezbytný pro to,

aby se dokázal spojit a cítit blízkost s partnerem. Partner dokáže pochopit a přijmout emoce toho druhého.

4. Sexuální – zahrnuje pohlavní styk a sexuální jednání. Dále také objímání, držení rukou a mazlení.

Mosier (2006) říká, že intimita je **silně osobní vztah**, který se značí stálým pocitem blízkosti, založeném na bezpodmínečné lásce, je předpokladem pro trvalý zdravý vztah a realizuje se až po vzájemné dohodě partnerů. Nelze vytvořit intimní sféru, pokud na sebe nejsou oba partneři naladěni. Těsné vztahy jsou typické svým emocionálním propojením, hlubokou důvěrou, empatií, porozuměním, vzájemnou závislostí, společnými postoji či zvyky.

„Intimita je spojením vlastní identity s identitou druhého bez přítomnosti strachu, že ztrácíme sebe či rozpouštíme své „já“. Měla by obsahovat ale rovněž závazek a může být vyjadřována sexuálně“ (Farková, 2009).

Erikson (2002) popsal osm stádií vývoje jedince, kdy prvním znakem dítěte na cestě k sociální důvěře je, že se nechá nakrmit, v klidu spí a vyprazdňuje. Zásadní pro teorii intimity jsou stadia páté a šesté. V pátém stadiu jedinec řeší vlastní identitu v protikladu k difuzi rolí. Snadno se může identifikovat se svým partnerem a do něj projevovat svá přání a představy. Tímto způsobem může zcela přijít o vlastní identitu. V šestém období jedinec završil v rámci dospělosti hledání identity a je nachystán na kompromisy a oběti, jež souvisí se spojením v rámci partnerského vztahu. Zápasí se strachem ze ztráty ega, kterému ho vystavuje např. solidarita v partnerských vztazích, sexuální spojení, těsná přátelství, fyzický boj atd. Nezvládnuté stadium intimity se projevuje jako distancování a zahloubání se do sebe.

2.1 Láska

V této části rozvedu téma lásky, která označuje silnou náklonnost, oddanost nebo touhu.

„Naše identita má od samého počátku dvojí tendenci: přibližovat se k ostatním, abychom našli lásku, a vzdalovat se od nich, abychom si potvrdili svou rozdílnost. Cílem přibližování je najít příslušnost, cílem vzdalování vyjádřit naši individualitu. To, jak si tento dvojí pohyb v životě osvojíme, je významné pro podobu našich pozdějších milostných vztahů – všechno se odehrává mezi protikladnými póly splynutí a oddělení“ (Corneau, 2013, s. 25).

Autorem **triangulární teorie lásky** je Robert Sternberg (in Výrost & Slaměník, 2008). V ní je intimita brána jako jedna ze tří dimenzí trojúhelníkového modelu lásky. Dále sem patří vášeň a závazek. Intimitu vnímá jako silný pocit blízkosti, zahrnující starostlivost, porozumění a důvěru. Jako motivační složku vidí vášeň, jež se pojí s významnou psychickou aktivizací. Třetí dimenze – závazek, značí těsný vztah, jenž tvoří jedinečnou jednotku páru. Každá z těchto dimenzí má podle Sternberga jiný vývoj v čase. Intimita se podle něj prohlubuje nejvíce v počátečních fázích vztahu, později mírně klesá. Stejnou křivku, ale kratšího trvání, má vášeň. Závazek se zvyšuje zejména u úspěšných párů a také přirozeně prochází svými výšinami i pády. V triangulární teorii Sternberga využívá metafory trojúhelníku, kde každá z dimenzí lásky má svůj vrchol.

Dle Sternberga (1986) je láska složitý celek, který je dílem řízený instinkty a pudy, které jsou předávané geneticky, a pravděpodobně větším dílem pozorovanou naučenou sociální rolí.

Na tom, jak jedinec prožívá ve svém životě lásku, se podílí dosavadní výchova, životní zkušenost, jeho povahového rysy, doba i prostředí. Vždy se zamilovává podle svých možností a vlastností. Zklamání mohou nastat například, když neodhadne vlastnosti svého partnera a očekává projevy lásky, jichž partner není schopen a zároveň nedokáže přijímat to, co mu partner nabízí (Knoblochová, 1964).

Firestone et al. (2006) říkají, že **láskyplný vztah** je výrazem psychických a emocionálních citů, touhy uspokojit partnera, něhy, soucitu a citlivosti vůči potřebám toho druhého, potřeby po společných cílech a aktivitách a přiměřené míře sdílení.

Willi (2006) uvádí, že láska je koevoluce, ve které realizujeme sebe samé. Lidé v ní hledají naplnění svých přání a tužeb, tato potřeba je však limitována mírou schopnosti vzájemného porozumění a otevřeností. Jako podstatnou vlastnost lásky vidí konstantní boj o udržování naděje ve vztahu navzdory tomu, že láska není nikdy úplně naplněna.

„Já by se nemohlo rozvíjet bez těch ostatních, bez lásky. Naše individualita po celý život potřebuje druhé, aby se lépe poznávala, utvářela, vyvíjela, identifikovala a diferencovala, to znamená, aby upevňovala rozdíly a přisvojovala si podobnosti“ (Corneau, 2013, s. 27).

Schopnost milovat, jež zahrnuje empatii, laskavost, štědrost, něhu, je podmíněná schopností jedince, vážít si sám sebe. Komplikovanější situace nastává u jedinců, jejichž city byly nějakým způsobem v dětství zraněny. Je pro ně náročné přijímat něhu a sexuální odezvy partnera, když se jim zároveň vynořují bolestivé pocity z minulosti. Aby byl zachován láskyplný naplněný vztah, oba partneři by měli být schopni čelit ohrožení obranného systému ega, jež partner představuje. Také by měli být ochotní měnit negativní obraz sebe samotných, jež byl budován v jejich původní rodině (Firestone et al., 2006).

2.2 Sexualita

Sex patří mezi přirozené lidské potřeby stejně jako jídlo, pití, spánek. Na rozdíl od zmíněných potřeb se bez něj dá žít, ale tím by se člověk ochudil o pocit uspokojení a možnost cítit se jako milující a milovaná osobnost.

Mahoney (1983) mluví o **třech dimenzích sexuality** a to: biologické, sociální a psychologické:

- **Biologická dimenze** zastřešuje vše tělesné, stavbou pohlavních orgánů počínaje, složitou funkcí nervového systému konče. Biologická dimenze může nést také limity např. v případě erektilních dysfunkcí či anorgasmie.
- **Sociální dimenze** se promítá do individuálních rozdílů jednotlivých kultur ve vnímání sexuality. Patrné je to třeba ve vnímání masturbace. Dříve záležitost demonizovaná rodiči, náboženskými vůdci i doktory, dnes normální dokonce prospěšná a velmi příjemná součást života.
- **Psychologická dimenze** ukazuje, jak myšlení, vnímání, zkušenosti a individuální osobnost ovlivňují unikátní sexualitu jedince.

Zdravý sexuální život je potenciálním zdrojem potěšení, radosti a naplnění. Radost z vášně, erotiky a sexuální intimity a dávání a přijímání citů jsou základním aspektem lidského života. Jako velmi pozitivní je brána kombinace láskyplného sexuálního kontaktu a pravého přátelství jako základu pro intimní vztah. Ale sexuální vztah může být také nebezpečnou citovou investicí, protože někdy vzbuzuje strach a smutek. Zdravá sexualita zahrnuje sexuální aktivity do běžných dnů, nezaměřuje se na sexualitu jako na izolovaný subjekt. Individuální přístup jedince k sexu reflektuje jeho živost, celkový vzhled a vyjadřování něžností a citů. Předpokladem pro dobrou komunikaci v sexu je respektování druhého partnera, empatie a porozumění (Firestone et al., 2006).

Např. v 19. století již partnerské svazky neplnily primárně ekonomicky výhodnou roli. Do popředí se dostala romantická stránka lásky, což podpořila i velká obliba zamilovaných příběhů tzv. červené knihovny. Partnerské vztahy se začaly vymaňovat ze sítě příbuzenských vztahů a byla jim věnována zvýšená pozornost společně s jejich emocionální stránkou. Důležitost emocionality ve vztahu poprvé zastínila náklonnost k dětem. Také v minulosti dlouho přetrvávající tendence, zplodit jako rodina co nejvíce dětí, vyhasla. Sexualita získala pro ženy úplně jiný smysl, když byla významově

oddělena od cyklu těhotenství a porodů. Opadl tudíž i strach a úzkost z ní. Došlo k sexuální revoluci. Zásadní roli v tomto hrál i objev funkční antikoncepce a umělého oplodnění. Tímto nabyla sexualita jedince úplné autonomie a stává se kvalitou partnerů a jejich recipročních transakcí (Giddens, 2012).

V současné době už sexualita není dle Giddense (2012) otázkou přirozenosti člověka, stává se **vlastnictvím člověka**, které se kultivuje. Je naprosto transparentní, otevřená, veřejná a součástí budování životního stylu. Je to charakteristický rys jedince, jež se dá modelovat, a také první spojnice mezi tělesnou stránkou, identitou a společenskými zvyklostmi.

Fromm (2015) nám říká, že bychom se mylně mohli domnívat, že sexuální přitažlivost je výhradně motivována potřebou odstranění napětí, ale přitom jde především o potřebu spojení s druhým pohlavním pólem. Mužství a ženství se projevuje nejen v sexuální funkci, ale také v charakteru. Pronikání, vůdcovství, aktivita, kázeň a dobrodružnost, to jsou kvality typické pro muže, na rozdíl od ženských kvalit vnímavosti, protektivity, vytrvalosti a mateřskosti. Tyto kvality nejsou striktně rozděleny, míchají se mezi sebou, ale většinou vždy v dominanci kvalit příslušného pohlaví. Tak jako se oslabené mužské charakterové rysy mohou promítnout do sadismu a potřeby dokazovat si svou mužskou zdatnost, tak se oslabená či zvrácená ženská sexualita může přeměnit v masochismus či majetnické nároky na partnera.

Co se týče statistiky, sedmnáctý až osmnáctý rok, to je období, kdy s pohlavním životem začíná průměrný Čech či Češka. Mladé ženy častěji než muži začínají se sexuálním životem se stálým partnerem. S liberalizací sexuality přichází paradoxně větší zodpovědnost. Masturbace je typickým předchůdcem samotného koitu. Lidská sexualita je nejčastěji projevována pomocí sexuálních aktivit, tedy soulože. Tři čtvrtiny žen dochází k orgasmu během soulože alespoň v polovině případů. Průměrný počet sexuálních partnerů u žen ve výzkumu Weisse a Zvěřiny (in Možný, 2008) bylo pět a většina neuvedla větší číslo než deset. Pouze pětina žen však uvádí pouze jednoho životního partnera. V posledním desetiletí stoupl počet promiskuitních mužů a žen. Polovina žen uvádí nevěru v manželství. Ženy mají na rozdíl od mužů větší tendenci k

dlouhotrvajícím mimomanželským vztahům. Tři procenta žen mají zkušenost se sexem za peníze a čtyři procenta žen uvedlo homosexuální zkušenost.

2.3 Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy mohou být brány jako náhrada intimity, způsob, jak přehlušit vnitřní prázdnotu. Intimita vyžaduje určitou úroveň emocionální zralosti, komunikačních dovedností a jasně vymezené identity, což jsou oblasti, ve kterých dívky s poruchami příjmu potravy často selhávají.

Newton et al. (2006) provedli na základě fenomenologického přístupu výzkum, kde zjišťovali chápání intimity z pohledu dívek s mentální anorexií. Studie poukázala na to, že dívky s anorexií mají **neuspokojivé vztahy** v oblastech vztahujícím se ke špatnému manželskému přizpůsobení a nedostatku otevřenosti mezi partnery během komunikace, stejně tak jako omezené a neuspokojující sexuální zážitky. Konkrétně se výzkum zaměřil na problematiku rozvíjení významů intimity u takto nemocných dívek. Cílem výzkumu bylo, aby tyto dívky popsaly své zkušenosti s intimitou ve vztazích, aby definovaly, v čem je pro ně intimita zastoupena a co potřebují, aby bylo v rámci jejich romantických vztahů intimní. Pro mnoho dívek překročila jejich požadovaná úroveň intimity úroveň, jež byla skutečně v jejich vztahu přítomna. Prvky, které dívky popisovaly jako intimní, odrážely emocionální a fyzickou blízkost. Emocionální intimita byla popisovaná jako pocit, že jsou s partnerem „na stejné vlně“ nebo že jsou spojeni. Z toho vyplývá, že u nich může být dosaženo emocionální blízkosti skrz vzájemnou blízkost; pocit, že je partner akceptuje, jim dovoluje být autentickými a podpořit vlastní odhalení ve vztahu. Fyzická intimita pro ně zahrnuje jak sexuální, tak i se sexem nespojené zážitky. Z výsledků studie rovněž vyplynulo, že pro mnoho žen byly nesexuální zážitky ve vztahu lépe hodnoceny z důvodu nedostatku touhy a nízkého sebevědomí. Posledního prvku intimity je u nich dosahováno prostřednictvím volnočasových a rodičovských aktivit. Provedená studie neprokázala, zda jsou zkušenosti s intimitou u žen s diagnózou mentální anorexie jiné než u žen bez této diagnózy. Významy intimity měly velkou podobnost s těmi u zdravých respondentek. Nicméně jejich intimní zkušenosti měly velice souvislost s poruchou příjmu potravy. Například nedostatek reagování ve vztazích byl spojen se strachem z odmítnutí na základě jejich

poruchy. Kromě toho je pravděpodobné, že snížený zájem o sexuální vztahy u nich vzniká na základě poklesu hladiny hormonů v důsledku úbytku hmotnosti. Celkově výzkum naznačuje, že ačkoli dívky s mentální anorexií trpí nespokojeností v intimních vztazích, mají na straně druhé i uspokojivé zkušenosti.

Poněšický (1999) vidí u mentální anorexie **trojí patologii**: omezená emocionalita a pudovost, jež je nahrazena rozumem, vůlí a úsilím např. ve škole či sportu nebo snaha o krásu, estetično a duchovno. Z obavy, že se dostanou opět do overprotektivního těsného vztahu, dívky s mentální anorexií ve vztazích nastolují absolutní ohraničení a nezávislost. Z důvodu slabé schopnosti sebeocení se dívky střídavě obviňují a cítí vůči sobě silný odpor, ale taky si dokazují svoji převahu nad ostatními lidmi.

Hladovění se může jevit jako **stávka proti bezmoci** spojené s ženskou sexualitou. Naplnění jídlem je zde metaforou pro sexuální proniknutí. S hladověním souvisí pocit éterické čistoty a nedeterminovanosti (Danzer, 2001).

Studie Hopwooda et al. (2007) naopak zkoumala intimitu u dívek s mentální bulimií. Bylo zjištěno, že tyto dívky podporují své **nezdravé mezilidské interakce** tím, že se chovají neasertivně, sociálně – vyhýbavě, mstivě až dominantně. Také se u nich objevovala nedostatečná citová podpora od přátel a rodiny.

Dívky trpící mentální bulimií jsou často přemožené vlastním pocitem studu nad velkým množstvím jídla, které konzumují a s tím související nadváhou. Je pro ně těžké cítit se hodny lásky a uznání od partnera, když samy vůči sobě pocíťují odpor. Tyto dívky jsou náchylné k tomu vytvářet závislé vztahy, které postrádají pravou podstatu zdravého vztahu. Typický je pro ně rámec vnímání „všechno nebo nic“. Touží po neohraničenosti a mívají narušený vztah k roli svého pohlaví. Jelikož opakem závislosti je vztah, vyjadřují dívky s bulimií přejídáním a následným zbavováním se jídla vlastní osamělost. Neustále narážejí na hrany, které nechtějí přijmout a to pouze zvyšuje jejich frustraci (Danzer, 2001).

Udržení emocionální intimity ve vztazích není vždy snadnou a pohodlnou záležitostí. Ve vztazích, ve kterých hledáme lásku, podporu a přátelství, někdy prožíváme hořké zklamání. Obzvlášť přínosné však je, když se dívky s poruchami příjmu potravy

naučí fungovat ve vztazích, přestože nejsou vždy stoprocentně uspokojeny jejich potřeby. Smysluplné vztahy mohou zaplnit prázdnotu, kterou nešťastně zaplnily právě tyto nemoci (Svoboda a kol., 2015).

„PPP (poruchy příjmu potravy – pozn. Hájková) se vyvíjí v rámci sexuálního vývoje a ovlivňují sexuální zrání. Je třeba je posuzovat také v kontextu vývojové krize. Nedostatek autonomie a orientace na dominantní blízké osoby vedou k tomu, že se u pacientů předčasně vyvíjí obavy, že nebudou moci vyhovět očekáváním svých blízkých. Jejich život je určován pocitem strachu, že dělají něco špatně, a pocitem fatální bezmoci. V této beztak obtížné situaci postižení podléhají tělesnému a sexuálnímu vývoji s pubertou. Sexualita, kterou prožívají jako nekontrolovatelnou, zesiluje pocit bezmocnosti a insuficience. Často je v této souvislosti vlastní neschopnost vyrovnat se s počínajícím sexuálním vývojem připisována tělu a autonomie je zaměňována za kontrolu biologických impulzů“ (Svoboda a kol., 2015, s. 251-252).

Dívky s poruchou příjmu potravy mohou mít velký **strach z intimity** a zakládání vztahů, jelikož mívají často s nemocí spojený narušený sebeobraz a to, jak je ostatní vnímají. Dále se mezi symptomy řadí nízká sebeúcta, deprese či úzkost, což u nich vytváří bariéry na cestě k intimnímu vztahu. Mnoho partnerů žen s poruchou příjmu potravy uvádí, že se cítí až na druhém místě za nemocí a emočně a fyzicky vzdálení své družce. Poruchy příjmu potravy ovlivňují všechny úrovně vztahu. Od toho, kde a co jíst, přes plánování narozeninových oslav, nakupování nebo založení rodiny. Jak již víme, mentální anorexie bývá doprovázena amenoreou. Nízká tělesná hmotnost, fyzické komplikace či hormonální nerovnováha mohou snížit sexuální vzrušení (Gottlieb, 2016).

V mnoha západních společnostech je intimita vnímána jako zdravá součást vztahu. Porucha příjmu potravy vytváří „falešné Self“, to jak by dívky chtěly vypadat a jakou tvář nastavují světu (Newton et al., 2006).

V rámci stávajícího výzkumu mají ženy s mentální anorexií tendenci nemít partnera či sexuální vztah. Ženy s mentální bulimií začínají se sexuálním životem časně, hlásí vyšší počet sexuálních partnerů a častý pohlavní styk (Pinheiro et al., 2010).

3 Vztahová oblast

V této kapitole seznamuji s oblastí osobních vztahů, protože téma souvisí s cílem mé práce a to je prozkoumat individuální vnímání intimních vztahů dívek, které se potýkají s poruchou příjmu potravy. Vztahová rovina je součástí lidského bytí. Člověk je vztahová bytost a potřeba vztahů je jeho součástí. Vztahy mohou být různé. Nelze opomenout oblast vztahů rodinných, partnerských, sourozeneckých a vrstevnických.

3.1 Partnerské vztahy

V další části se budeme věnovat oblasti partnerských vztahů, což je křehká vztahová struktura se svojí specifickou dynamikou vývoje.

Typicky partnerský milostný vztah prochází fázemi od milostné touhy přes volbu partnera, zamilovanost, zklamání z lásky, popřípadě kompenzace chybějícího naplnění až k vybudování společného světa založením rodiny a nakonec společné soužití na stáří. Tento průběh však může být narušen rozchodem nebo rozvodem (Willi, 2006).

Dallaire (2009) říká, že partnerský milostný vztah jde ve vývoji po těchto etapách: vášeň, boj o moc, rozdělení moci, závazek a otevřenost vůči druhému.

Dle Poněšického (2004) zahrnuje dlouhodobý vztah schopnost řešit společně konflikty, odpovědnost, věrnost, odříkání, férovost, vzájemnou podporu, vytváření společného vnitřního světa, identity, cílů, budování domova, atd. Mezi úskalí takového vztahu může patřit například boj o moc, kdy se jeden z partnerů může cítit druhým občasně utlačován či využíván, odlišné představy o vztahu, společném životě a chování partnera, rozdílné názory.

„V rámci psychologie a příbuzných profesí, ale i v širší veřejnosti je trvale vlivné pojetí mužského a ženského principu C. G. Junga. Maskulinita a feminita tvoří archetypální matici, která je transkulturní a ahistorická. Mužský a ženský princip jsou komplementární, vzájemně se doplňují a setkávají v jednotlivých mužích a ženách“ (Gjuričová & Kubička, 2003, s. 50).

Podle Corneau (2013) je žena i v dnešní době podrobena principům patriarchátu, byť třeba nevědomě. Tento myšlenkový systém stojí na předpokladu, že myšlenky, pocity a skutky mužů jsou nadřazeny těm ženským. Citové a domácí aspekty jsou devalvovány. Z patriarchátu pramení rozpolcenost, která přivedla muže a ženu do reálného traumatu. A tak se vedou války o to, kdo je ve vztahu pán a kdo je sluha. Autor vidí řešení v práci na obnově důvěry ve vztahu, postavené na rovnoprávnosti a navzájem se prolínajících úlohách muže a ženy. V dnešní době muž a žena vyžadují samostatnost, tudíž blízké soužití nemusí být založeno na vzájemném sebeobětování, ale jde spíše o jednotu, která však nevyklučuje samostatný život partnerů a jejich individualitu.

