

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:

Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Olomouc
2018

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou prací na téma: „Intimní vztahy u dívek s poruchami příjmu potravy“ vypracovala samostatně, pod odborným dohledem a vedením doc. PhDr. Martina Lečbycha, Ph.D., a uvedla jsem veškeré použité zdroje a literaturu.

V Olomouci dne.....

Podpis.....

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucímu práce doc. PhDr. Martinu Lečbychovi, Ph.D., za jeho vedení a cenné rady při zpracování. Děkuji také všem svým respondentkám, které byly ochotné se mnou spolupracovat. A v neposlední řadě blízkému okruhu lidí, 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.“

(Guy Corneau, 2013, s. 12).

Obsah

ÚVOD.....	7
<u>TEORETICKÁ ČÁST.....</