Peseschkian (1995) rozlišuje v rámci pozitivní psychologie **tři stádia vývoje partnerských vztahů**:

1. Stadium jednoty. Zahrnuje hledání partnera, touhu po intimitě, přání po vytvoření jednoty s druhým člověkem. Schopnost lásky se promítá například do toho, jaká je úroveň sebepřijetí jedince samotného, nakolik dokáže milovat a být milován, jaký má vztah sám k sobě a k okolí a „širší my“, jež obsahuje životní filosofii jedince.
2. Stadium rozlišování. Pomocí poznávání jedinec zjišťuje, jestli má partner klíčové vlastnosti nebo jich má nedostatek. To se může týkat jeho původu, profese či světového názoru.
3. Stadium odpoutání. Snaha vymezovat svoji individualitu vůči jednotě ve vztahu. Jedinec se postupně od druhého oddaluje, nastavuje hranice, upřednostňuje vlastní zájmy, až dojde k nevyhnutelnému rozchodu.

3.2 Rodinné vztahy

Je jistě známo, že rodina je základní sociální skupina, jejíž význam pro člověka je nezpochybnitelný.

Dle Nakonečného (2009) je rodina primární malá skupina, která je z hlediska sociologie popisována jako společenská instituce, která je základem lidské společnosti a splňuje řadu společenských funkcí, z nichž velmi podstatná je primární socializace dítěte.

„V rodině se učí lásce v nejširším slova smyslu, lásce k rodičům, sourozencům, přizpůsobování kolektivu. Podle vzájemného vztahu rodičů si vytváří samo schopnost zamilovat se v dospělosti, vytvořit si trvalejší vztah k osobě druhého pohlaví a vybrat si druhá pro manželství. Ukazuje se, že spokojené manželství rodičů má významný vliv na to, zda si člověk v dospělosti dovede vytvořit vlastní spokojené manželství“ (Knoblochová, 1964).

Názory na to, kdo ještě patří a kdo nepatří do rodiny, se liší. Někde to jsou pouze členové domácnosti, jinde sem patří i příbuzní či dokonce domácí zvířata. Z hlediska neúplných rodin se o nich ještě v 70. a 80. letech mluvilo s velmi negativní konotací. S rodinou po rozvodu se pojila přívíska jako rodina rozpadlá nebo rozvrácená. Setkáváme se vedle základních typů rodin – úplné a neúplné také s rodinou nesezdanou, doplněnou, třígenerační či nebiologickou, vzniklou adopcí nebo pěstounským vztahem. V poslední době mluvíme také o rodině homosexuální, lesbické a bezdětné (Gjuričová, Kubička, 2003).

Z hlediska **typologie rodin** rozdělujeme tři druhy (Kantor & Lehr, 1975, in Sobotková, 2001):

1. Uzavřený rodinný systém – pevná struktura, rigidní prostor, pravidelný čas.
2. Otevřený rodinný systém – pohyblivý prostor, proměnlivý čas a pružná energie.
3. Náhodný (nepravidelný) rodinný systém – nestabilní struktura, rozptýlený prostor, nepravidelný čas, fluktuující energie.

Rodinný FIRO model akcentuje vývojové změny v průběhu života a zátěžové situace v rodině. Seznamuje nás se třemi pilíři rodinné interakce, kam patří také pro tuto práci důležité téma intimity (Doherty, Colangelo & Hovander, 1991, in Sobotková, 2001):

1. Inkluze (vazba a organizace)
 - Struktura (hranice, role, pozice, spojení)
 - Propojenost (pečování, začlenění, oddanost, afiliace)

- Sdílené významy (identita, loajalita, rituály)
2. Kontrola (vliv a moc)
- Dominantní (konfrontace, přinucení, dominance)
 - Reaktivní (podřizování se, stažení se, neposlušnost)
 - Spolupracující (vyjednávání, kompromisy, řešení problému)
3. Intimita (sebeotevření)
- Vzájemné sdílení pocitů
 - Vztah k druhému
 - Sexuální interakce mezi partnery
 - Vulnerabilita.

V naší kultuře je zakořeněná tradiční **patriarchální struktura**. Ve všech kulturách historických epoch najdeme tento univerzální organizační princip společnosti a nadřazenost muže nad ženou je také vysvětlována všemi hlavními náboženskými směry. Úděly muže a ženy byly v minulosti percipovány jako neporovnatelné, do osvícenství byly vnímány jako odlišné bytosti. V 70. letech 20. století feministická kritika vnesla názor, že systemický pohled nepřihlížel k tomu, že muži a ženy mají i v důvěrných vztazích jinou představu o intimitě, autonomii, sdílení, zodpovědnosti, pečování. Maskulinní a femininní vztahové vzorce chování se reprodukují v dětství a dospívání prostřednictvím socializace. Na historickou nerovnost pohlaví upozornila především sociální a politická feministická hnutí. V důsledku toho došlo k proměně společenské atmosféry (Gjuričová & Kubička, 2003).

Dle Špaňhelové (2010) existuje široká paleta reakcí dítěte na rozvod rodičů: lhaní, drobné krádeže, noční děsy, lhostejnost, útěk z domova, pocity vinný, zamlklost, somatické projevy, koktání, zhoršení školního prospěchu, zhoršení vztahu s kamarády a spolužáky, zvýšená rozmazlenost či neposlušování, užívání sprostých slov, útěk k partě

či lásce, vzornost, nechutenství, popření, koalice dítěte s rodičem proti druhému rodiči, zvýšená agresivita, separační úzkost, atd.

Z hlediska rozvodové situace plány na rozvod nebývají většinou pro děti žádným tajemstvím. Děti rodičovské rozhovory zachytí a sami o nich konverzují. Rozvod rodičů se často projeví ve školním prospěchu či poruchách chování (Gjuričová & Kubička, 2003).

3.3 Teorie rodiny

V této části se budeme věnovat teoriím rodiny, které např. zahrnují teorii rodiny jako **sociální dělohy** nebo **teorii mostu**.

„Rozdíl, který byl mezi muži a ženami ve všech živoucích kulturách záměrně kultivován a potvrzován, umožňuje i dnes vznik rodiny jako prostoru, jehož relativní uzavřenost je nutnou podmínkou pro zrání a výchovu dětí. Tím připomíná rodina dělohu, jejíž funkce se opakují na sociální úrovni“ (Chvála & Trapková, 2004, s. 12).

Dítě žije v symbióze s matkou i několik měsíců po narození. S matkou tvoří celek, který poprvé lehce naruší trauma z odloučení od bezpečného prostředí placenty porodem. Malými frustracemi, kdy například dítě nedostane hned to, co potřebuje, si zažívá vědomí vlastní existence. Z toho vyplývá narcismus dítěte, které je zvyklé uspokojovat jenom své vlastní potřeby, ale také je nezbytným základem pro rozvoj sebelásky. Osobnost dítěte se nejdříve výrazně promíchá s osobností matky a otce, ale s nástupem do školy už bývá přirozené oddělení, individualizace a identifikace s jinými hodnotami, než jaké má rodina (Corneau, 2013).

Dle Langmeiera a Matějčka (2011) má rodina hlavní vliv na duševní vývoj dítěte. Každý v rodině plní nějakou roli a přispívá k naplnění životních potřeb dítěte – fyzické, citové, intelektuální, morální. První emoční podněty přichází od matky, jež se na dítě směje, chová ho, hladí a reaguje na něj. Avšak už v předškolním věku začíná být evidentní významná role otce jako představitele autority ale i jistoty. Pokud se rodina jako systém rozpadne, hrozí dítěti deprivace z důvodu, že nejsou naplněny funkce rolí jednotlivých členů rodiny.

Glaesonova **teorie mostu** nám říká, že se muž a žena neustále vyladňují na dětskou řeč a polarizují. Matka (jin) se do dítěte dokáže více vcítit, více s dítětem komunikuje a snaží se mu poskytnout bezpečí, je spjata s domovem. Otcové (jang) používají náročnější komunikaci a jsou méně nastaveni na dětský jazyk. To jim ženy obvykle zazlívají a označují to leností, ale pro děti je tento mechanismus velmi užitečný. Otec se takto stává mostem mezi akceptujícím prostředím rodiny a vnějším světem se svými specifickými požadavky (Chvála & Trapková, 2008).

„Podstata ženského jazyka – akceptování. Žena je spíš na příjmu, je aktivní uvnitř, rozdílly neprožívá konfrontačně, nechává je ležet volně vedle sebe. Její animus je schopen opačných – mužských funkcí. Podstata mužského uvažování – vymezování. Mužova aktivita směřuje především zevnitř ven. Ve světě rozpoznává rozdílly, hodnotí, co je lepší a horší. Jeho anima je schopna opačných – ženských funkcí“ (Chvála & Trapková, 2008, s. 40).

Chvála a Trapková (2004) rozpracovali **teorii rodiny** jako **sociální dělohy**, kdy odpoutáním se od rodičů, dítě směřuje k sociálnímu porodu, jež kopíruje porod biologický. Sociální děloha je chráněný prostor, jež může tvořit pouze muž a žena v těsném dlouhodobém vztahu. Dítě osciluje ve vývojové trajektorii mezi otcem a matkou, tedy mezi dvěma různými jazykovými principy. Matka – otec – dítě tvoří metaforicky trojúhelník. Otec naznačuje směr ven, matka dovnitř. Jak se dítě odklání od jednoho pólu k druhému, podporuje tím zároveň svůj zdravý sexuální vývoj. V rodinách bez jednoho z pólů často dochází k rozvoji psychosomatických poruch, konkrétně mentální anorexie a mentální bulimie.

Na rozvoji partnerských vztahů se mimo jiné podílí dimenze vzoru. Tady sídlí kořeny konfliktů ve vztazích: vztah k rodičům, sourozencům nebo někomu jinému, kdo se o nás v dětství staral, vzor rodičů – to, jak vypadalo jejich manželství, kontakt s vnějším světem, názory rodičů o světě a životě, jejich životní motto a koncepty rodiny (Peseschkian, 1995).

Jako největší **ohrožení ve vývoji** dítěte vidí Langmeier s Matějčkem (2011) **nepřítomnost matky**, protože s ní souvisí naplňování většiny duševních potřeb dítěte a především ona představuje domov. Ukazuje dítěti, jak vypadá vztah k člověku a jak mít

důvěru ve svět kolem nás. Úlohu matky může nahradit i nevlastní matka, vychovatelka nebo babička, ale ukazuje se, že zde mnohem častěji vznikají konflikty z důvodu složitějších a vypjatých vztahů. Běžnější situací je chybějící otec tzv. paternální deprivace. Matka je postavena před náročnou situací, kdy musí zastat obě úlohy rodiče. Je na ní vyvíjen psychický tlak a navíc je nucena postarat se o finanční situaci rodiny sama. Dítě se potýká s nedostatkem autority, kázně a pořádku, což jsou atributy, které většinou ztělesňuje otec jako vzor mužskosti.

Zdravý vývoj dítěte dle Chvály a Trapkové (2004) probíhá tak, že po narození dítě směřuje k přirozenému narcismu, v období 2–3 let dochází k prvnímu vzdoru, kdy se dítě odděluje od symbiózy s matkou. Otec stojí v pozadí a zaštiťuje matku. Může také žárlit, protože dítě si nárokuje veškerou pozornost matky. Období 6–12 let je obdobím nacházení hranic mezi rodinou a okolím. Ve 12–18 letech již dítě překračuje hranice rodiny, v děloze přestává být tak bezpečně a na konci tohoto období dochází k sociálnímu porodu, tedy separaci.

Před pubertou sledujeme dle Gjuričové a Kubičky (2003) u dívek výraznou toleranci ke ključím projevům. S nástupem puberty však přichází apel na dodržení typických femininních projevů. Hovoříme zde o tzv. „ztrátě hlasu“ adolescentních dívek, což zahrnuje zřeknutí se vlastních názorů, které by byly v odporu s feminitou. Dívky se identifikují s péčí o krásu, blízké lidi a s neprosazováním vlastních nároků.

Na cestě sociálního porodu dívka prochází dvěma zásadními fázemi. Ve 12–16 letech prochází „omaminkováním“, tedy zasvěcením do ženského světa. Chybou je, když se matka vyhýbá intimitě směrem k dceři a vnímá ji a jedná s ní předčasně jako s dospělou. V tomto prostředí je anorexie výkřikem dívky, že je ještě dítě. Dcera se dostává do stejné roviny jako matka, vstupuje do světa žen, do světa dospělosti. Matka velmi určuje budoucí vztah k mužům dcery. Měla by si s ní povídat o životě, vztazích a mužích. Dcera se zároveň podílí na rodinných pracích (Chvála & Trapková, 2004).

V 16–18 letech dívka prochází „otatínkováním“. V tomto období je na otci, aby porod dokončil, dceru podpořil a uvedl ji do mužského světa. Jestli porod dopadne úspěšně, závisí také na tom, jak se otec chová k dceři a k matce, jak podporuje dceřinu sebeúctu a zda ji ubezpečuje o tom, že je jako žena v pořádku. Po dokončení této fáze je

již v děloze těsno, matka si bere zpátky otce. Problém nastává, když otec nereaguje na odklon dcery. V tomto momentě může u dívky propuknout mentální bulimie, čímž dává najevo, že už je žena (Chvála & Trapková, 2004). Pearson přichází s koncepcí rodiny, která amplifikuje mužovu schopnost integrovat rodinu do širší společnosti na co nejvyšší příčce stratifikační úrovně (Možný, 2002).

„Kdo svou dceru udržuje v závislosti a pocitu, že je malá, aby si ji udržel pro sebe, ten jí zabraňuje ve zrání a v samostatnosti, a působí jí ponížení. Osobnosti, které není dovolena a přiznána samostatnost, kterou lze po libosti využívat pro sebe a zneužívat, takové osobnosti je nejen bráněno ve vývoji, ale navíc je ponížena a lži připravena o svou pravou identitu“ (Röhr, 2011).

„U některých deprivovaných dívek vidíme v pozadí nejasnou touhu po nových citových prožitcích, která je uvádí do erotických vztahů, v nichž při své povahové nezralosti nedovedou vytrvat ani dosáhnout citového uspokojení“ (Langmeier & Matějček, 2011, s. 158).

Na základě doplnění dceřiny zkušenosti s dospělou matkou o druhou polaritu světa dospělých, je později schopna kultivovat vztah s partnerem, musí se odseparovat od svých rodičů do světa dospělých a přijmout zodpovědnost za svůj život. Když se dcera vztahu s otcem nasytí, začne jí v tomto vztahu být těsno a začíná muže poznávat svět mužů i po sexuální stránce. K tomu většinou vyhledává své vrstevníky. Matka by měla dceři vyslat zprávu: „Toto je můj chlap – ty si jdi hledat jiného“ (Chvála & Trapková, 2004).

V případě přetrvávající potřeby jedince po splynutí s druhým člověkem se dá mluvit o naivním chování. Původ mívá u výchovy příliš ochranných rodičů, kde je hodně akcentována láska a celkově primární schopnosti. V důsledku toho se dítě stahuje do izolace nebo do vztahu, ve kterém cítí oporu (Peseschkian, 1995).

I v dnešní době můžeme u žen pozorovat zoufalství a pocit nízké vlastní hodnoty vzniklé z otcova zdůrazňování, že je „jen žena“. Vychází to z prioritního přání otců zplodit syna (Röhr, 2008).

Autoritativní výchova rodičů devalvuje vnitřní hodnotu dítěte, které buď také zaujme pasivní postoj, nebo se snaží excentrickými způsoby poukázat na svoji osobu. Jedinec tíhne k silnějším osobnostem, to může být rodič, partner, veřejně známá osoba nebo skupina. Odevzdává zodpovědnost za svou vlastní identitu druhým. Nedostatek autority zase nenastavuje dítěti hranice. Takové dítě je předurčeno ke katastrofě, když nemá vybudovanou schopnost bránit se životním krizím a je ohroženo jeho přesvědčení o vlastní všemocnosti (Corneau, 2013).

Díky biologickým, sociálním a psychologickým tlakům dochází v rodinách neustále ke změnám. Tyto změny nejsou časově ohraničené. Děti se učí od svých rodičů v dětství i v průběhu života a stejně tak se rodiče učí od nich. Cyklus vývoje rodiny jako celoživotního kontextu socializace, přizpůsobování a učení se je známý. Typické jsou dramatické události v rodině jako např. když potomek odejde od rodiny a je nezbytné, aby došlo k redefinici vztahů, zodpovědností a povinností. V těchto situacích dochází často v rodinách k potížím. Symptomy dítěte či rodiče mohou naznačovat na to, že rodina nedokáže uskutečnit přechod do další fáze vývoje (Gjuričová & Kubička, 2003).

Dobří rodiče jsou si vědomi nevyhnutelnosti změny, poněvadž děti přecházejí rychle z jednoho stádia vývoje do druhého, stejně tak procházejí vývojem dospělí a celý svět. Tito rodiče berou změnu jako nezbytnou součást života a přistupují k ní tvořivě ke zdokonalení jejich rodiny (Satirová, 1994).

3.4 Mateřský, otcovský a sourozenecký komplex

Otcovské a mateřské komplexy patří k nejsilnějším komplexům naší psychiky a vznikají na základě našeho vztahu s rodiči.

Smolík (2002) uvádí, že dle hlubinných psychologických teorií manipulace s jídlem v případě mentální anorexie značí nezralost dítěte a jeho snahu vyhnout se sexuálním vztahům. Dále se může jednat o sexuální touhu, destruktivní nebo sadistické impulzy, ale také problémový vztah k matce. Na něm se může dle Kast (2004) projevit **negativní mateřský komplexem**. Lidé s tímto komplexem se vyznačují depresivní strukturou a nedostatečným pocitem, že mají právo na existenci. Naopak v případě pozitivního mateřského komplexu dává matka dítěti v začátku života pocit, že se dá

od života a druhých lidí očekávat jenom dobro. Děti později narážejí v konfliktních životních situacích, mají problémy s rozhodováním, jelikož to vnímají jako agresivní zásah do neohrazené struktury jejich existence.

Komplexy neboli takzvaná afektivní jádra osobnosti, vznikají na základě střetu jedince s požadavky okolí nebo událostmi, jež přesahují jeho momentální dispozici. O komplexech by se dalo mluvit také jako o shluku nevědomých konfliktních vztahových událostí. Při zasažení emoce spojené s tímto komplexem se konstelují nevědomá spojení, jež probudí všechny emoce z minulosti jedince s komplexem provázané. V důsledku toho se pravidelně aktivují obranné strategie. Síla komplexu je dána intenzitou emoce s ním spojené. Velmi silné komplexy jsou nebezpečné tím, že utlačují jáský komplex, charakteristické centrum našeho psyché, kde se rozvíjí identita a sebecit, soubor obsahů představ, jež vnímáme jako nám příslušející. Rodičovské komplexy označují strategie, pomocí nichž se dítěti dařilo doma zachovat alespoň částečně pozitivní prostředí. Úkolem dospívajících je odpoutání se z rodičovských komplexů směrem k vlastní autonomii, novým vztahům a zkušenostem. To, nakolik se jim to podaří, závisí na míře vitality, jáské aktivity a seberealizace. Když se jáský komplex nově utváří, ruku v ruce s ním jde nestabilita pocitu osobní hodnoty (Kast, 2004).

„Pocitové zabarvení komplexu, to jest typický emoční tón, je pojídlem, které jej drží pohromadě... Symptomaticky se citový náboj neomylně zjevuje prostřednictvím afektu. Autonomní komplex je jako zanícená rána a dojde-li k doteku, spuštění, aktivaci, konstelaci, jsme silně ovlivněni, jak dokazuje přemrštěná emoční reakce, například přecitlivělost, smutek, výbuch hněvu nebo rozpaky atd. Pocitové zabarvení komplexu nejen udržuje síť prožitků pohromadě kolem ústředního jádra, ale rovněž zajišťuje dynamiku a energii komplexu. Dalo by se říci, že se jedná o životní sílu komplexu, o jeho animu“ (Shalit, 2018).

Kast (2004) rozděluje původně pozitivní otcovský a mateřský komplex, který je typický ustrnutím v určité situaci v jinak správném vývoji a negativní rodičovský komplex, na němž se podílí nevhodné chování rodičů k dětem. Podstatnou částí adolescence je znehodnocení idealizace rodičů. U rodičů se může probudit závist, když děti žijí životy, které sami chtěli prožívat. Pro tuto separaci je nezbytná vnitřní síla.

Jedná se o kompromis mezi tím, co člověk chce ve svém životě a co od něho očekává jeho okolí. Adolescent si zaměňuje kolektivní cestu za striktně vlastní cestu za pravdou. V této fázi nejsou důležití natolik rodiče jako mateřské a otcovské postavy v jeho životě. U původního pozitivního mateřského komplexu se řídíme heslem „užívat si a nechat užívat si“. Tito lidé většinou očekávají dobro v tomto světě a také ho sklízí. Charakteristická je touha po zrušení hranic, splynutí a duševním rozšíření. Naopak u původně negativního mateřského komplexu je tématem získání oprávnění k existenci. Vzniká zde pocit beznaděje z toho, že nejsou ohodnoceny těmi, od kterých by rádi reflexi získali.

„Negativní mateřský archetyp požírá a pohlcuje dětskou individualitu a spontaneitu a vede k emoční stagnaci, umrtvuje prožívání i vztahové potence“ (Klímová & Fialová, 2015, s. 69).

Z archetypálního hlediska je matka podporovatelkou rozvoje, nositelkou bezpodmínečné lásky, obětování, pochopení, emoční podpory a pečování. Primární vztah s matkou by měl být naplněn naprostým bezpečím a absolutním souladem. Jedná se o všezahrnující ochranné a vyživující prostředí. To se později promítne i do vztahování se jedince k okolnímu světu. Pokud má matka nezvládnuté pocity viny, pochybnosti, je příliš úzkostná nebo nepřiměřeně kontroluje, může to vést u dítěte k pocitům méněcennosti, dlouhotrvající závislosti, emočním poruchám a zamezení zdravého psychického vývoje (Klímová & Fialová, 2015).

Kast (2004) tvrdí, že by si ženy měly najít své místo ve světě. Na začátku této cesty za individuací je postavení se „proti“ matce, které by však nemělo končit úplným odpoutáním a přerušením kontaktů. Tento názor stojí v rozporu se životem adolescentních dívek, jež společnost netlačí k překonání rodičovských komplexů a individuaci. U těchto dívek dotvoří identitu s otcovským komplexem muž-partner. Z hlediska komplexů se původně **pozitivní otcovský komplex** projevuje velkým důrazem na výkonnost. Dívka cítí silné spojení s otcem a dále se to přenáší do její závislosti na určení vlastní hodnoty autoritami. U negativního otcovského komplexu se dívka marně snaží otci dokázat, že za to stojí. Nikdy se jí nedostane patřičného uznání (Kast, 2004).

Dle Klímové a Fialové (2015) je **archetyp otce** personifikací ochrany, vedení a autority. Otec je nositelem pravidel a v případě jejich nedodržování trestá. Otec je budovatelem hranic, omezuje, aby docílil bezpečí. Nastavuje, co je správné a co ne. Podporuje výkon a úspěch ve vnějším světě a vybírá pro to vhodnou dobu. Pokud otec působí negativně, zamezuje v růstu, vytváří přílišný tlak nebo demotivuje k úspěchu.

Důležitou roli v našem životě hrají nepochybně i **sourozenci**. V průběhu života se naskytne mnoho emocionálních zážitků se sourozenci, ať už v pozitivním či negativním smyslu. I zde dochází k rozvoji komplexových vzorců chování a prožívání. Ty dále určují náš vztah k partnerovi, příteli či rivalovi. I u jedináčků může vzniknout silný komplex v podobě idealizované touhy po sourozenci nebo strachu z konfliktu s vrstevníky. Konflikt nastává také v momentě, kdy jeden ze sourozenců žije život, který by si sám druhý sourozenec přál žít (Müller & Müller, 2006).

3.5 Attachment

Téma attachmentu úzce souvisí s důležitostí citového pouta v životě člověka.

S citovým poutem mezi rodičem a dítětem se pojí také **fenomén attachmentu**, jehož autorem je anglický psychoanalytik John Bowlby. Mezi těmito dvěma jednotkami vznikají různé druhy pocitů od příjemného pocitu bezpečí, sdílené radosti ze vzájemného kontaktu, starostí o toho druhého, až po odpor, strach, vztek, hádky, atd. Attachment je vrozený systém, který nám pomáhá k orientaci ve vztazích. Pokud je určitá byt' neutrální situace spojena s kladným emočním nábojem, bude ji člověk zákonitě vyhledávat i v budoucnosti a naopak (Vrtbovská, 2010).

Novák & Lásková (2016) rozdělují **tři typy attachmentu**:

1. Bezpečný attachment – matka je bezpečnou oporou a zázemím.
2. Attachment úzkostně vyhýbavý – vznikne, pokud je pečující osoba nespolehlivá a není ztotožněna s pečovatelskou, ochrannou rolí.
3. Úzkostně ambivalentní attachment – matka neprojevuje žádnou radost z přítomnosti dítěte, přestože chce být u ní.

Attachment se dá jinak přeložit jako **vztahová vazba**. Je to vazba mezi dítětem a pečující osobou. Popisuje **hluboký vztah** pečující osoby a citovou investici do dítěte. Stejně hluboký vztah má dítě k této osobě. Její vklad uchovává, zúročí a následně předává dál. Předpokladem je psychická pohoda všestranné uspokojení potřeb dítěte. Dále se zde jedná o empatii, vřelost, podporu, vlídnou kontrolu a ochranu, mluvení na dítě, mazlení i „mazlivou řeč“. Odpovídá tomu rodičovský postoj „já jsem v pořádku, ty jsi v pořádku a svět je také v pořádku“. Pokud attachment proběhne v pořádku, rozvíjí se u dítěte sociální chování, sebeúcta i psychická stabilita (Novák & Lásková, 2016).

Pokud dítě vycítí, že matka není stabilní jednotkou, začne svoji pozornost zaměřovat na matku místo zaměření pozornosti ven, a následně není schopno plně vyvinout obranné mechanismy vůči strachu, úzkosti či agresi (Ruppert, 2011).

Pro dítě je přirozené **vztahování se** k rodičům. To, jak bude rodič o dítě pečovat a jaké city mu bude projevovat, ho ovlivní ve všech budoucích vztazích s lidmi a celkově ve způsobu bytí mezi lidmi. Rozhodujícími pro sebepojetí dítěte jsou první tři až pět let života (Vrtbovská, 2010).

„Mezilidské kontakty nám dávají specifické podněty, na základě kterých se vyvíjí a kultivuje naše psychické fungování, včetně vědomého Já – Ega. Saturace primárních potřeb bezpečí, jistoty a přijetí je určující pro rozvoj sebehodnoty, sebejistoty, identity. Na jejich základě pak prožíváme strach a úzkost, pocity viny, křivdy, ale i radost, naplnění, štěstí. A protože cítíme a prožíváme, jsme schopni navazovat a naplňovat další vztahy“ (Klímová & Fialová, 2015).

To, jestli budeme vstupovat do dalších vztahů s důvěrou či se strachem ovlivňuje úspěch nebo naopak nenaplnění v jednom sociálním prostředí. Potřebujeme určitou míru jistoty ve stávajících vztazích, abychom byli schopni participovat v těch dalších. Také je důležité vědomí, že o stávající vztahy nepřijdeme jejich rozvolněním. Potom můžeme postoupit dále. Jde o to rozšířit sociální prostředí, ne vyměnit jedno za druhé (Klímová & Fialová, 2015).

3.6 Rodiny dívek s poruchou příjmu potravy

Tato kapitola ukazuje, co je typické v rodinách dívek s poruchou příjmu potravy.

V rodinách dívek s mentální anorexií a bulimií jsou smutek, spravedlnost a obětování se silnými mechanismy, které přispívají k dynamice rodiny. Také je zde předpoklad, že rodičům těchto pacientů se samotným nepodařilo během vývoje oddělit od jejich rodičů. To znamená, že pokud se jim toto nepodařilo ve vlastním životě, nebudou ochotni podpořit vlastní dítě v této separaci. Vnímají projevy autonomie dítěte jako hrozbu pro jejich stabilitu a fungování rodiny (Józefik Pilecki, 2010).

Uvedení autoři dále ve svém výzkumu zkoumali **vnímání autonomie a intimity** v rodinách pacientů s poruchou příjmu potravy. U matek pacientek s mentální bulimií byla oproti kontrolní skupině častěji pozorována citová vazba na základě úzkosti, což zahrnuje soběstačnost a poruchy intimity. U matek pacientek s mentální anorexií byla zase patrná závislost, neschopnost převzít zodpovědnost za rozhodnutí, nedostatek respektu k názorům jiných členů rodiny, nedostatek otevřenosti ve vzájemných vztazích, omezené spektrum vyjádřených pocitů a neschopnost řešit konflikty. Bylo zaznamenáno narušení autonomie a intimity u otců pacientek s mentální anorexií, zatímco u otců dívek s mentální bulimií bylo zaznamenáno pouze narušení autonomie. Tento výzkum se uskutečnil za použití rozhovorů o Attachmentu a stejně jako jejich dcery, matky dívek s mentální anorexií byly charakterizovány nejistým odmítavým stylem citové vazby, odpovídajícím poruchám autonomie a intimity. Odrazující postoj matek, který byl reprezentovaný vyhýbáním se konfrontace s potenciálně bolestivými emocionálními záležitostmi, zrcadlí potlačování hladu jejich dcer. Autoři uvádějí, že takové odmítavé chování omezuje reakci matky na emoční potřeby dítěte, zvláště pokud mají dcery negativní pocity. Je zajímavé, že stejně jako jejich dcery, matky byly charakteristické svou nízkou úrovní funkční reflexe a vysokou idealizací. Tato pozorování byla interpretována jako znak potíží matky se zpracováním emocí zejména z důvodu nevyřešené ztráty. Ve zkoumané skupině matek byla patrná vysoká míra ztráty nebo traumatu. Autoři dospěli k závěru, že tento proces mohl být nedobrovolně a nevědomky přenesen na dcery, čímž se zvýšilo riziko rozvoje mentální anorexie. Je možné, že potíže s autonomií a intimitou v rodinách pacientů s poruchou příjmu potravy vyplývá

z neschopnosti rodiny fungovat nezávisle. Snaha těchto rodin splnit sociální očekávání může být projevem obtíží při formování vlastního života. Jedinci s poruchou příjmu potravy mohou mít touhu po sociálním přijetí, která může zasahovat do jejich schopnosti vyjadřovat intimitu s rodinnými členy. Tyto rodiny jsou často orientovány „vně“. To může vést významně k omezením v kritickém přístupu např. ke kulturním modelům včetně „štíhlého“ vzhledu. Ženy vychovávané v těchto rodinách mohou mít zvláštní obtíže v boji proti kulturnímu tlaku, zejména v souvislosti s identitou, sebedůvěrou, sebeobrazem a „body image“. Rodiny dívek s poruchou příjmu potravy věnují spoustu pozornosti tomu, jak jsou vnímány jinými, včetně jejich fyzického vzhledu. Nadhodnocování důležitosti fyzického vzhledu a tělesné hmotnosti má přímý dopad na neuspokojivou sebeobranu dospívajících, která může přímo ovlivnit vývoj poruchy příjmu potravy.

Nemoc vytváří východisko pro **organizaci rodinného života**. Veškerá energie je věnována péči o postiženého, tím pádem jsou zanedbávány individuální potřeby členů rodiny, to podporuje jejich únavu, podrážděnost a může eskalovat v izolaci rodiny od společnosti a zhoršení dalších vztahů uvnitř rodiny (Papežová, 2010).

Poruchy příjmu potravy jsou dle Svobody a kol. (2015) projevem dlouhodobé závislosti v rodině, i když mohou být patrné agresivní konflikty při střetu s rodiči, když se rodiče snaží kontrolovat stravovací návyky dívky či jí rozkazují a pobízejí k léčbě. Onemocnění má tedy výrazný vliv na rodinné vztahy. Většina hovorů se točí kolem jídla, hubnutí a přibývání na váze. Bezmoc a zoufalství se přesouvají na rodiče. Tento mechanismus vede ještě k větší izolaci dívky.

Dle Gulla jsou přátelé a rodina těmi nejhoršími ošetřovateli, protože vytvářejí na pacienty emocionální nátlak, který v závěru pouze přiživuje možnost pacienta pokračovat v hladovění (Brumberg, 1989).

3.7 Sourozenecké a vrstevnické vztahy

Sourozenecké vztahy nemívají takový vliv na vývoj dítěte, ale přesto nemohou být podceňované, stejně jako vztahy vrstevnické, které pomáhají dítěti vymanit se z těsného sepjetí s matkou.

Stimul v podobě sourozeneckého vztahu chybí jedináčkům. Starší sourozenec už od období kojence představuje velmi dynamický stimul v rovině smyslové, afektivní a později i sociální. Mladší sourozenec vyvolává ve starším touhu po plnění role ochránce. Aspekty sourozeneckého vztahu jako sdílení věcí, rozdělení pozornosti rodičů, řešení drobných konfliktů, soutěživost, žárlivost, podporují zdravý vývoj dítěte. Tento vztah jde dobře nahradit vztahy s kamarády, pokud tomu ale rodiče dávají prostor. **Konflikt v separaci** může vzniknout buď narozením sourozence, nebo naopak jeho ztrátou. První situace může dokonce vyústit v separační úzkost, kdy se starší sourozenec cítí být sesazen ze své pozice sourozencem mladším. Role sourozence také nabývá na důležitosti v případě ztráty rodiče, kdy starší sourozenec roli rodiče zastoupí (Langmeier & Matějček, 2011).

Vrstevnícké vztahy si vytváříme již od batolecího věku. V tomto věku však vnímá ostatní spíše jako hračky nebo jiné objekty. Hra s vrstevníky je pro něj velmi přitažlivá, většinou více než hra s dospělými. Většinou prvními vrstevníky bývají sourozenci. Na dostupné úrovni se děti učí nápodobou. Kontakt s vrstevníky usnadňuje separaci z těsného vztahu s matkou (Seifert & Hoffnung, 1994).

Neoddělitelnou součástí života každého jedince je zařazení do **vrstevnícké skupiny**. Na základě zkušeností z kamarádkých vztahů může později jedinec rozvíjet hluboká přátelství a intimní vztahy. Důležitá je zde akceptace skupinou, která má pozitivní dopad na rozvoj přirozeného sebevědomí (Vágnerová, 2008).

Autorka dále říká, že zkušenosti nasbírané ze vztahů v původní rodině dále uplatňujeme na vrstevníky. To, jak dítě prožívalo vztah s rodiči, jak byla naplněna jeho potřeba bezpečí a jistoty, se dále promítá do jeho postojů a kompetencí. Vrstevnícká skupina má velký vliv na chování jedince. V interakci s vrstevníky uspokojujeme různé potřeby a získáváme nové zkušenosti. Dítě si své vrstevníky, se kterými tráví čas, vybírá vesměs samo. Samozřejmě nelze opomenout vliv školního prostředí, kam dítě dochází. Dítě si vybírá skupinu, do které chce patřit a v ideálním případě je do ní přijímáno. Zažívá akceptaci a pocit, že je přijímán ostatními.

Odpoutání se od závislosti na rodičích a navazování diferencovaných a významných vztahů s vrstevníky jsou vývojové úkoly, které patří k období dospívání.

Toto období je důležité pro převzetí pozdějších rolí manželských a rodičovských. Při emancipaci od rodičů dochází často k revoltě proti rodičům, kritice, vytýkání nedostatků, pociťování studu vůči projevům lásky a něžnosti ze strany rodičů a odmítání jejich přílišné kontroly. Tam, kde se dospívajícímu nepodaří vymanit z těsného vztahu s rodiči, může docházet k nepochopitelné prudké afektivitě, regresi, odmítavému postoji vůči vrstevníkům či přehnané intelektualizaci. Tím dochází k nezralým obranám vůči pocitům úzkosti a nejistoty (Langmeier & Krejčířová, 2006).

Uvedení autoři dále poukazují na fakt, že nás vrstevnické vztahy připravují na trvalé emoční vztahy v dospělosti. V období puberty je typické nejprve vytvářet vztahy s vrstevníky stejného pohlaví, kteří sdílejí podobné koníčky, mají potřebu se sdružovat, obdivovat se navzájem a napodobovat. Poté se zvyšuje potřeba po intimním párovém přátelství, které dovoluje vyměňovat si pocity, zkušenosti a svěřovat si tajemství. Následuje přechodná etapa, kdy někteří jedinci, kteří již zatouží po kontaktu s opačným pohlavím, mohou být vystaveni posměškům. V heterosexuální polygammí fázi převládá u jedinců potřeba ukojit zvědavost a ujistit se o vlastní ceně a přitažlivosti skrz utajované schůzky a nahodilá setkání s jedinci opačného pohlaví. Jako poslední přichází etapa zamilovanosti, kdy již dochází k hluboké vázanosti, hlubšímu porozumění a oddanosti. Pokud se vztah dobře vyvíjí, rozvine se i jeho sexuální stránka a může vyústit až k trvalému manželskému vztahu a založení rodiny.

PRAKTICKÁ ČÁST

4 Výzkumný problém a cíle výzkumu

Psychosomatická onemocnění typu poruch příjmu potravy mají komplexní nepříznivý dopad na život nemocného, zejména co se týče bio-psycho-sociální stránky. Tato práce zkoumá konkrétně téma intimních vztahů. Dle řešerše v teoretické části této práce je intimita nejčastěji spojovaná s blízkostí, bezpodmínečnou láskou či sexualitou. Otázkami souvisejícími s vnímáním intimity u dívek s poruchami příjmu potravy se bude zabývat praktická část této bakalářské práce.

Problém, který výzkum zkoumá, je **zjištění subjektivního vnímání intimity** u dívek s poruchami příjmu potravy. Cílem výzkumu bylo prozkoumat, jak vypadají intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy, jak je ovlivnila samotná nemoc, jaké jsou jejich zvláštnosti. Tato oblast je zkoumána pomocí polostrukturovaných rozhovorů za použití zakotvené teorie.

Konkrétní oblasti intimity, které vyvstaly z teoretické části jako prioritní, jsou: intimita samotná jako pojem, její naplňování a její potřeba, láska, sexualita, rodinné vztahy, dětství, kritika, pochvala a podpora, blízkost s rodiči, partnerské, sourozenecké a vrstevnické vztahy. Záměrem bylo všechny tyto oblasti porovnat a prozkoumat v kontextu výskytu mentální anorexie, mentální bulimie či záchvatovitého přejídání u těchto dívek. Hlavním účelem bylo zjistit, co je charakteristické pro jednotlivé oblasti a jak se problémy spojené s poruchou příjmu potravy manifestovaly v intimitě.

5 Výzkumné otázky

Na základě rešerše zdrojů a diskuze s odborníky byly postulovány hlavní výzkumné otázky takto:

- Výzkumná otázka č. 1: *Jak vnímají dívky s poruchou příjmu potravy intimitu?*
- Výzkumná otázka č. 2: *Jaké charakteristiky mají rodinné a sourozenecké vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 3: *Jaké charakteristiky mají partnerské vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 4: *Jaké charakteristiky mají vrstevnické vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 5: *Jaký vliv měla porucha příjmu potravy na intimní vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*

Konkrétní otázky se v realizovaných polostrukturovaných rozhovorech s respondentkami zabývaly aspekty intimity – potřebou intimity, jejím naplňováním, láskou a sexualitou. Otázky se týkaly také rodinných vztahů. Jaké byly charakteristiky jejich dětství a dospívání, vztahů s rodiči, mezi nimi, jaké poselství získaly od svých rodičů, zdali je za něco chválili či kritizovali, co si ze vztahu rodičů odnesly do svých partnerských vztahů a neopomenula jsem ani sourozenecké vztahy a jejich postavení v nich. Další otázky byly kladeny na vztahy partnerské, první lásku, potřebu intimity v těchto vztazích. Vrstevnické vztahy také nebyly opomenuty. A na závěr téma poruch příjmu potravy, jichž se otázky také dotýkaly, zejména v souvislosti s proměnou vztahů na základě nemoci a jak se okolí stavělo k nemoci dotyčných respondentek.

6 Metodika

V této kapitole se budeme věnovat metodologickému rámci mé bakalářské práce se zaměřením na typ výzkumu, výzkumný soubor, metody získávání dat, metody analýzy a zpracování dat a etickou problematiku.

6.1 Typ výzkumu

Pro tento typ výzkumu byl zvolen **kvalitativní přístup**, který se snaží porozumět jevům a fenoménům pomocí nenumerných metod, které uchovávají jedinečnost a celistvost. Induktivními procesy probíhá podrobné šetření, které začíná sběrem dat, později se hledají vztahy a formulují se nové hypotézy. Jde o zkoumání vícero aspektů u menšího vzorku a zároveň časově náročný proces (Hendl, 2016).

Konkrétně byla vybrána **metoda zakotvené teorie**, kterou vyvinul Glaser se Straussem a byla vybrána verze Strausse a Corbinové (1999). V zakotvené teorii se uplatňuje výzkumný přístup, kdy induktivní analýzu (odhalení, vytvoření a ověření systematickým shromažďováním údajů o zkoumaném jevu) následuje deduktivní syntéza dat. Z toho získáme formulaci teorie „zakotvené“ v získaných datech. Nejde nám o ověřování předchozí teorie, ale vytváříme teorii novou, jež se opírá o data a vztahy mezi nimi pozorované. Ze zkoumané oblasti necháváme vynořit to, co je v ní významné.

Jádrem zakotvené teorie je **metoda neustálého porovnávání**, kterému dochází během práce s významovými jednotkami a koncepty. Prvky a fáze výzkumu se systematicky doplňují tak, aby došlo k co nejlepší finální interpretaci. V zakotvené teorii dochází k paralelní tvorbě, analýze a syntéze dat, čemuž říkáme **teoretické vzorkování**. Ve výzkumném souboru dochází k neustálé redukci či rozšíření podle potřeb výzkumníka do bodu **teoretické nasycenosti** (saturace), kdy již další data nepřinášejí z analytického hlediska nové informace. Samotná zakotvená teorie tedy začíná široce položenou výzkumnou otázkou a v průběhu výzkumu se reviduje a konkretizuje (Řiháček a kol., 2013).

Dle Strausse a Corbinové (1999) se setkáváme se třemi fázemi analýzy dat:

1. **Otevřené kódování:** V první fázi analýzy dochází především ke konceptualizaci dat. Bavíme se zde o rozboru pozorování, věty či odstavce a přidělení příslušného jména jednotlivým případům, myšlenkám nebo událostem. Tyto pojmy později seskupujeme podle toho, zdali přísluší stejnému jevu. Tomu říkáme kategorizace. Tyto kategorie mohou mít mnoho úrovní a lze rozlišovat i jejich vlastnosti a dimenze. Po celou dobu otevřeného kódování dochází k neustálému porovnávání (tzv. constant comparing) a modifikaci kategorií. Při těchto metodách dochází k rozšiřování či redukci daných pojmů či kategorií. Také může dojít k úpravám výzkumné otázky.
2. **Axiální kódování:** Zde hledáme především vztahy mezi kategoriemi pomocí níže uvedeného paradigmatického modelu, za jehož stadia dosazujeme námi vytvořené kategorie.
$$(A) \text{ PŘÍČINNÉ PODMÍNKY} \rightarrow (B) \text{ JEV} \rightarrow (C) \text{ KONTEXT} \rightarrow (D) \text{ INTERVENUJÍCÍ PODMÍNKY} \rightarrow (E) \text{ STRATEGIE JEDNÁNÍ A INTERAKCE} \rightarrow (F) \text{ NÁSLEDKY}$$
3. **Selektivní kódování:** V této fázi konečně nacházíme centrální kategorii, jež je dostatečně saturována daty. Je důležité formulovat ucelený popis ústředního jevu.“

Vyšla jsem z uvedených doporučení a použila jsem principy kódování zakotvené teorie. Jádrem zkoumání je rozhovor, který jsem rozebrala na části, zkoumala jej a řadila jej a kategorizovala do nových celků. Mým cílem bylo vytvořit teorii, která bude vysvětlovat danou problematiku na základě vztahování vzniklých kategorií a subkategorií.

6.2 Výzkumný soubor

Na základě stanovených výzkumných otázek a cíle práce se základní soubor výzkumu skládal z dívek s jasně diagnostikovanou poruchou příjmu potravy. Kritériem byl věk nad 18 let, aby bylo možné zachytit i partnerské vztahy, které většinou před tímto věkem nejsou příliš rozvinuté.

Výzkumný soubor v dále prezentovaném výzkumu zahrnuje 8 dívek, které trpí buď mentální anorexií (MA), mentální bulimii (MB) či záchvatovitým přejídáním (ZP) nebo kombinací těchto poruch. Podmínkou pro míru závažnosti byla buď již podstoupená hospitalizace nebo ambulantní péče psychologa či psychiatra. Věk respondentek se pohybuje v rozmezí 20 až 29 let.

Dívky pochází z různých krajů České republiky.

Byl využit **nepravděpodobnostní výběr vzorku** se záměrným výběrem pomocí snowball metody, jež patří mezi nejčastěji používanou kvalitativní metodu výběru vzorku. Jedná se o kombinaci účelového a prostého náhodného výběru. Výchozím bodem je získání kontaktu s první vlnou účastníků, v druhé vlně se nominují kandidáti na druhou vlnu účastníků. Celý proces se opakuje až po saturaci (Miovský, 2006).

Celkový počet respondentek zařazených do výzkumu, se kterými bylo provedeno interview při osobním kontaktu, byl 10. Z výzkumu a analýzy byly vyřazeny dvě dívky, protože nesplňovaly podmínky pro míru závažnosti poruchy, trpěly pouze velmi mírnou formou.

Kódy byly přiřazeny respondentkám na základě pořadí rozhovorů.

Tabulka 1: Charakteristiky výzkumného souboru

Respondent	Věk	Typ poruchy	Rozvod rodičů	Sourozenci	Délka trvání nemoci	Partnerský vztah
R1	29	MA, ZP	ne	starší bratr	4 roky	Ano
R2	25	MA	ano	starší bratr	2 roky	Ano
R3	26	MA, ZP	ano	ml. sestra	11 let	Ano
R4	25	MA, MB	ano	ml. sestra	11 let	Ano
R5	23	MA	ne	starší bratr	2 roky	Ano
R6	24	MA, ZP	ne	---	7 let	Ano
R7	20	MA	ne	---	6 let	Ne
R8	23	MA	ano	starší sestra	2 roky	Ano

MA – mentální anorexie, MB – mentální bulimie, ZP – záchvatovité přejídání

6.3 Metody získávání dat

Jako metoda získávání dat bylo zvoleno **polostrukturované interview**, které nejlépe odpovídá danému typu výzkumu a stanoveným cílům.

Kvalitativní rozhovor spočívá v naslouchání respondentovi a zachycování jeho odpovědí. Polostrukturované rozhovory představují střední cestu mezi strukturovaným dotazováním, které kopíruje dotazníky a volným rozhovorem. Polostrukturovaný rozhovor má jasně daný účel, osnovu, ale zároveň volnost v zachycování odpovědí. Jeví se tedy jako vhodný kompromis, pokud jde výzkumníkovi o plynulost rozhovoru, ale zároveň se chce přizpůsobit respondentovi. Při polostrukturovaném rozhovoru tolik nehrozí, že budeme nevědomě respondentovi určité způsoby odpovědí podsouvat. Mezi výhody takového rozhovoru patří, s jakou volností může dotazovaný odpovídat, jak může sám hledat vztahy mezi fenomény, které v rozhovoru vyvstanou. Je možno si kdykoliv během rozhovoru zkontrolovat, zda dotazovaný otázce rozuměl nebo že lze tematizovat konkrétní podmínky situace dotazovaného (Hendl, 2005).

Kvalitativní rozhovor klade vysoké nároky na dovednosti, citlivost, komunikační schopnosti a disciplínu výzkumníka. Mezi základní typy otázek v kvalitativním rozhovoru patří otázky vztahující se ke zkušenostem nebo chování, k názorům, pocitům, znalostem, vnímání a potom otázky demografické a kontextové. Zásadou pro správné kladení otázek je jejich otevřenost, neutrálnost, citlivost a srozumitelnost. Otázky by měly respondentům poskytnout co největší variabilitu možností odpovědí (Hendl, 2005).

V rámci dále prezentovaného výzkumu rozhovory probíhaly v červenci až září 2018. Záznam byl pořizován na digitální diktafon. Nejkratší rozhovor trval 36 minut a naopak nejdelší 76 minut.

Po provedení pilotní studie byla vyřazena jedna otázka ze souboru a naopak dvě byly přidány pro hlubší pochopení problematiky.

Při výběru prostředí k rozhovoru bylo zvoleno klidné prostředí kavárny, které poskytovalo dostatečné soukromí a zároveň bylo po dohodě s respondenty vyhodnoceno jako neutrální.

Pro účely výzkumu byl sestaven seznam otázek polostrukturovaného rozhovoru:

1. *Jak byste charakterizovala/co pro Vás znamená intimita?*
2. *Jak naplňujete nebo jste naplňovala Vaši potřebu intimity?*
3. *Jakým způsobem dosahujete ve svém životě intimity?*
4. *S kým zažíváte nebo jste zažívala nejvyšší míru intimity?*
5. *Jak vnímáte ve svém životě lásku?*
6. *Jakou roli hraje ve Vašem životě sexualita?*
7. *Kdy jste začala se sexuálním životem?*
8. *Jak byste charakterizovala Vaše dětství?*
9. *Jak byste charakterizovala Vaše vztahy s rodiči v dětství a dospívání?*
10. *Dokázali Vás rodiče za něco pochválit a podpořit? Za co?*
11. *Kritizovali Vás za něco?*
12. *Měla jste blíže k matce nebo otci? Čím to bylo? Jak tomu sama rozumíte?
Jak se to projevovalo?*
13. *Jaké poselství do života Vám předala Vaše máma?*
14. *Jaké poselství do života Vám předal Váš otec?*
15. *Jak byste charakterizovala vztahy mezi rodiči?*
16. *Myslíte si, že jste si něco odnesla ze vztahu Vašich rodičů do partnerských vztahů?*
17. *Kdy u Vás propukla porucha příjmu potravy a jak se projevila ve Vašem chování?*
18. *Jak ovlivnila nemoc Vaše vztahy s rodiči?*
19. *Jak se rodiče stavěli k Vaší nemoci?*
20. *Měli Vaše potíže nějaký dopad na rodinu/změnila se rodinná atmosféra?*
21. *V čem nebo čím Vám byli rodiče vzorem?*
22. *Jak byste charakterizovala Vaše sourozenecké vztahy?*

23. *Jak byste charakterizovala své postavení v sourozeneckých vztazích?*
24. *Od koho jste vnímala největší a od koho naopak nejmenší podporu?*
25. *Jak byste charakterizovala své partnerské vztahy?*
26. *Jaká byla Vaše první láska?*
27. *Nakolik je pro Vás ve vztahu důležitá intimita?*
28. *Měla jste během poruchy příjmu potravy vztah?*
29. *Promítla se porucha do Vašich partnerských vztahů?*
30. *Dokázala jste se svému partnerovi svěřit s Vaší nemocí?*
31. *Jak partner reagoval na Vaši nemoc?*
32. *Máte v současnosti partnerský vztah?*
33. *Jak byste charakterizovala současný partnerský vztah?*
34. *Kdo nebo co Vám z Vašeho pohledu nejvíce pomohlo se s nemocí vypořádat?*
35. *Byla jste v dětství a dospívání spíše obklopena přáteli nebo jste byla samotářská?*
36. *Jakou roli hrají ve Vašem životě přátelé?*
37. *Jak reagovali přátelé na Vaši nemoc?*
38. *Chcete něco doplnit nebo vzkázat těm, kteří poruchou momentálně trpí?*

6.4 Metody zpracování a analýzy dat

Metody zpracování a analýzy dat byly ovlivněny **metodou zakotvené teorie**, kde bylo využito především principu kódování. Jádrem analýzy je rozebrání rozhovorů na malé části, explorace a kategorizace. V závěru byla vytvořena teorie, která se opírá o jednotlivé kategorie a subkategorie. Samotné zpracování započalo **doslovnou transkripcí rozhovorů**.

Pro zpracování dat byl použit program ATLAS.ti. Tento program se používá v kvalitativním výzkumu. Je velmi nápomocný především v otevřeném kódování. Nezbytné je umět se v programu orientovat a ovládat anglický jazyk. V tomto programu

jsem využila funkci přidělování kódů, v první řadě funkce Code family manager, která dovoluje seskupovat podobné kódy do skupin a zároveň vyřadit kódy, které nejsou z hlediska výzkumu relevantní a také vidět četnost opakovaných kódů.

Kódování probíhalo ve **třech fázích**:

1. OTEVŘENÉ KÓDOVÁNÍ

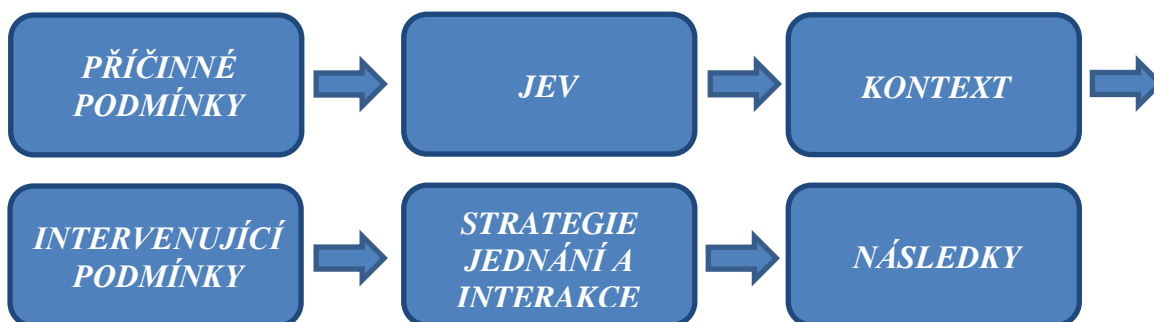
Ve fázi **otevřeného kódování** jsem části rozhovorů, odstavců a vět označila jako pojmy a proběhla kategorizace dle společných znaků. Po skončení procesu vzniklo 168 kódů. Neopomíjela jsem využití metody neustálého porovnávání (tzv. constant comparing) a modifikaci kategorií během celého procesu. Následně jsem kódy seskupila do kategorií a subkategorií, kterých vzniklo 60. Po uskupení kategorií vzniklo 6 úrovní.

Tabulka 2: Hierarchizace kategorií a kódů a jejich počet

Úroveň	Počet kategorií
1.	10
2.	22
3.	10
4.	7
5.	6
6.	5

2. AXIÁLNÍ KÓDOVÁNÍ

Ve fázi **axiálního kódování** jsem hledala vztahy a souvislosti mezi jednotlivými kategoriemi a subkategoriemi. Pracovala jsem na základě paradigmatického modelu, tudíž jsem hledala příčinné podmínky jevu, kontext, intervenující podmínky, strategie jednání, interakce a následky.



(volně podle Strauss & Corbinová, 1999).

3. SELEKTIVNÍ KÓDOVÁNÍ

K **selektivnímu kódování** jsem přistoupila až v momentě, kdy se začaly rýsovat užší kategorie. Držela jsem se nejvíce zakotvených kódů. Po vytvoření paradigmatických modelů jsem přistoupila k finální redukci kódů pomocí otevřeného překódování.

V této fázi jsem využívala deduktivního myšlení a snažila se o zodpovězení výzkumné otázky na abstraktní úrovni. Snažila jsem se zakomponovat všechny modely do jednoho smysluplného celku. Jde o tzv. kostru příběhu. Uvedený postup odpovídá doporučením Strausse & Corbinové (1999).

6.5 Etická problematika

Během všech fází výzkumu jsem dbala na dodržování etických aspektů výzkumu a nedošlo k žádnému pochybení. Na počátku rozhovoru byli všichni respondenti seznámeni s etickými zásadami výzkumu, jako je především anonymita respondenta a možnost odstoupit z výzkumu v jakékoliv fázi zpracování. Dále byli požádáni o ústní souhlas se zpracováním dat a zveřejněním částí rozhovoru v bakalářské práci. Respondentky na mě dostaly kontakt, byly zodpovězeny jejich dotazy a nevyjádřily v průběhu výzkumu žádné připomínky. Jména respondentek jsem anonymizovala pod pseudonymy R1-R8, na základě pořadí rozhovorů.

7 Výsledky

Tato kapitola obsahuje výsledky z otevřeného, axiálního a selektivního kódování formou stěžejních kategorií, jejich vlastností a dimenzí. Výsledky vznikly podrobnou analýzou rozhovorů. Dále zde vidíme výňatky z rozhovorů s anonymizujícím označením respondenta.

7.1 Otevřené kódování

Z procesu otevřeného kódování vyvstaly tyto hlavní kategorie: *Intimita*, *Rodinné vztahy*, *Porucha příjmu potravy a rodinné vztahy*, *Partnerské vztahy*, *Porucha příjmu potravy a partnerské vztahy*, *Přátelé*. V následující tabulce prezentuji, jak jednotlivé kategorie odpovídají výzkumným otázkám, které jsem si stanovila na začátku výzkumu.

Tabulka 3: *Struktura prezentace výsledků otevřeného kódování*

VÝZKUMNÝ OKRUH	VÝZKUMNÁ OTÁZKA
Intimita	Jak vnímají dívky s poruchou příjmu potravy intimitu?
Rodinné vztahy	Jaké charakteristiky mají jejich rodinné a sourozenecké vztahy?
Porucha příjmu potravy a rodinné vztahy	Jaký vliv měla porucha příjmu potravy na intimní vztahy?
Partnerské vztahy	Jaké charakteristiky mají jejich partnerské vztahy?
Porucha příjmu potravy a partnerské vztahy	Jaký vliv měla porucha příjmu potravy na intimní vztahy?
Přátelé	Jaké charakteristiky mají jejich vrstevnické vztahy?

INTIMITA

Kategorie *Intimita* zahrnovala její individuální způsoby vyjádření v životě dívek s poruchou příjmu potravy. Tyto způsoby bylo možné rozdělit na **naplnění, sdílení, sex a lásku**. Konkrétní vlastnosti šlo rozdělit na dimenzionální škále.

Tabulka 4: Způsoby vyjádření intimity v životě dívek s poruchou příjmu potravy

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
INTIMITA	naplnění	sama se sebou – vztah
	sdílení	stud – otevřenost
	Sex	odmítání – promiskuita
	láska	sebeláska – láska k lidem

Spektrum odpovědí na otázku **naplnění intimity** se pohybovalo v dimenzi od naplňování intimity sama se sebou až po naplňování ve vztahu.

Dále vždy uvádím konkrétní odpovědi respondentek v doslovném přepisu.

- R1: „*Takže nejvíce s bývalým přítelem, s momentálním přítelem taky, ale není to až tak jako úplně otevřené a určitě mám přítelkyně nebo jako nějaké kamarádky, není jich mnoho, možná jenom dvě, kterým jsem taky schopna se nějakým způsobem otevřít a sdělit svoje nejniternější pocity.*“

- R3: „*To je asi něco, co je vlastně jenom moje a já rozhodnu o tom, komu vlastně ukážu tu svoji intimitu. Některý věci mám jenom pro sebe a mám jako potřebu i samoty. Jak ji naplňuju? No asi tímhle způsobem, že něco si zachovám jenom pro sebe.*“

Protipólem odpovědí bylo naplňování ve vztahu nejčastěji s partnerem.

- R4: „*Tím, že třeba chodíme před sebou s přítelem nazí (smích). Tím, že spolu hodně komunikujeme s přítelem, mluvíme o svých tajnostech a sexuálních přáních, o svém strachu z věcí. Prostě naplňuju ji tak, že o ní hlavně mluvím. To je asi tak celý.*“

- R6: „*(smích) Se současným partnerem, který je intimně hodně otevřený, celkově spolu hodně opravdu o všem mluvíme a s ním zažívám tu nejvyšší intimitu, co může být. A*

vesměs mně to pomáhá aji k tomu vytvořit si nějaký vztah sama k sobě, že jako díky němu poznávám nějaký ty oblasti ve své duši. Takže tak.“

U R7, která, jako jediná z výzkumného souboru, není v partnerském vztahu, probíhá naplnění intimity s rodinou a přáteli.

- R7: *„Momentálně nemám partnera, takže svoji potřebu intimity pouze skrz kontakt s dobrými přáteli a rodinou. Objetí a vzájemná blízkost ve mně naplňuje pocit lásky a vzájemné intimity.“*

U **sdílení intimity** se dívky pohybovaly v dimenzi studu až otevřenosti. Pokud s někým dívky intimitu sdílely, byli to převážně jejich partneri, okrajově rodiče.

- R1: *„Třeba nechci ukazovat svoje nahé tělo před nikým a může to zasahovat i do psychiky člověka, to znamená: moje intimita může souviset i s tím, že nechci ukazovat svoje pravé pocity, nechci vyjádřit svoje pravé emoce atd... Asi člověk někdy prostě trošku zastírá svoje pravé emoce nebo svoje pravé pocity a třeba se přetvařuje, což si myslím, že je věc, která bere spoustu energie a právě to může třeba i způsobovat právě potom různé poruchy příjmu potravy atd.“*

- R2: *„...pak je to teda ve vztahu k druhým lidem, což vlastně intimita je teda ve vztahu s tím nejbližším partnerem, s kterým prostě sdílím doteky a vůbec prostě jako to sbližování, nahotu. Je pro mě intimita celkem jako hodně důležitá a ...se do toho asi nechci moc zaplétat, ale jako mám to... hodně to ke mně směřuje jako k fyzicku no, když nad tím takhle pohlížím.“*

- R4: *„Intimita pro mě znamená něco, co sdílím jenom sama se sebou a sdílím to i s pro mě nejbližším člověkem, což je buď rodič – matka anebo partner, se kterým vlastně chodím nebo žiju. Je to něco, co už o mně nevědí přátelé, ale opravdu fakt ta blízká osoba, se kterou sdílím jednu domácnost a se kterou žiju.“*

- R8: *„Něco, co sdílím pouze sama se sebou a pokud ji s někým sdílím, hodně dobře si to promyslím a musí pro mě ten člověk něco znamenat.“*

V případě **vztahu k sexu** se objevila široká dimenzionální paleta od úplného odmítání sexu z důvodu poruchy příjmu potravy přes neutrální postoje až po nenahraditelnou roli.

- Negativní postoj k sexu byl například spojený s odmítavým postojem k vlastnímu tělu u R7: „*Kvůli anorexii v sobě sexualitu potlačuji. Nemám ráda svoje tělo, a proto si nedokážu představit jakýkoliv sexuální kontakt. Štítím se svého těla a nechci, aby se ho někdo dotýkal. Nechci se sebe dotýkat ani já, natož někdo jiný.*“

- R8: „*Mám hodně problém mít vlastně vůbec pohlavní styk. Stydím se za to, jak vypadám. Nesnesu ani jako pocit, že se na mě přítel dívá, když máme třeba polohu zezadu a já nemůžu kontrolovat svoje tělo, musím mít ten sex potmě a nesnesu, že by na mě třeba přítel sahal nebo kdokoliv a mně samotný se štítí to moje tělo.*“

- Neutrální role sexu se projevila u R4: „*Ve vztahu nějak tu sexualitu neprosazuju, že nepotřebujeme mít prostě pohlavní styk pětkrát týdně, máme to spíš tak jako přirozeně, když se nám chce, ale není to vůbec věc, která by hrála nějak v mém životě roli, co se teda týče toho sexuálního života. S tím, že jsme se sexualitou s přítelem hodně otevření, co se týče komunikace. Nebojím e se říct, co se nám líbí, co se nám nelíbí.*“

- Důležitost sexu ve svém životě si uvědomuje R1: „*Tak určitě docela důležitou, jak asi možná pro každého, i když těžko říct. Je to věc, kterou určitě k životu potřebuju, baví mě to a myslím si, že je to velmi důležité v každém vztahu. Samozřejmě i člověk sám sebe by měl umět uspokojit a užívat si to. Takže mě obecně sexualita hodně baví, zajímá a myslím si, že jsem hodně věcem otevřená.*“

Rozvoji promiskuity v období záchvatovitého přejídání jsem si všimla u R3 a R6.

- R3: „*Jelikož já jsem byla zoufalá, potřebovala jsem tu pozornost a lidi kolem sebe, to bylo to, co jsem ztratila při tom přejídání, při té anorexii jsem to měla všechno, měla jsem toho strašně moc a mohla jsem si vybírat a teď jsem to neměla a hrozně jsem to potřebovala. Tak jsem spala s těma klukama, abych měla aspoň kousek pozornosti.*“

- R6: „Myslím, že jsem na sexu trochu závislá. V době přejídání jsem si asi velmi pletla sexuální kontakt s láskou. Ztrácela jsem se v krátkodobých vztazích a myslela jsem si, že když klukovi dám hned napoprvé, že se do mě zamiluje.“

U lásky odpovědi nejčastěji kroužily okolo sebelásky a lásky k lidem.

- R1: „Tak v první řadě, když se řekne slovo láska, tak se mi vybaví určitě sebeláska, to znamená mít rád sám sebe se svými chybami a se vším a to si myslím, že na tom by měl pracovat úplně každý, a teprve potom můžeme prožít takovou tu skutečnou lásku s druhým člověkem a s druhým člověkem, jak jsem řekla, právě to nebát se mu zcela otevřít, říct mu svoje pravé pocity, to, jak se cítím, to, co si přeju a taky se nebát i tomu člověku třeba říct, co se mi na něm nelíbí a zároveň láska je to, aby ten člověk to ode mě nebo já od něho jsme přijali, že to že nám hezkým způsobem řekne to, co se mu na nás nelíbí.“

- R7: „Láska k druhým. Srdce na dlani a dobré skutky, za které nic neočekávám. Jsem vlastně ten nejšťastnější člověk, protože cítím lásku. A nikdy se jí nevzdám, ať se děje cokoliv.“

Obecně se láska u většiny dívek objevovala jako nejdůležitější hodnota.

- R3: „Já ji vnímám asi jako jednu z nejdůležitějších hodnot a věcí v životě obecně. Je to něco, co podle mě hodně chybí v současném světě a pro mě konkrétně je to jedna z nejdůležitějších hodnot.“

RODINNÉ VZTAHY

Jako důležitá témata vyvstala: **dětství, vztah mezi rodiči, vztah s matkou, vztah s otcem, sourozenecké vztahy.**

Tabulka 5: Rodinné vztahy

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
RODINNÉ VZTAHY	dětství	patologické – šťastné
	vztahy mezi rodiči	násilí – pozitivní vzor
	vztah s matkou	opovržení – závislost
	vztah s otcem	absence otce – závislost
	sourozenecké vztahy	Pozitivní

Většina dívek hodnotila své **dětství** jako šťastné, kdy byla naplněna většina důležitých potřeb, komunikace s rodiči byla dobrá a rodiče se jim věnovali.

Opět uvádím příklady doslovných vyjádření:

- R1: „*Myslím si, že moje dětství bylo jako spokojené. Nemám pocit, že by tam bylo vyloženě něco, co by mě nějak jako zůstalo v hlavě, co by mě nějak narušovalo (smích) moji budoucnost. Hodně jsem trávila čas s babičkou na chatě. Myslím, že rodiče se mi opravdu věnovali, trávili jsme spolu čas, takže si myslím, že moje dětství bylo normální spíše šťastné.*“

- R2: „*Jako když to hodnotím jako celkově, jak na to pohlížím, jako když se na to třeba teď dívám a tak, tak jsem měla moc hezký dětství, protože jsem žila na venkově a jako po takové té stabilní ekonomické stránce si myslím, že jsem to měla moc pěkný.*“

- R4 si dětství užívala až na negativní vliv trávení času na odtučňovacích pobytech: „*Moje dětství bych charakterizovala jako spokojené ve smyslu, že mi nebylo nic odpiáno. Mamka se mi věnovala a ve škole to bylo fajn, i ve školce, jedinej problém byl s tím, že jsem byla oplácaná, takže ve školce se mi děcka smáli za to, že jsem silná a tlustá, ve škole s tím byl taky problém a to byla taková ta nejhorší věc, co jsem jako mohla mít s tím, že jsem v dětství jezdila do lázní na hubnutí, do kterých jsem jezdit*

nechtěla, ale musela jsem z počátku, později už jsem tam jezdila, protože jsem si myslela, že to ode mě okolí očekává, tak jsem jakoby chtěla udělat radost tomu okolí.“

- R5: *„Ježíš... tak jakože zpětně to vnímám jakože prostě bych se tam nejradši strašně ráda vrátila a vím, že mi nebyly poskytovány z hlediska materialismu fakt jakože ne co bych potřebovala, ale co bych chtěla, protože prostě naši nebyli vůbec boháči, jako neměli dost peněz a tak, a na druhou stranu myslím, já jsem si to strašně užívala, jakože víš co, jsem jezdila na ty tábory, byli jsme na chatě a tak, takžeeee, no jakože ráda bych svoje děcka vychovávala v podobným duchu. Tak.“*

- U dvou dívek jsou vzpomínky na dětství poměrně méně šťastné. R3 vzpomíná na dětství: *„Já bych ho charakterizovala jako ne úplně šťastný obdoba, když se na to podívám teď s odstupem v dospělosti, tak si myslím, že to nebylo úplně šťastný dětství, zároveň bych řekla, že to bylo i hodně chaotický a bylo a vlastně neustále teď je to o hledání a to hledání mě vlastně doprovází i doted.“*

- Negativní prostředí pro rozvoj dítěte zažila R6: *„Byla jsem šťastné dítě až do doby, než jsem si uvědomila, že u nás doma není něco v pořádku. Můj táta po mámě řval, mlátil ji a vyhrožoval jí například, že zabije našeho psa. Doma byla neustále napjatá atmosféra...Rodiče mě několikrát žádali, abych jim s jejich vztahem poradila, neustále chtěli, abych se stavěla na něčí stranu, až se mi z toho v dospělosti rozvinula hraniční porucha osobnosti. Nezvládám to doted. Jakože konflikty, hádky, když mi někdo něco vyčítá či jenom lehce kritizuje. Vše si беру velmi osobně.“*

Vztahy mezi rodiči dívek jsou ve velké většině velmi narušené. Pouze dvě dívky vnímají své rodiče jako pozitivní vzor vztahu pro jejich vlastní partnerské vztahy.

- R5: *„Jakože čím dál víc vnímám, že jsem jedna z mála, jakože takhle lidí, co to tak mají a mám nerozvedený rodiče, čehož si vážím. Až jednou budu dospělá, tak bych některý věci dělala jinak, ale pokud budu mít vztahy, jakože jako mají oni, tak si myslím, že budu moct říct o sobě, že mám spokojenej život.“*

- R7: *„Rodiče spolu vždycky vycházeli skvěle, byli takový ten manželský pár, který bez sebe nedá ani ránu. Naučila jsem se od nich být druhému oporou za každé situace, ať je to sebetěžší.“*

U poloviny rodičů dívek naopak proběhl rozvod a také polovina dívek zažila ve vztahu rodičů nějakou formu týrání, ať už psychického nebo fyzického rázu. Setkaly se také s nevěrou rodičů.

- R3: *„Naši rodiče se hádali a měli vlastně hodně komplikovaný vztah, asi jako odjakživa. Tak nějak jsem úplně nerozuměla tomu, co se mezi něma děje, když jsem byla dítě, pak když jsem byla starší, tak už mi to začalo dávat smysl a tím spíš jsem měla ten vztah s otcem horší, protože už jsem začala rozumět tomu, co on vlastně dělá mámě, jak ji psychicky ničí a co jí vlastně způsobuje... Jak se hádají, proč se hádají, už jsem tomu rozuměla víc.“*

Nepříjemné vzpomínky na fyzické násilí způsobené otcem na matce mají tři dívky a jedna dívka to zažila u nevlastního otce.

- R1: *„On se k mamce hodně krát v životě nechoval úplně férově a tak, jak by se muž měl k ženě chovat, to znamená, že samozřejmě vztáhl i ruku a myslím si, že mamka je tak trochu anděl.“*

- R6 celkově hodnotí manželství svých rodičů velmi negativně: *„Měli se už dávno rozvést. Manželství mých rodičů připomíná vyčpělou reminiscenci na něco, co bylo kdysi krásné. Ale fakt to nefunguje. Táta mámu mlátil, nemůžu mu to odpustit a mámě nemůžu odpustit, že si myslela, že je lepší v tom manželství zůstat. Prostě ten boj vzdala. Nebyla dost silná. Nevyčítám jí to, ale našťvaná ještě pořád trochu jsem. Myslím, že jim to budu muset odpouštět do konce života. Bylo tam hodně fyzického násilí, urážek a já jsem samozřejmě z toho v pohodě nebyla. Máma pila, táta má vážné psychické problémy.“*

- R8: *„Myslím, že bych se nenechala fyzicky napadnout ani psychicky týrat, i když to dopustila má matka s mým otcem. Myslím si, že kdybych to viděla jako dítě, určitě bych to nezvládla. Bohužel můj otec matku dost podváděl.“*

Ve **vztahu s matkou** šest dívek z osmi potvrdilo, že mají blíže ke svojí matce než k otci, převážně z důvodu větší empatie matky, pochopení a citovosti, což ve vztahu s otcem postrádaly.

- R1: „...tak samozřejmě miluju oba rodiče, ale když třeba občas přemýšlím nad tím, až tady třeba jednou nebudou atd., tak samozřejmě mě bude bolet odchod obou, ale vím, že mnohem víc mamka, protože mamku mám víc v srdci, je to prostě moje kamarádka. Můžu se jí se vším svěřit, což bohužel u toho tatky nejde, u tatky se musíme občas přetvařovat, být taková trošku jiná, být taková, jakou on by mě chtěl mít, ale mamce můžu říct fakt úplně všechno. Abych to shrnula: v dětství jsem tihla víc k tatkově určitě a postupem času, jak jsem stárla, tak se to otočilo.“

- R2: „Mamka nám vždycky naslouchala, vnímala nás, dávala nám tu zpětnou vazbu, takže tam to byla vždycky taková bezpodmínečná láska... Mamka mě prostě zná, jaký ráda dělám věci, jaký aktivity, jak trávím volný čas, jaká vůbec jsem, když se prostě na nic nesoustředím a jsem prostě jenom doma, jako takový to prostě moje skutečný já. Mamka mně vždycky naslouchala, prostě znala mě a zná mě teďkom jako musím prostě říct.“

- Úplně opačné pocity ze vztahu s matkou má R7: „Ze strany maminky jsem naopak cítila velké nepochopení a opovržení. Měly jsme spolu velké konflikty a já si díky tomu myslela, že mě nemá ráda. Říkala mi opravdu zlé věci, které mi v hlavě zní doděle.“

- Trochu rozpačitý závislostní vztah k matce popisuje R4: „...co se týče mamky, tak ta byl právě ten úzkostlivý vztah, kdy jsem na ní byla závislá, závislá na její lásce, na tom, jak se dokáže hrozně rozdat pro okolí. S tím, že jsem cítila, že bych měla být vděčná za to, co ona dělá a pořád jí děkovat, že ona vlastně umí udělat to, že jsou na ní lidi obecně závislí a pak to člověku vyčítá. Samozřejmě to nedělá vědomě.“

U čtyř oslovených respondentek, které si stěžovaly na drobnější konflikty a hádky s matkou v dospívání, se situace zlepšila po odstěhování se z domu. Čtyři dívky, které si zažily rozvod rodičů, zůstaly v péči matky.

Pro pět dívek z osmi je jejich matka dobrým vzorem do života, zejména co se týče její pracovitosti, dobrotivosti, zodpovědnosti, opatrnosti či důslednosti.

- R2: „...tak mamka určitě tím, že když si něco umanula, tak vždycky to dokázala. Já mám od svých rodičů obou takovou umanutost, takovou tu zarputilost tu věc jako udělat. To mají určitě oba dva v tom, že se vždycky kousnou a udělají to. Aji tu houževnatost, tu pracovitost...“

- R4: „Mamka je pro mě určitě vzorem tím, jak je prostě hodná na okolí, ač to má jiné důvody než ty, že chce opravdu lidem pomoci, tak věřím, že jim chce pomoci, ale samozřejmě se jim chce i zalíbit, ale je prostě pro mě vzorem tý rozdačností, samozřejmě i v tom, že vystudovala vysokou školu a zrovna měla do toho práci a měla malý dítě, včetně mě, anorektického dítěte, tak jakože to prostě zvládla, že zvládla dvě práce a celkově ten život, tu domácnost. Ted' že i prostě má psychické poruchy jako jsou deprese, bipolární poruchu a dokáže zvládat ten život...“

- R6: „Máma mi předala takové to, že se nebudu snažit nikdy nikomu vědomě ublížit. Být hodná na lidi a bohužel si i tak trochu nechat srát na hlavu... Máma zase v dobrotivosti, laskavosti a citlivosti. Má vztah ke zvířatům, dobře vaří a myslím, že by se pro rodinu rozdala.“

S psychickou poruchou bojují tři matky dívek. Mezi tyto poruchy patří bipolární porucha, deprese, úzkostná porucha a alkoholismus.

Sedm dívek cítí velkou podporu ze strany matky.

Vztah s otcem byl u dívek výrazně problematičtější než ten s matkou. Ve dvou případech byla otcova kritika dceřiny postavy důvodem k anorektickému myšlení a chování. To si však nyní dívky uvědomují. Polovina dívek se z důvodu rozvodu otci úplně odcizila a v jejich životě nefiguruje ani není z jejich strany zájem o navázání kontaktu. Obecně ve výsledcích figurovala nulová podpora ze strany otce. Bohužel musím konstatovat, že mezi otci dívek se našli čtyři původci domácího násilí, z toho jeden byl nevlastní otec. Jeden otec má poruchu osobnosti a dva trpí alkoholismem.

- R4 se dokáže podívat na alkoholismus otce i z pozitivní stránky: „*Tak táta jako biologický i byl určitě vzorem tím, že se dostal ze závislosti na alkoholu, ač se mu to nepovedlo napoprvé ani napodruhé, tak se mu to prostě povedlo napotřetí.*“

- R2 měla většinu svého dospívání otce zavřeného ve vězení: „*Potom od třinácti jsem svého tátu viděla jenom jednou za několik měsíců a ještě k tomu ve vězení a celou dobu se tam vždycky jenom řešily problémy u nás, takže se vždycky jenom zeptal: „Jak se máš? Co škola? Dobrý? A konec prostě. A pak jsme tam dvě hodiny seděli a čuměli do zdi...“*“

- Úplně opačný až závislostní vztah popisuje R7 se svým otcem: „*Od první chvíle, co jsem se narodila, jsem byla celá po tatínkovi. Je moc hodný, obětavý, cílevědomý a miluje mě nadevše... Tatínek byl hodně hyperprotektivní a já jsem byla jeho jediná holčička... Blíže jsem měla jednoznačně k tatínkovi. Je to hlavně tím, že jsme spolu trávili většinu času a jevil o mě největší zájem, zatímco maminka byla hodně v ústraní. Tatínek mě obskakoval, řešil za mě veškeré problémy a nechtěl, aby se mi něco dělo. Vždy, když se něco stalo, byl tu a nikdy mě v tom nenechal. Také je to hodně tím, že jsem úplně stejné povahy jako on. Jsme téměř stejní.*“

Pokud byl dívkám otec něčím vzorem, bylo to ve valné většině z důvodu jeho pracovitosti, která však hraničila s workoholismem. Z důvodu preference práce před rodinným životem, otec většinou v domácnosti chyběl.

- R3: „*Otec chodil zase pracovat a pak se večer doma hádali, protože jemu vadilo, že ona celý den někde lítala a on chudák musel makat a vydělávat peníze.*“

- R5 to komentuje takto: „*A prostě zas taťka mi předal právě to, že jako mám chuť se posouvat v tom seberozvoji, ale ne v tom v tom seberozvoji ve smyslu jakoby ducha, ale jakoby výkonu...“*

Sourozenecké vztahy vnímají dívky veskrze pozitivně. Odpovědi, které by nějak osvětlily toto téma, nebylo mnoho. Žádná z nich nevnímá tento vztah jako nijak intenzivní, leč uspokojivý.

- Za zmínku stojí odpověď R4 o postavení v sourozeneckých vztazích, kdy cítí závist vůči mladší sestře: „*Jako já se vnímám, jakože jsem míň než sestra, že nejsem tak dobrá, že ona prostě už, že bude úspěšnější, že je hezčí, chytřejší, že toho prostě nikdy nedosáhnu, toho, co vona.*“

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A RODINNÉ VZTAHY

Kategorie *Porucha příjmu potravy a rodinné vztahy* zahrnuje dvě oblasti: **vliv poruchy na rodinu** a **pomoc v nemoci**.

Tabulka 6: Porucha příjmu potravy a rodinné vztahy

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A RODINNÉ VZTAHY	vliv poruchy na rodinu	žádný – konflikty
	pomoc v nemoci	neúčast – pomoc s léčbou

Co se týče **vliv poruchy na rodinu**, její atmosféru a vztahy v rodině, způsobila porucha u většiny oslovených rozsáhlé konflikty v rodině. Pouze v jednom případě jsem zaznamenala téměř nulové ovlivnění rodinné atmosféry.

- Konflikty byly patrné například v rodině R3: „*...rodiče se hádali, už ne teda jen kvůli nějakým svým věcem, ale i teda kvůli mně.*“

- R4: „*...myslím si, že to trochu negativně zapůsobilo na mamku, že jí to možná zhoršilo i tu její nemoc, samozřejmě to mělo vliv na moji sestru, která byla v té době malá, takže jí to určitě negativně ovlivnilo ta nemoc. Já si myslím, že i preventivně, že ví, že nic takovýho nechce prožívat a nic takovýho nechce, jakoby nechce takovýhle problémy dělat rodičům.*“

- R7: „*Pořád jsme se jen hádali. Oni mi vyhrožovali, křičeli, prosili, plakali a já dělala to samé. Jen z opačného důvodu. Nechtěla jsem, aby mi anorexii vzali.*“

Vliv na zhoršení rodinné atmosféry a konfliktů měla i výrazná změna nálad a chování dívek od agresivního chování, přes emoční nestabilitu, sebestřednost, posedlost kontrolou, uzavřenost až po smutek.

- Vyhýbavé chování se projevovalo u R7: *„Začala jsem rodičům hrozně lhát a maskovala jsem to, že nejím (házela jsem jídlo z okna, splachovala do záchodu, schovávala, kde se dalo...), začala jsem být podrážděná a pořád smutná a unavená.“*

- R4: *„Byla jsem hodně agresivní a nechtěla jsem se právě bavit o tom. Mamku jsem poslala do prdele, prostě že je to můj život, že radši umřu hubená než tlustá, že se vejdu do rakve aspoň a takhle to probíhalo.“*

- R8: *„...mrzutost, agresivita, nezáměr o ostatní, uzavřenost.“*

- R2: *„...všimla si, že jsem taková mrčna, že se mi právě začala měnit nálada, byla jsem hodně podrážděná, byla jsem hodně kousavá, nepříjemná, hodně na mámu. Právě jsme se začaly kvůli tomu hodně hádat a ne už jenom kvůli jako tomu jídlu anebo tak, ale už kvůli všemu a byla jsem taková předtím, že se mi chtělo hodně plakat. Byla jsem furt nespokojená, všechno mě štvalo...“*

- R6 popisuje své stavy v období mentální anorexie i záchvatovitého přejídání: *„Byla jsem hysterická, přecitlivělá, pořád jsem brečela. Když se anorexie zvrhla do záchvatovitého přejídání, tak jsem prakticky pořád trpěla lehkou depresí. Ležela jsem v posteli, nechtěla jsem vylízat, strašně jsem se za sebe styděla. Bylo to pořád na střídačku.“*

Pomoc s léčbou byla nejčastěji zastoupena osobou matky. V jednom případě se dívka nedostalo pomoci od rodičů a to z důvodu, že neměli pocit, že by se jednalo o závažný problém.

- Obětavě se chovala například matka R8: *„Matka mi pomáhala, co to šlo, ale stálo ji to dost sil. Matku to určitě dost unavilo a vyčerpalo a rozešel se s ní kvůli tomu přítel. Nebavilo ho, jak se stále starala o mě.“*

- R3: *„Mamka mi dokázala víc rozumět a víc mě dokázala chápat, takový ty holčičí věci a to moje cítění a to třeba, že se zajímám o svoje tělo. Ona to dokázala víc chápat a byla jsem prostě její dítě, takže potom, když jsem měla ty problémy, opravdu se mi snažila pomoci. Chodila se mnou za těmi doktory a jezdila za mnou do nemocnice, takže bylo vidět, že ona mě měla ráda.“*

- R2: *„...ale s mámou mi to ten vztah jako určitě posílilo, určitě to byl člověk, kterej mě z toho jako určitě dostal z nějaké té extrémnější fáze.“*

Dále dívky uváděly, že jim v léčbě rozhodně pomohla terapie, dobrovolnická činnost a také, že si především pomohly samy. U třech dívek byl do řešení léčby zapojen i otec, avšak nehrál stěžejní roli.

- Většinou stál otec mimo problém, což můžeme vidět například u R1: *„Tak tím, že to otec nevěděl, tak ten samozřejmě nijak, ten to samozřejmě nevěděl, jako vůbec. Myslím, že by to ani nepochopil jako spousta lidí, žejo. A moje mamka, jak už jsem řekla no, myslím si, že to trošičku brala na lehkou váhu, že možná nevěděla úplně, co zažívám, takže mi prostě vždycky jenom řekla: Poruč si. Nedělej to.“*

- Někteří rodiče se snažili v rámci léčby své dítě kontrolovat, což bylo například pro R6 dost potupné: *„No rodiče mě začali více hlídat, co jím, kolik a celkově se zvýšila jejich potřeba kontroly. Ve fázích anorexie hlídali moji váhu, ve fázi přejídání přede mnou zamykali na noc špajz, abych nejedla. Bylo to trapné.“*

PARTNERSKÉ VZTAHY

Kategorie *Partnerské vztahy* zahrnuje tři oblasti: **kvalita, první láska a současný vztah.**

Tabulka 7: Partnerské vztahy

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
PARTNERSKÉ VZTAHY	kvalita	negativní - pozitivní
	první láska	negativní - pozitivní
	současný vztah	negativní - pozitivní

Co se týče hodnocení **kvality vztahu**, rozdělily se dívky přesně na dva tábory. Půlka hodnotí své dosavadní partnerské vztahy jako pozitivní a druhá půlka naopak jako negativní až patologické. Pokud byly partnerské vztahy hodnoceny jako pozitivní, bylo to na základě toho, že zahrnovaly přátelství, bezpečí, stabilitu, jistotu, upřímnost, komunikaci a empatii. Jako nesmírně důležitou součást vztahu hodnotily všechny dívky intimitu. U vztahů, které byly vnímány jako negativní, byla přítomna například emoční nestabilita partnera, zneužívání návykových látek či nevěra.

- R6: „Hledala jsem si partnery, kteří na mě byli hnusní. Ponižovali mě, byli to dost narušení lidé. Jeden manipulativní narcis, který mi dával najevo, že touží po svých kamarádkách a že pro něho nejsem dost dobrá, dále feťák, který se ke mně choval jak k hračce a za zády mě podváděl a ten třetí, to byl úplně nejhorší typ. Měl podmínku od policie...“

- Závislostní vztahy měla R4: „Tak co se týče vztahů, tak jsem měla tři partnerské vztahy a vždycky to byly vztahy postavené na závislosti, o tom, že já jsem byla závislá na těch partnerech, měla jsem potřebu se jim zalíbit, že hrozně chci, aby mě měli rádi, abych byla nejlepší a vztahy postavené na strachu z opuštění, ze strachu, že pro ně nebudu tak dobrá, že mě kvůli tomu podvedou, strachu z toho, že právě když se budu tak podceňovat, že to zas jakoby povede k tomu, že pro ně nebudu ta ideální partnerka. No je to jakoby zamotaný.“

- Tři dívky uvedly, že potřebují mít ve vztahu navrch a být dominantní. Například R1: „*Tak myslím si, že moji partneři za celý můj dosavadní život si se mnou museli docela jako užít, protože jsem v tom vztahu dosti dominantní, možná trošku panovačná, dobře, možná trošku víc panovačná a (smích), ale umím i strašně jakoby být i ta hodná holčička jo, ale prostě vždycky muselo být po mým a svým způsobem se mi asi museli trošku přizpůsobovat.*“

- V případě zkušeností s **první láskou** se dívky opět rozdělily na dvě poloviny v hodnocení kvality. Negativní zkušenost s první láskou byla buď způsobena partnerovou nevěrou nebo důsledky poruchy příjmu potravy: „*...já jsem měla hrozně obrovskou potřebu té pozornosti a můj vztah k tělu a ke všemu byl narušený, takže já jsem na něm byla hrozně závislá a upnutá, chtěla jsem se s ním pořád hrozně vidět. Potřebovala jsem, aby mi furt psal...*“ (R3).

V současné době mají všechny respondentky až na jednu partnerský vztah. Tyto vztahy jsou vnímány převážně jako pozitivní a naplněné.

- R4: „*Vztah založený na vysokém stupni intimity, ve kterém koexistují dva zvláštní lidé (smích). Ne je to prostě vztah založený na upřímnosti, té intimitě, komunikaci, řešení problémů. Mluvení. Fakt na té upřímnosti.*“

- R6: „*Nádherný, plný pochopení, lásky, souznění. Partner rád chodí do přírody, medituje. Taky si prošel závislostí na alkoholu, což z něj udělalo vyzrálého pokorného člověka. Miluju ho.*“

- Rozporuplné pocity ze svého současného vztahu má R3: „*Charakterizovala bych ho tak, že já osobně už v něm nevidím víc. Já osobně jsem v něm ztratila vášně a jakoukoliv zamilovanost. Charakterizovala bych ho tak, že je to můj vztah, který je v současné chvíli jistotou a bezpečím a stabilitou spojenou s jistotou. Je to něco, jak mám momentálně nastavený svůj život a jsem v tom zvyklá a cítím se v tom víceméně dobře, takže je to asi tak, že kdybych ho chtěla úplně ukončit, tak vím, že by mi to narušilo nějakou svoji rovnováhu, kterou jsem budovala hrozně dlouho a nevím, jestli jsem na to připravená, asi tak bych to řekla ve zkratce.*“

PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A PARTNERSKÉ VZTAHY

Tato kategorie má dvě témata: **vliv na partnerské vztahy a podpora v léčbě.**

Tabulka 8: Porucha příjmu potravy a partnerské vztahy

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
PORUCHA PŘÍJMU POTRAVY A PARTNERSKÉ VZTAHY	vliv na partnerské vztahy podpora v léčbě	uzavřenost – sdílení nepochopení – podpora

Většina dívek měla během poruchy příjmu potravy vztah.

- R2 vysvětluje, proč naopak vztah neměla: „*Ne, neměla a ani bych to podle mě nezvládla psychicky. Protože bych neustále řešila jídlo. Já bych to teda nezvládla.*“

U všech ostatních dívek jsem zaznamenala, že neměly v průběhu poruchy chuť navazovat s partnerem bližší fyzický kontakt. Jejich tělo jim nepřišlo dostatečně přitažlivé a pociťovaly stud.

- R7: „*...bylo to nešťastné, protože před přítelem jsem se tvářila, že mi nic není, a když jsem byla sama, tak jsem se hroutila. Také co se týče sexu, tak to pro mě bylo psychické utrpení, protože jsem nesnášela fyzický kontakt.*“

- R1 popisuje, jak jí porucha příjmu potravy snížila sexuální libido na nulovou hodnotu: „*...takhle v tom období, kdy jsem měla ty dva přátele, tak jako nějaký sex nebo tak neprobíhal absolutně vůbec, protože to byla věc, která mě absolutně nezajímala, absolutně jsem neměla chuť na sex a podobný věci. Vůbec. Takže už jenom proto si myslím, že ti kluci mě měli fakt strašně moc rádi, myslím si, že mě fakt milovali, ale já jsem s nima prostě nechtěla spát, protože já jsem na to prostě neměla vůbec chuť. Oni mě jako ani sexuálně nepřitahovali, protože jsem to měla takhle v sobě. Takže tyto vztahy trvaly zhruba tři čtvrtě roku nebo rok a já jsem za toho tři čtvrtě roku nebo rok s každým z nich spala maximálně dvakrát, protože jsem vůbec nechtěla.*“

- Na druhou stranu se dívky nebály své potíže sdílet se svým partnerem jako například R4: „*Jakože jsem o tom mluvila hned, že si myslím, že je to taková věc,*

o které si myslím, že by to ten člověk měl vědět, jedna z těch věcí, ok teré by opravdu měl vědět, že to ten člověk má. Z mého pohledu je to vlastně nemoc o vztazích, kdy já mám tendenci ve vztazích vystupovat jako dítě, být v té submisivní roli, na čemž se potom odráží všechno kolem. Že žárlím, že jsem podezíravá, útočná, úzkostlivá.“

- R3: *„Spíš to dělám, že se snažím s tím člověkem sblížit a otevřít se. Já ani nevím, asi mám pocit, že tím, že mu to řeknu, tak pro něj budu zajímavější, což se ne vždy povede, někdy to ty chlapy spíš odradí, ač to není ten záměr zrovna. Myslím si, že o tom ví úplně všichni ti partneři, né všichni ti nezávazní, protože těch bylo ve finále docela hodně, ale ty, s kterými jsem byla dýl, tak to věděli.“*

Vztahy dívek s poruchou příjmu potravy provázela potřeba pozornosti, závislost i promiskuita u dívek se záchvatovitým přejídáním. Často své problémy také zlehčovaly, aby partnera nevyděsily.

- Většina partnerů vyjádřila svým nemocným partnerkám jednoznačnou podporu. Urgovali návštěvu psychologa nebo podpořili převzetí osobní zodpovědnosti za nemoc, což konkrétně R4 pomohlo: *„No až teprve on mi dal jakoby... jak to říct... tu zodpovědnost samotnou za sebe. Prostě když nebudeš jíst, tak prostě nebudeš jíst, já Tě nutit nebudu. Přestal ze mě dělat člověka s anorexií, ale jsem člověk, kterej trpí... jakože nejsem mentální anorektička, ale jsem osoba s poruchou příjmu potravy a že to jako není součástí mě. Přestal se kvůli mně omezovat, jak to dělali ti předchozí, že kvůli mně tohle, v tenhle čas a hodně mě chválí, takže mi dal ten pocit té jedinečnosti, té krásy.“*

- Postoj partnerů k nemoci mohl však být i dost ambivalentní. R6: *„Když jsem se partnerovi konečně svěřila, poznala jsem, jak si na tom náš vztah stojí, protože ti partneři, kteří byli empatictější, se mi snažili porozumět, těch moc nebylo. Zbytku to bylo jedno, spíš moje potíže nechápali nebo jim přišlo odporné, že se přejídám.“*

PŘÁTELE

V této poslední kategorii jsem vymezila témata: **kvantita a reakce na nemoc.**

Tabulka 9: Přátelé

Kategorie	Vlastnosti	Dimenze
PŘÁTELE	kvantita reakce na nemoc	introverze – extroverze posměch – péče

Žádná z dívek nezmínila čistou introverzi. Většina z nich se cítí být napůl někde mezi samotářem a člověkem, co chodí rád do společnosti lidí.

- R2 to hodnotí takto: *„Já právě úplně nepotřebuju mít kolem sebe moc lidí, ale když mám fakt ty nejbližší, který mě znaj takovou, jaká jsem, nic nemusím před nima hrát, nasazovat si žádnou masku, můžu se před nima právě uvolnit, tak to je pro mě hrozně důležitý. Já už potom přátelství na téhle úrovni беру jako rodinu. Prostě tam nemusí být pokrevní spojení, ale tady tohle je pro mě zároveň důležitý.“*

- R3 vypovídá: *„Nikdy jsem nepotřebovala mít kolem sebe velký okruh lidí, to mi spíš nevyhovuje. Ani úplně nevím, co je tím důvodem, proč mi to nevyhovuje, ale stačily mi vždy ty kamarádky. Tam by se dalo říct, že je taky ta intimita, že když máš s člověkem blízký vztah, tak mu říkáš věci, které jsou intimní, a s jedním člověkem můžeš navázat dobře ten vztah, ale když máš najednou třicet kamarádů, tak se všemi třiceti kamarády nebudeš mít tak silný vztah.“*

- Za velké extrovertky se považují tři dívky. Například R7: *„Vzhledem k tomu, že jsem velký extrovert, tak jsem byla vždy hodně obklopená přáteli. Ráda jsem ve středu dění a pozornosti.“*

U posledního tématu se mi vynořila široká paleta odpovědí od posměchu ze strany „falešných přátel“, přes konflikty a hádky ve vztazích s přáteli z důvodu nemoci až po naprostou podporu a péči spojenou se strachem o kamarádku a návštěvami v psychiatrické nemocnici.

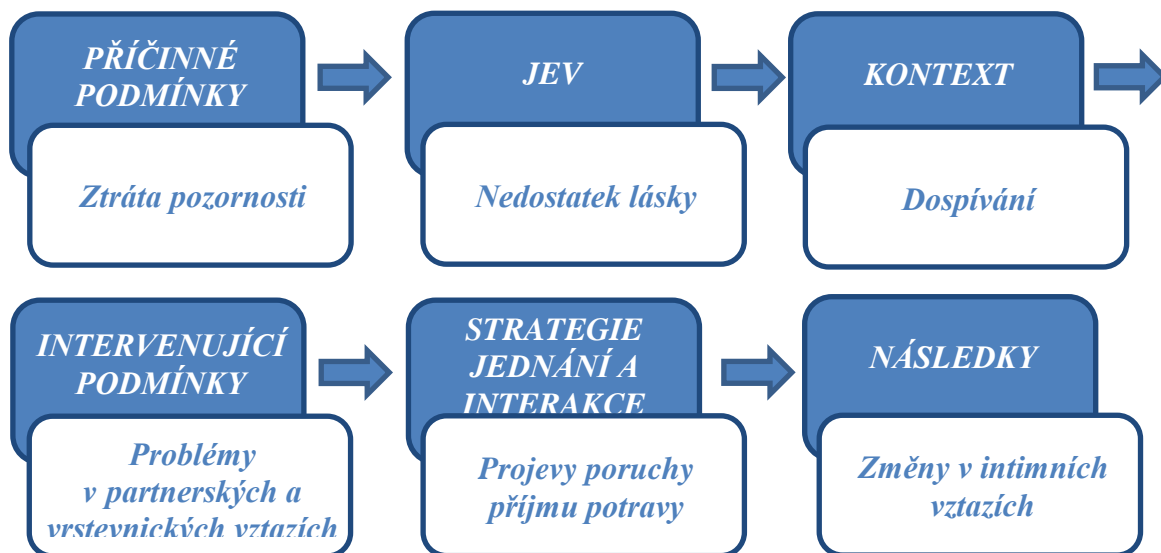
- Zmíním dvě odpovědi za všechny. R2: „*Samozřejmě byli naštvaní, hodně mi to v tu dobu říkali narovinu, napřímo, vyčítali mi to, hádali jsme se, takže to trošku ovlivnilo i naše vztahy, ale jenom na nějakou dobu samozřejmě, takže jsme... jako to přátelství to ustálo.*“

- R3 sděluje: „*Takový ty hodně blízké kamarádky psali třeba i mé mamce, že se něco děje a tak. Měli strach. Taky některé kamarádky, ty dobré, se mě snažily podporovat, i brečely, když se dozvěděly, že mám anorexii a že půjdu do nemocnice. Někteří mě jezdili navštěvovat. To bylo hrozně hezké. Ty kamarádi tu anorexii brali tak, že se o mě báli.*“

7.2 Axiální kódování

Ve fázi axiálního kódování jsem vytvořila nové kategorie v závislosti na paradigmatickém modelu. Kategorie v otevřeném kódování byly jiné, poněvadž jsem chtěla vytěžit maximum z analýzy obsahu rozhovorů s respondenty. Jako příčinné podmínky jevu jsem stanovila *Ztrátu pozornosti*, nejčastěji z důvodu rozvodu rodičů nebo přetrvávajících hádek mezi rodiči. Jako samotný jev jsem určila *Nedostatek lásky*, způsobený odcizením se s rodičem nebo úplnou absencí jednoho z rodičů v životě dívky. Vše se dělo v kontextu citlivého období *Dospívání*. Jako intervenující podmínky jsem stanovila *Problémy v partnerských a vrstevnických vztazích*. Samotným jednáním potom byly *Projevy poruchy příjmu potravy* a následkem *Změna v intimních vztazích*, kdy se rapidně zvýšil zájem okolí o respondentku, proběhla fixace na jednoho z rodičů, změny v chování se projevily například i v intimitě v partnerských vztazích, kdy z důvodu mentální anorexie měly dívky ostych vůči fyzickému kontaktu nebo naopak docházelo u dívek se záchvatovitým přejídáním k promiskuitě.

Diagram 1: Paradigmatický model vytvořený axiálním kódováním



Abych konkretizovala provázanost příběhů a kategorií, vybrala jsem dva náhodné příklady k bližšímu popisu kategorií. Konkrétně respondentku R3 a R7. Neuvedla jsem všechny respondentky kvůli doporučenému rozsahu práce.

RESPONDENTKA R3:

Respondentka zažívala ne úplně šťastné, spíše chaotické dětství, kdy se rodiče často hádali a ona trávila většinu času s mámou.

„Naši spolu žili opravdu dlouho a celou tu dobu prostě se skoro nenáviděli a nedokázali to rozseknout a trvalo opravdu hrozně dlouho než se oddělili a i potom, co se rozvedli, tak s námi otec nějakou dobu jako žil, takže jsem si z toho vzala nějaké ponaučení... já třeba nechci děti v tuhle chvíli, nevím, jestli se to změní za 5, za 10 let, ale taky to je hodně z toho, jak naši se k sobě chovali, jak jsem cítila i výčitku, že jako mají mě a kvůli tomu mají zničené životy.“

- (A) ZTRÁTA POZORNOSTI: Ze strany otce.

Jako samotný jev nedostatku lásky se u dívky projevil chladný vztah s otcem: *„Byla jsem určitě navázanější na mamku. Otec, jelikož byl poměrně workoholik, tak ten s náma moc nebyl, takže většinu času trávil s mamkou. Vztah s otcem byl chladnější už asi jako odjakživa.“*

- (B) NEDOSTATEK LÁSKY: Negativní vztah s otcem.

Všechny tyto děje se odehrávaly v období dospívání: *„Začalo to ve 12ti letech. Já bych řekla, že pro mě to bylo jedno z nejlepších období nebo nechci říct období... Já jsem to vnímala velmi pozitivně i přesto, že mě to pak už v těch hodně kritických fázích mohlo jako i zabít, ale celá ta porucha a ten začátek byl velice příjemný, protože já jsem se cítila dobře, měla jsem nad sebou kontrolu, měla jsem kontrolu nad svým tělem a tím pádem jsem měla kontrolu nad celým svým životem, protože ta kontrola nad tím tělem mi pomáhala v kontrole všeho, co jsem potřebovala.“*

- (C) DOSPÍVÁNÍ: Začátek ve 12ti letech.

V partnerských vztazích zažila R3 na začátku velkou bolest spojenou s rozchodem s prvním přítelem, kdy poté propadla lehké promiskuitě: *„Nejhorší bylo, že já jsem ho i emočně ničila, protože jak jsem vyžadovala tu pozornost a když jsem jí nedostávala, tak jsem měla tendence ho emočně vydírat... Ono už pak bylo vidět, že z toho potřebuje ven, utéct. Jak jsem byla starší a potřebovala jsem trošku vážnější ten vztah a on byl mladší o dva roky, bylo to tele mladý, on pak podle mě utíkal, když došlo k tomu rozchodu. Pak si našel holku asi o 5 let mladší, tak se dostal do svých vln. Já jsem z toho byla úplně hotová po tom rozchodu, složilo mě to, protože já jsem se hrozně snažila dostat tu lásku, místo toho jsem dostala obrovské odmítnutí. Ale řekla jsem si, že nechci být promiskuitní, přesto jsem do toho spadla.“*

I od vrstevníků nezažila mnoho podpory: *„Spousta lidí se mi smálo, že jsem tlustá, ale to nebyli samozřejmě kamarádi. To se tak nedá nazvat, ale třeba lidi z party, se kterými jsem chodila taky ven, tak se mi už pak smáli nebo naráželi na to, že jsem přibrala.“*

- (D) PROBLÉMY V PARTNERSKÝCH A VRSTEVNICKÝCH VZTAZÍCH: Bolest z rozchodu s prvním přítelem, posměch lidí z party.

Samotné projevy poruchy příjmu potravy vnímala respondentka v případě mentální anorexie velmi pozitivně, u záchvatovitého přejídání už to pro ni tak pozitivní nebylo. *„Čím více se ta porucha budovala, tak se prohluboval ten pocit výjimečnosti, protože já jsem měla tady tu svoji poruchu, tu svoji kontrolu a něco v čem jsem jako dobrá. Jelikož jsem neměla žádný zájmy v dětství, takže nebylo nic, v čem bych byla dobrá, kromě jako učení, tak teď přišla ta porucha, ta anorexie, která mi dala pocit, že jsem v tomhle dobrá a postupně to začalo ovlivňovat vše, co se kolem mě dělo, jak jsem to vnímala. A já jsem to vnímala velmi pozitivně.“*

- (E) PROJEVY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY: Přehnaná kontrola, pocit výjimečnosti.

Následkem těchto projevů bylo ovlivnění intimity ve všech typech intimních vztahů od rodinných, přes partnerské až po vrstevnické.

Rodinné vztahy: *„Já jsem se cítila důležitě, že mám něco extra, že mám nějaký problém a ten jako řeším, ale zároveň jsem se ho vůbec nechtěla vzdát, já jsem asi měla ráda tu pozornost, že mamka si mě víc všímala, všichni si mě všímali a já jsem byla jak nějaká celebrita. A otec, ten nějak neřešil, než jsem začala mít zdravotní problém, tak si toho vůbec nevšiml, jak jako pořád pracoval.“*

Partnerské vztahy: *„Ta anorexie byla můj život, a buď se přizpůsobíš, nebo si táhni. Takže uvědomuji si, že to se mnou muselo být hrozné... Když jsem měla to přejídání, tak tam to ovlivňovalo hůř, protože mi to způsobovalo deprese, to, jak jsem přibrala, takže tam to bylo psycho a v době přejídání jsem měla dva vážné vztahy, pak několik nezávazných, který to taky trochu ovlivňovaly, protože já jsem z těch nezávazných chtěla udělat závazný a to prostě moc nejde... Mně se to nedělo, takže já jsem pak nenáviděla sebe, nenáviděla ty partnery a řešila jsem to jídlem.“*

Vrstevnické vztahy: *„Takové ty hodně blízké kamarádky psali třeba i mé mamce, že se něco děje a tak. Měli strach. Taky některé kamarádky, ty dobré, se mě snažily podporovat, i brečely, když se dozvěděly, že mám anorexii a že půjdu do nemocnice. Někteří mě jezdili navštěvovat.“*

- (F) ZMĚNA V INTIMNÍCH VZTAZÍCH: Zájem okolí ze všech stran kromě otce, velká podpora matky, v době mentální anorexie nezájem o hlubší sblížení v partnerských vztazích, v době záchvatového přejídání promiskuita, podpora blízkých přátel v nemoci.

RESPONDENTKA R7:

U této respondentky vnímám velkou ambivalenci mezi vztahem k otci a k matce. Vztahy mezi rodiči byly dle ní téměř dokonalé, ale ze strany matky cítila silný odstup.

„Měla jsem jednoznačně blíže k tatínkovi. Je to hlavně tím, že jsme spolu trávili většinu času a jevil o mě největší zájem, zatímco maminka byla hodně v ústraní. Tatínek mě obskakoval, řešil za mě veškeré problémy a nechtěl, aby se mi něco dělo. Vždy, když se něco stalo, byl tu a nikdy mě v tom nenechal... Maminka mě kritizovala víceméně pořád. Nejvíc ale za to, že jsem podle ní moc dokonalá a nikdo mě takovou nebude mít rád, protože lidé prý nemají rádi dokonalost.“

- (A) ZTRÁTA POZORNOSTI: Chladný vztah s matkou.

Pokud se více zaměříme na vztah s matkou, zjistíme, že matka nejenže dceru kritizovala, ale často se s ní pouštěla do hádek a vůbec projevovala k dceři velké nepochopení.

„Tatínek byl hodně hyperprotektivní a já jsem byla jeho jediná holčička. Ze strany maminky jsem naopak cítila velké nepochopení a opovržení. Měly jsme spolu velké konflikty a já si díky tomu myslela, že mě nemá ráda. Říkala mi opravdu zlé věci, které mi v hlavě zní dodnes.“

- (B) NEDOSTATEK LÁSKY: Konflikty ve vztahu s matkou, nepochopení, fixace na otce.

Projevy poruchy příjmu potravy se opět objevily v období dospívání.

„Anorexie u mě propukla v 15ti letech, druhý ročník gymnázia, nejprve jsem vyřadila tučné, sladké, slané, smažené jídlo a poté mi zbyly jen odtučněné potraviny a zelenina.“

- (C) DOSPÍVÁNÍ: 15 let.

U této respondentky jsem také našla negativní zážitek s prvním vážným partnerským vztahem.

„Na partnery jsem měla zatím smůlu, protože narazím vždy na stejný typ mužů: ambiciózní, plní svých cílů, bohužel já jsem byla vždy až na pátém místě po jejich aktivitách a cílech. Ani moje první láska nebyla úplně vydařená. Vztah trval tak půl roku a poté jsem zjistila, že mě přítel podvedl, načež jsem věděla, že bych mu už nemohla důvěřovat, tak jsem vztah ukončila.“

- (D) PROBLÉMY V PARTNERSKÝCH VZTAZÍCH: Nevěra partnera.

Porucha příjmu potravy se nejvíce projevila změnou v chování.

„Začala jsem rodičům hrozně lhát a maskovala jsem to, že nejím. Házela jsem jídlo z okna, splachovala do záchodu, schovávala, kde se dalo. Začala jsem být podrážděná a pořád smutná a unavená.“

- (E) PROJEVY PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY: Lhaní, smutek, únava, podrážděnost, konflikty.

Následkem poruchy příjmu potravy bylo opět ovlivnění intimity ve všech sférách.

Rodinné vztahy: *„Pořád jsme se jen hádali. Oni mi vyhrožovali, křičeli, prosili, plakali a já dělala to samé. Jen z opačného důvodu. Nechtěla jsem, aby mi anorexii vzali.“*

Partnerské vztahy: *„Bylo to nešťastné, protože před přítelem jsem se tvářila, že mi nic není, a když jsem byla sama, tak jsem se hroutila. Také co se týče sexu, tak to pro mě bylo psychické utrpení, protože jsem nesnášela fyzický kontakt.“*

Vrstevnické vztahy: „*Přátelé jsou jedním z velkých důvodů, proč jsem to ještě nevzdala a jsem tu. Byli tu pro mě, ať se dělo cokoli a vždycky jim za to budu vděčná. Jsou v tom se mnou už od začátku a vždy mě podpořili a byli tu pro mě. Je tedy pravda, že se o mě pořád hodně bojí.*“

- (F) ZMĚNY V INTIMNÍCH VZTAZÍCH: Konflikty v rodině, zvýšený zájem o dceru, nechuť k sexu v partnerských vztazích, přetvářka, velká podpora vrstevníků.

7.3 Selektivní kódování

Na základě analýzy šlo v konečném kroku přistoupit k selektivnímu kódování. Z toho vyplynulo, že jádro příběhů oslovených dívek, u nichž se objevily projevy poruchy příjmu potravy, tkví ve změnách v intimním životě. V důsledku ztráty pozornosti v primární rodině, která byla způsobena například konflikty mezi rodiči, jejich rozvodem nebo nenaplňujícím vztahem s jedním z rodičů popřípadě oběma rodiči, se u oslovených dívek objevil nedostatek lásky v citlivém období dospívání, kdy hledaly modely pro rozvoj vlastních partnerských vztahů.

Dále se na narušené intimitě podílelo zklamání ve vztazích s první láskou, nevěra ze strany partnera či manipulace a u některých dívek byl zaznamenán také posměch ze strany vrstevníků kvůli postavě nebo dokonce šikana. Když se u dívek v tomto období rozvinuly projevy poruchy příjmu potravy, velmi to poznamenalo jejich chování. Začaly být vyhybavé, posedlé kontrolou sebe sama, smutné, emocionálně nestabilní a podrážděné. Všechno toto vedlo k již zmiňovaným změnám v intimních vztazích, kdy na úrovni rodiny se projevovala větší konfliktnost, fixace na jednoho z rodičů (nejčastěji na matku), otec byl často v pozadí nebo úplně vystoupil z rodinného trojúhelníku. Tato nemoc vyžadovala velkou míru pozornosti, která zároveň byla dívkám příjemná. Nejvíce se to projevilo nejspíše ve vrstevnických vztazích. Co se týče partnerských vztahů, tam často nebylo možno v důsledku nemoci navázat skutečně hluboký vztah spojený i s fyzickou intimitou, bylo to něco, co bylo dívkám proti srsti. Naopak u dívek se záchvatovitým přejídáním se objevovaly prvky promiskuitního chování.

Ze zpracování dat a kódování plyne teorie, že u oslovených dívek, u kterých se objevily projevy poruchy příjmu potravy v období dospívání, se ztráta pozornosti,

nedostatek lásky a problémy v raných intimních vztazích projevily ve formě narušené intimity, která u nich zasáhla všechny druhy vztahů jak po fyzické, tak po psychické stránce.

8 Shrnutí a interpretace získaných dat

Na základě tohoto výzkumu a popsaných výsledků, které zpracovávají polostrukturované rozhovory od osmi respondentek, jde uvažovat o tom, že projevy poruchy příjmu potravy jsou u oslovených respondentek v rámci intimity ovlivněné nedostatkem pozornosti a lásky v rodině a intervenujícími problémy v partnerských a vrstevnických vztazích. U všech osmi oslovených dívek se potvrdilo zvýšení zájmu o jejich osobu po propuknutí nemoci, změny ve vztazích například ve formě fixace na jednoho z rodičů nebo omezení fyzického kontaktu v partnerském vztahu či odmítání jakéhokoliv partnerského vztahu.

Výzkumné otázky, na které jsem hledala odpovědi, byly:

- Výzkumná otázka č. 1: *Jak vnímají dívky s poruchou příjmu potravy intimitu?*
- Výzkumná otázka č. 2: *Jaké charakteristiky mají rodinné a sourozenecké vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 3: *Jaké charakteristiky mají partnerské vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 4: *Jaké charakteristiky mají vrstevnické vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 5: *Jaký vliv měla porucha příjmu potravy na intimní vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*

Komplexní odpověď, která je formulována v rámci zakotvené teorie, zní:

Projevy poruchy příjmu potravy vznikaly u oslovených dívek tam, kde docházelo v důsledku ztráty pozornosti k nedostatku lásky, dále se zde podepsaly problémy v partnerských a vrstevnických vztazích v kontextu období dospívání, celkovým následkem byly narušené intimní vztahy.

Ústředním jevem byly *Změny v intimních vztazích*. Změny se projevovaly ve zvýšení zájmu okolí o jejich osobu a to jak v rodinných, partnerských i vrstevnických vztazích. Nežádka byl zájem spojen s podporou léčby a strachem o zdraví dívky. V partnerských vztazích se projevovala odtažitost, nezájem o sexuální kontakt nebo úplné odmítání partnerských vztahů. V rodinách se zpravidla projevila fixace na jednoho z rodičů, když ten druhý u léčby chyběl.

9 Diskuze

V této kapitole se zabývám limity práce, srovnání výsledků s dosavadními výzkumy a praktickou využitelností výzkumu.

LIMITY PRÁCE

Jako hlavní limit této práce spatřuji poměrně malý vzorek respondentů, jichž bylo zahrnuto ve výzkumu 8. Původní záměr počítal s počtem 10-15 respondentů. Navzdory vynaloženému úsilí se mi nepodařilo sehnat takový počet respondentů, kteří by s výzkumem souhlasili. Pro větší validitu výzkumu bych v příštím výzkumu rozhodně volila větší vzorek, abych mohla lépe saturovat data a aby výsledky výzkumu poskytly větší reliabilitu. Přesto se domnívám, že data získaná i v tomto menším vzorku jsou nosná pro potřeby zakotvené teorie. Celkově bylo rozhovorů provedeno 10, ale z důvodu nenaplnění kritérií pro zařazení do výzkumu u dvou respondentek, jsem musela jejich data vymazat a vyřadit je z výzkumu. S každou respondentkou došlo k jednorázovému setkání.

Také si uvědomuji jistou nevyváženost v zastoupení jednotlivých typů poruch příjmu potravy u dívek. Původní záměr byl mít rovnocenný počet respondentek, jež se potýkají s mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním. Ve valné většině se však jednalo o dívky, které trpí mentální anorexií. Vysvětluji si to tím, že dívky s mentální bulimií se potýkají s větším studem ohledně sdílení jejich diagnózy.

Vzhledem k počtu respondentů rozhodně nelze generalizovat, ale cílem výzkumu bylo primárně přinést individuální příběhy dívek s poruchou příjmu potravy.

SROVNÁNÍ S DOSAVADNÍMI VÝZKUMY

Výsledky mého výzkumu se shodovaly s výsledky výzkumu Newtona et al. (2006), kdy si dívky s poruchou příjmu potravy nejčastěji spojovaly intimitu s blízkostí, autenticitou a sebeodhalením. Výsledky se také shodovaly v tom, že byla pro dívky mnohem důležitější emocionální blízkost v partnerských vztazích než ta fyzická,

poněvadž tyto dívky vykazovaly velký ostych vůči sexuálním zážitkům z důvodu sníženého libida.

Snížené libido, které uvádějí oslovené respondentky, popisují i autoři Svoboda a kol. (2015) a Gottlieb (2016). Dívky, které uváděly sníženou sexualitu, si spojovaly nepříjemné aspekty sexuality s nenávisť k vlastnímu tělu. Sexuální styk byl pro ně nepříjemným z toho důvodu, že nemohly kontrolovat své tělo, nesnesly pohled svého partnera na jejich tělo a ani dotek.

Poněšický (1999) vidí jako typické u dívek s mentální anorexií sníženou emocionalitu, nahrazenou zvýšeným úsilím například ve sportu a škole. Důležitá je pro ně podle něj jejich nezávislost a převaha nad ostatními lidmi. Tento akcent na výkonovou stránku jsem ve svém výzkumu zaznamenala také. Intimní vztahy u těchto dívek byly zpravidla nahrazeny zaměřením se na sport, počítání kalorií a vlastní sebekontrolu. Pokud partnera měly, byl často vtažen do chodu nemoci, pomáhal jim s léčbou, zařídil jim sezení s psychologem,

Hopwood et al. (2007) zkoumal intimitu dívek s mentální bulimií. Zjistil, že tyto dívky se vykazují neasertivním, často dominantním chováním a mají tendenci vytvářet závislé vztahy. Tuto závislost na partnerovi jsem pozorovala také, ale nadřazenost nad partnerem jsem pozorovala pouze v jednom případě. Výsledky se shodovaly v nedostatečné citové podpoře rodiny a přátel.

Stejně jako Pinherio et al. (2010) jsem zaznamenala rozdíly v sexualitě dívek s mentální anorexií a mentální bulimií, kdy dívky s mentální anorexií se často stranily sexuálnímu kontaktu nebo odmítaly jakýkoliv partnerský vztah z důvodu nedostatečné zralosti a naopak dívky s mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním měli častý pohlavní styk a rychle střídaly partnery.

Na základě srovnání s teorií rodiny jako sociální dělohy autorů Chvály a Trapkové (2004) jsem se neshodla v modelu, kdy mentální anorexie je způsobena nedostatečnou intimitou ve vztahu s matkou a jejím chováním se k dceři jako k předčasně dospělé. Naopak u sedmi dívek bylo jednoznačně větší pouto s matkou než s otcem, jehož úloha byla u šesti dívek jednoznačně upozaděna z důvodu konfliktů v rodině

či rozvodu. Zobecnila bych tento model tak, že poruchy příjmu potravy jakéhokoliv typu jsou voláním po blízkosti s klíčovou osobou (rodičem, partnerem, vrstevníkem). Pokud tato blízkost chybí, nastupují projevy poruchy, která si svojí závažností sama volá po pozornosti.

Dále stejně jako uvádí Svoboda a kol. (2015), popisovaly respondentky mého výzkumu zvýšenou četnost konfliktů v rodině v důsledku jejich agresivního chování.

Výsledky mého výzkumu, kdy sedm z osmi dívek poukazovalo na rozsáhlé konflikty v rodině z důvodu nemoci, korelovaly s tvrzeními Papežové (2010) o tom, že nemoc vytváří východisko pro organizaci rodinného života a může eskalovat ve zhoršení dalších vztahů uvnitř rodiny. Rodinná atmosféra mých respondentek byla v průběhu nemoci plná hádek a emocionálních výstupů.

Šest z osmi respondentek mého výzkumu uvedlo negativní vztah se svým otcem, kdy se dle Kast (2004) negativní otcovský komplex projevuje marnou snahou dívky dokázat otcí, že za to stojí, ale nikdy se jí nedostane patřičného uznání. Stejně tak se dívky z mého výzkumu, které přišly o pozornost otce z důvodu rozvodu, jeho koncentrace na práci nebo odchodu do vězení v mezním období dospívání, v této době začaly projevovat rysy poruchy příjmu potravy. Jak jsem již zmínila, tyto nemoci jsou spojeny s charakteristickými prvky apelu na výkon, perfekcionismu a úzkostného chování.

Klímová a Fialová (2015) uvádí, že archetyp otce personifikuje ochranu, vedení a autoritu. On nastavuje hranice, aby docílil bezpečí. Otec, který působí negativně, zamezuje v růstu. Stejně tak se lze dívat na příklad respondentek mého výzkumu, kterým chyběla v životě postava otce, někoho, kdo by nastavil hranice pro jejich vývoj. V tomto komplikovaném období se porucha příjmu potravy mohla stát tím rámcem, který by udal jejich životu řád a zároveň pozastavila jejich vývoj směrem k dospělosti, na kterou ještě nebyly připraveny.

PRAKTICKÁ VYUŽITELNOST VÝSLEDKŮ

Z výsledků této práce lze poukázat na rizikové faktory v intimních vztazích, které přispívají k rozvoji poruch příjmu potravy a dle mého názoru nejenom těchto poruch u dospívajících dívek. Vzhledem k tomu, že tyto faktory jsou velmi často spojeny s rizikovým prostředím v rodině v podobě konfliktů, psychického i fyzického násilí či rozvodů, lze uvažovat o nezbytnosti zařazení rodinné terapie při léčbě těchto poruch. Tento druh terapie se již v léčbě poruch příjmu potravy používá, ale zdá se mi nesmyslné, nakolik je stále v českém prostředí zdůrazňován apel na dosažení limitu BMI pro normální váhu a realimentaci na úkor samotné psychoterapie v počátku léčby.

Myslím, že by spíše měla být propagována podpora zdravého sebevědomí, sebeobrazu a práce s tělem v terapii pro ozdravný proces sebepřijetí. Terapeutické směry jako například tanečně pohybová terapie nebo terapie zaměřená na tělo může být nápomocná při práci s touto klientelou, jelikož se zaměřují na problémy, se kterými se potýkají osoby s poruchou příjmu potravy jako například nedostatečné spojení se svým tělem či potlačování emocí. Tyto terapie pomáhají klientům prozkoumat a získat zpět své autentické já prostřednictvím pohybu a verbálního zpracování, utlumit hyperaktivitu, obnovit společenské dovednosti a sebelásku. Jak jsem již zmínila, neměla by se opomíjet rodinná terapie, popřípadě zapojení partnera do terapie. Domnívám se, že úspěšná léčba u dívek se bude odvíjet od toho, nakolik budou schopny obnovit zdravou intimitu ve vztahu k vlastnímu tělu i druhým lidem.

Tímto rozhodně neupozaduju význam farmakoterapie či psychoterapeutických směrů typu psychoanalýzy, kognitivně-behaviorální terapie, atd.

Jako klíčovou vnímám také práci s klientkami po propuštění z hospitalizace. To je zásadní období, kdy je největší možnost zapracovat na nových návycích a změně chování ve stravování, sebezpojetí a vztazích. Tuto podporu u nás úspěšně poskytuje centrum Anabell, z.s.

Výsledky také naznačují, že je důležité podchytit psychický stav dospívající dívky ideálně ještě v momentě, kdy nemoc nepropukla, v případě, že se v rodině vyskytují

nějaké nepříznivé podmínky typu rozvod rodičů, časté konflikty nebo když začne dívka vykazovat nezvyklé chování, které je nad rámec běžných projevů puberty.

Věřím, že v tomto období dospívání je nesmírně důležité vyjádřit dívce podporu a zajistit bezpečné a stabilní rodinné zázemí.

Pro účely dalších výzkumů podobného tématu bych doporučila zaměřit se na rodinné konstelace v rodině, vnímání průběhu poruchy dívky z pohledu blízkých lidí (rodič, partner, blízký přítel).

Jako zajímavé by mi také přišlo sledovat vývoj intimních vztahů u dospělých žen, které si prošly v dospívání poruchou příjmu potravy, popřípadě zkoumat dále jejich životní příběh a zda se jejich psychické obtíže vracely, převzali podobu jiné psychické poruchy nebo zda došlo k úplnému uzdravení.

10 Závěry

Cílem empirické části bylo prozkoumat, jak ovlivnila porucha příjmu potravy intimní vztahy respondentek starších 15ti let.

Výsledky empirické části odpovídají šesti výzkumným otázkám:

1. 7 z 8 respondentek, které jsou momentálně ve vztahu, naplňují svoji potřebu intimity se svým partnerem. K sexualitě zde byl velmi rozmanitý přístup, pro některé respondentky má sex nenahraditelnou roli v životě, jiné se vyhýbají sexu z důvodu nepřijetí vlastního těla a dívky se záchvatovitým přejídáním vykazovaly promiskuitní chování. Láska byla u většiny dívek vnímána jako nejdůležitější životní hodnota.
2. Samotné dětství vnímá 6 z 8 respondentek jako šťastné, ovšem vztahy mezi rodiči a rodinnou atmosféru už tak pozitivně nehodnotily. U poloviny rodičů dívek proběhl rozvod a také u poloviny respondentek docházelo doma k fyzickému týrání ze strany otce směrem k matce. 6 z 8 dívek více inklinuje ke svojí matce z důvodu větší empatie a citovosti, což jim u otce chybělo. 5 z 8 dívek vnímá svoji matku jako dobrý vzor do života nejčastěji z důvodu pracovitosti, dobrotivosti a zodpovědnosti. U matek 3 respondentek se vyskytla psychická porucha a to konkrétně bipolární porucha, úzkostná porucha a alkoholismus. Vztah s otcem byl ve většině případů u dívek narušen z důvodu jejich workoholismu a odcizení se po rozvodu rodičů, protože tyto dívky zůstaly v péči matky. Sourozenecké vztahy byly vnímány jako uspokojivé.
3. Porucha příjmu potravy se v rodinách dívek podepsala na rozsáhlých konfliktech, protože ji provázela změna nálad, agresivní chování, emoční nestabilita, sebestřednost, posedlost kontrolou, uzavřenost a smutek. Ve většině případů pomohla dívkám s léčbou matka.
4. Polovina dívek má negativní zkušenosti s partnerskými vztahy, naopak druhá polovina je vnímá jako naplňující. Pozitivní vztahy fungovaly na principu přátelství, bezpečí, stability, jistoty, upřímnosti, komunikace a empatie. Intimita byla také podstatnou součástí vztahu. Jako negativní vnímají dívky ty vztahy, kde

byla přítomna emoční nestabilita partnera, zneužívání návykových látek či nevěra. Polovina dívek má pěkné vzpomínky na první lásku. 7 z 8 dívek má momentálně partnera a cítí se být ve vztahu naplněné.

5. Porucha příjmu potravy narušila ve vztahu potřebu navazovat fyzický kontakt u většiny dívek z důvodu studu. Tyto vztahy také provázela potřeba pozornosti a závislost na partnerovi. Partneři dívek se jim snažili ve většině případů pomoci a urgovali léčbu.
6. Respondentky vykazovaly normální potřebu sociálního kontaktu ve vztahu k přátelům. Někteří vrstevníci byli během léčby respondentkám nápomocni a navštěvovaly je například v nemocnici a jiní byli zase zdrojem posměchu. Celkově byla nemoc spojená se zvýšeným zájmem o jejich osobu, jak ze strany rodiny, tak partnerů a přátel, kteří se jim snažili pomoci.

11 Souhrn

Téma bakalářské práce bylo zvoleno dle mého dlouhodobého zaměření na problematiku osob s poruchou příjmu potravy a práce v centru Anabell, z.s.

Účel práce byl prozkoumat intimní vztahy dívek s poruchou příjmu potravy jak před propuknutím nemoci, tak jejich modifikaci v průběhu nemoci.

Teoretická část měla za cíl popsat problematiku poruch příjmu potravy, intimity a vztahové oblasti.

Poruchy příjmu potravy jsou psychosomatické onemocnění, které se dělí na dva základní druhy, mentální anorexii a mentální bulimii a nejčastěji se projevují restrikcí jídla, vědomou kontrolou tělesné hmotnosti a přetrvávajícím strachem z tloušťky. Z etiologického hlediska mohou mít tyto poruchy různé příčiny vzniku. Hovoří se o tzv. kultu štíhlosti, který se stále drží v našem kulturním prostředí. Mezi nejvýznamnější biologické faktory patří pohlaví a věk, kdy je pravděpodobnost vzniku této nemoci zhruba desetkrát větší u žen než u mužů. Z rodinného hlediska zmíním riziko vzniku nemoci např. v rodinách, kde dochází k sexuálnímu zneužívání, kdy rodič trpí psychickými poruchami nebo se manipulace s jídlem stává nástrojem, jak získat pozornost okolí, ublížit rodičům či oddálit sexuální dospělost. Pacienti s poruchou příjmu potravy se často vyznačují vysokou mírou perfekcionismu, trpí depresemi a úzkostmi, mají obsedantně-kompulzivní rysy a také nemají daleko k sebepoškozování.

Léčba poruch příjmu potravy probíhá formou hospitalizace tam, kde mají pacientky nebezpečně nízkou hmotnost s BMI pod 17,5. Po realimentaci se léčba soustředí na nutriční poradenství, rodinnou terapii a techniky zaměřené na prožívání tělesných pocitů. Podávání antidepresiv je běžnou součástí léčby. Mezi nejvíce uplatňované terapeutické směry v této problematice patří kognitivně-behaviorální terapie, rodinná terapie a psychodynamickou terapii.

Pojem intimita nese pro každého člověka individuální význam, ale nejčastěji bývá spojována se vztahy, které nesou kvalitu blízkosti, sdílení, důvěry. Patří sem i sex a láska.

Intimita byla v teoretické části rozdělena na čtyři typy: intelektuální, experimentální, emocionální a sexuální.

Ze vztahové oblasti jsem se zaměřila na partnerské, sourozenecké a vrstevnické vztahy a podrobněji jsem zkoumala vztahy rodinné, kde jsem přiblížila teorie rodiny, komplexy a attachment.

V **empirické části** práce byl proveden kvalitativní výzkum formou osmi polostrukturovaných rozhovorů, který si kladl za cíl prozkoumat vnímání intimních vztahů u dívek s poruchami příjmu potravy.

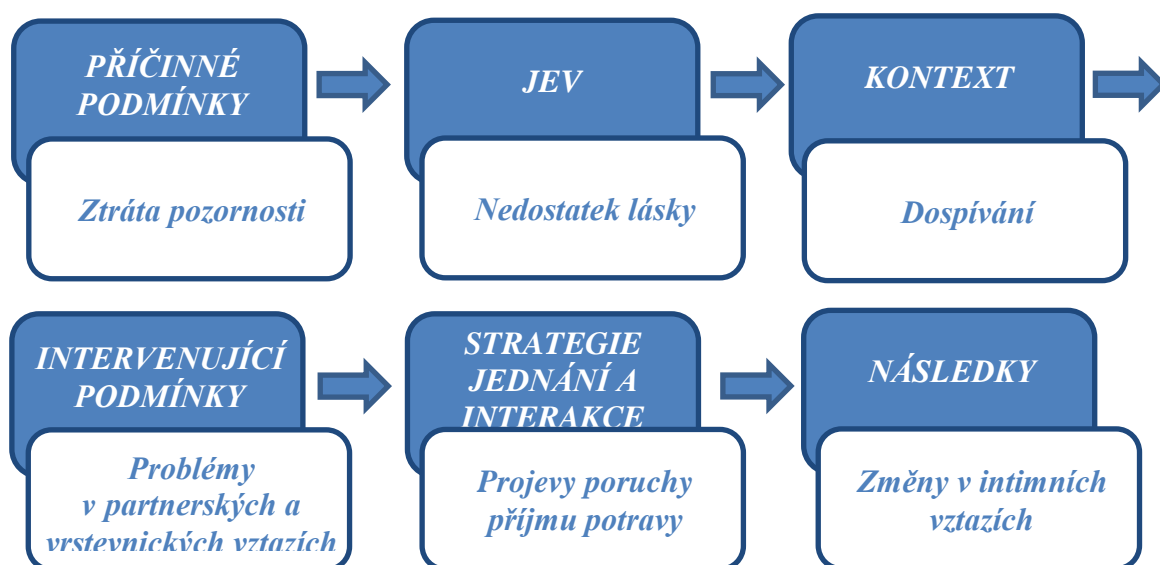
Kvalitativní výzkum hledal odpovědi na výzkumné otázky u dívek, které danou nemocí trpí a jsou starší patnácti let.

- Výzkumná otázka č. 1: *Jak vnímají dívky s poruchou příjmu potravy intimitu?*
- Výzkumná otázka č. 2: *Jaké charakteristiky mají rodinné a sourozenecké vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 3: *Jaké charakteristiky mají partnerské vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 4: *Jaké charakteristiky mají vrstevnické vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*
- Výzkumná otázka č. 5: *Jaký vliv měla porucha příjmu potravy na intimní vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy?*

Tento výzkum se řadí k zakotvené teorii. Použité polostrukturované rozhovory obsahovaly 37 otázek. Rozhovory probíhaly formou osobního kontaktu. Výzkumný soubor byl získán metodou snowball přes internetová diskuzní fóra a tvořilo ho deset respondentek, které aktuálně trpí poruchou příjmu potravy a jsou starší patnácti let. Během analýzy dat jsem však dvě respondentky vyřadila ze souboru z důvodu nenaplnění kritérií pro zařazení do souboru (trpěly jen velmi lehkou formou nemoci).

Data byla zpracována na základě principů zakotvené teorie, kam patří otevřené, axiální a selektivní kódování.

V otevřeném kódování jsem vytvořila šest kategorií, kde jsem hledala odpovědi na výzkumné otázky. Dále v axiálním kódování jsem hledala nové kategorie, které budou odpovídat paradigmatickému modelu:



V selektivním kódování jsem určila centrální kategorii *Změny v intimních vztazích*, a když jsem ji vztáhla ke kategoriím z paradigmatického modelu, došlo k formulaci zakotvené teorie:

U dívek, u kterých se objevily projevy poruchy příjmu potravy v období dospívání, se ztráta pozornosti, nedostatek lásky a problémy v raných intimních vztazích projeví ve formě narušené intimity, která u nich zasáhla všechny druhy vztahů jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Z důvodu malého vzorku respondentů za použití zakotvené teorie by se v další výzkumné práci hodilo zařadit více respondentů, aby se zvýšila validita výzkumu.

Na základě teoretické i empirické části bakalářské práce lze dále pokračovat v rozšíření výzkumu nebo vyjmout jednu z částí výzkumu a zasadit ji do jiného kontextu. V průběhu výzkumu jsem uvažovala nad tématy, které by se mohly opět týkat

problematiky poruch příjmu potravy, intimity či rodinného systému. Jako zajímavé bych vnímala rozšíření výzkumu o zkušenosti rodičů nemocných dívek či jejich partnerů.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. — 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Brumberg, J. J. (1989). *Fasting girl: the history of anorexia nervosa.* New York: Vintre Books.
3. Bulik, C. et al. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *Am J Psychiat* 2003; 160: 366-368.
4. Claude – Pierre, P. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy.* Praha: Pragma.
5. Cohen, P. et al. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *The American Journal of Psychiatry.*
6. Corneau, G. (2013). *Anatomie lásky.* Praha: Portál.
7. Dallaire, Y. (2009). *Láska a sexualita v trvalém vztahu.* Praha: Portál.
8. Danzer, G. (2001). *Psychosomatika.* Praha: Portál.
9. Erikson, E. (2002). *Dětství a společnost.* Praha: Argo.
10. Fairburn, C. G. et al. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. A community-based case-control study. *Arch Gen Psychiat* 1997; 54: 509-517.
11. Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita.* Praha: Psyché.

12. Firestone, L. et al. (2006) *Sex and love in Intimate Relationships*. Washington, DC, US: American Psychological Association.
13. Fromm, E. (2015). *Umění milovat*. Praha: Český klub.
14. Giddens, A. (2012). *Proměna intimity*. Praha: Portál.
15. Gjuričová, Š. & Kubička, J. (2003). *Rodinná terapie*. Praha: Grada.
16. Gottlieb, C. (2016). *Eating Disorders and Romantic Relationships*.
17. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.
18. Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál.
19. Hopwood, C. J. et al. (2007). Pathoplasticity of Bulimic Features and Interpersonal Problems. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 652–658.
20. Hort, V., Hrdlička, M., Kocourková, J. & Malá, E. (2000). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
21. Hort, V. & Hrdlička, M. (2008). *Dětská a adolescentní psychiatrie*. Praha: Portál.
22. Höschl, C., Libiger, J. & Švestka, J. (2002). *Psychiatrie*. Praha: TIGIS, spol. s.r.o.
23. Chvála, J. & Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál.
24. Chvála, J. & Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál.

25. Józefik, B. & Pilecki, M. W. (2010). Perception of autonomy and intimacy in families of origin of parents of patients with eating disorders, of parents of depressed patients and of parents of healthy controls. *A Transgenerational perspective - Part II. Archives of Psychiatry & Psychotherapy. Vol. 12 Issue 4, p79-86. 8p. 5 Charts.*
26. Kast, V. (2004). *Otcové – dcery, matky – synové.* Praha: Portál.
27. Kliment, P. (2013). *Psychopatologie pro sociální pracovníky.* Univerzita Palackého v Olomouci.
28. Klímová, J. & Fialová, M. (2015). *PROČ (a jak) psychosomatika funguje? Nemoc začíná v hlavě?* Praha: Progressive consulting, v.o.s.
29. Knoblochová, J. (1964). *Láska, manželství a ty.* Praha: Státní zdravotnické nakladatelství, n.p.
30. Kocourková, J. & Koutek, J. (2001). Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi 2001; 3: 109–111.*
31. Kocourková, J. & Koutek, J. (2007). *Sebevražedné chování.* Praha: Portál.
32. Krch, F. D. (ed.). (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie.* Praha: Grada.
33. Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy.* Praha: Grada.
34. Krch, F. D. (2008). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním.* Praha: Grada.
35. Lackley, S. (2017). *Dealing With Your Partner's Fear of Intimacy.* Získáno z <https://www.eatingdisorderhope.com/blog/intimacy-eating-disorders-women>

36. Langmeier, J. & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Praha: Grada.
37. Langmeier, J. & Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství*. Praha: Karolinum.
38. Mahoney, E. R. (1983). *Human sexuality*. New York: McGraw Hill – Companies.
39. Matoušek, O. (2003). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: SLON.
40. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada.
41. Mosier, W. (2006). Intimacy: The key to a healthy relationship. *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9, 1, 34-35.
42. Možný, I. (2002). *Sociologie rodiny*. Praha: SLON.
43. Možný, I. (2008). *Rodina a společnost*. Praha: SLON.
44. Müller, L. & Müller, A. (2006). *Slovník analytické psychologie*. Praha: Portál.
45. Nakonečný, M. (2009). *Sociální psychologie*. Praha: ACADEMIA.
46. Nechanská, B. (2013). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007–2012*. ÚZIS ČR.
47. Němečková, P. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Psychiatr. prax*: 2007; 4: 156–158.

48. Newton, M. et al. (2006). Understanding intimacy for women with anorexia nervosa: a phenomenological approach. *European Eating Disorders Review*, 14(1), 43-53.
49. Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Praha: CERM.
50. Novák, T. & Lásková, H. (2016). *Peklo v duši*. Praha: Grada.
51. Nývltová, V. (2010). *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského v Praze.
52. Orel, M. a kol. (2012). *Psychopatologie*. Praha: Grada Publishing, a.s.
53. Orel, M. a kol. (2016). *Psychopatologie – Nauka o nemocech duše*. Praha: Grada Publishing, a.s.
54. Papežová, H. (2000). *Anorexia nervosa*. Praha: Psychiatrické centrum.
55. Papežová, H. (ed.). (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada.
56. Papežová, H. a kol. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. Praha: Mladá fronta a. s.
57. Peseschkian, N. (1995). *Partnerské vztahy*. Praha: Lidové Noviny.
58. Pinheiro, A. P. et al. (2010). Sexual functioning in women with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123-129.
59. Poněšický, J. (1999). *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie*. Praha: Triton.
60. Poněšický, J. (2004). *Fenomén ženství a mužství*. Praha: TRITON.

61. Procházková, L. & Sladká Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Pasparta Publishing, s.r.o.
62. Raboch, J. & Pavlovský, P. (2003). *Psychiatrie*. Praha: TRITON, s.r.o.
63. Renzetti, C. & Curran, D. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum.
64. Reeves, P. M. (2000). Coping in cyberspace: The impact of Internet use on the deal with their illness. *Journal of Health Communication*, 5, 47-50.
65. Röhr, H. (2011). *Závislé vztahy*. Praha: Portál.
66. Röhr, F. (2008). *Trauma a rodinné konstelace*. Praha: Portál.
67. Ruppert, F. (2011). *Symbióza a autonomie*. Praha: Portál.
68. Říčan, P. a kol. (1997). *Dětská klinická psychologie*. Praha: Grada.
69. Říčan, P. (2004). *Cesta životem*. Praha: KOSMAS.
70. Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova Univerzita.
71. Satirová, V. (1994). *Knih o rodině*. Praha: Knižní klub.
72. Seifert, K. & Hoffnung, R. (1994). *Child and Adolescent Development, 5th Edition*. Houghton Mifflin Company.
73. Seifertová a kol. (2005). *Postupy v léčbě psychických poruch*. Praha: Academia Medica Pragensis.
74. Shalit, E. (2018). *Komplexy: Archetypy, které v nás ožívají*. Praha: Portál.

75. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástinnozoologie, diagnostika*. Praha: Maxdorf.
76. Sobotková, I. (2001). *Psychologie rodiny*. Praha: Portál.
77. Starostková, D. (2015). *Metodika multidisciplinární spolupráce*. Brno: Centrum Anabell, z.s.
78. Sternberg, J. R. (1986). A triangular theory of love. *Psychological Review*, 93,119- 135.
79. Strauss, A. & Corbinová, J. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Brno: Sdružení podané ruce.
80. Svoboda, M. a kol. (2015). *Psychopatologie a psychiatrie*. Praha: Portál.
81. Špaňhelová, I. (2010). *Dítě a rozvod rodičů*. Praha: Grada Publishing, a.s.
82. Vágnerová, M. (2008). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
83. Vágnerová, M. (2012). *Psychopatologie pro pomáhající profese*. Praha: Portál.
84. Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí*. Praha: SCAN.
85. Výrost, J. & Slaměník, I. (2008). *Sociální psychologie*. Praha: Psyché.
86. Weiss, P. a kol. (2005). *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada.
87. Willi, J. (2006). *Psychologie lásky*. Praha: Portál.

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce v češtině

Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce v angličtině

PŘÍLOHY

Příloha 1: Abstrakt bakalářské práce v češtině

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy

Autor práce: Simona Hájková

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

Počet stran: 118

Počet znaků: 167 656

Počet titulů použité literatury: 87

Abstrakt: Cílem práce bylo zpracovat problematiku intimních vztahů v kontextu poruch příjmu potravy. Teoretická část vymezuje poruchy příjmu potravy, intimitu, teorii rodiny jako sociální dělohy, komplexy, attachment a fenomén intimních vztahů u dívek s poruchami příjmu potravy. Praktická část se věnuje kvalitativnímu výzkumu, který sleduje pomocí polostrukturovaných rozhovorů jednotlivé aspekty intimity u takto nemocných dívek. Pro analýzu dat byla využita zakotvená teorie. Respondentkami bylo 8 dívek starších patnácti let, jež se aktuálně potýkají s touto nemocí. Výsledky odhalily, že u oslovených dívek, u kterých se objevily projevy poruchy příjmu potravy v období dospívání, se ztráta pozornosti, nedostatek lásky a problémy v raných intimních vztazích projeví ve formě narušené intimity, která u nich zasáhla všechny druhy vztahů jak po fyzické, tak po psychické stránce.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, intimní vztahy, zakotvená teorie

Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce v angličtině

ABSTRACT OF THESIS

Title: Intimate relationships of girls with eating disorders

Author: Simona Hájková

Supervisor: MUDr. PhDr. Miroslav Orel, PhD.

Number of pages: 118

Number of characters: 167 656

Number of references: 87

Abstract: The aim of the bachelor thesis was to identify the issue of Intimate Relationships of Girls with Eating Disorders. Theoretical part describes the field of Eating Disorders, Intimacy, Theory of the family as a social phenomenon uterus, complexes, attachment and phenomenon of Intimate Relationships of Girls with Eating Disorders. The practical part is devoted to qualitative research, which is monitored through semi-structured interviews with variol aspects of intimacy of such girl. For data analysis, the Grounded theory has been used. Respondents were girls older than fifteen years, who are currently struggling with this disease. The results revealed that in addressed girls, who have had manifestations of Eating Disorders during adolescence, the loss of attention, lack of love and problems in the early intimate relationships have manifested in the form of a deteriorated intimacy which affected all kinds of relationships, both psychical and psychological.

Keywords: Eating disorders, Intimacy, Grounded theory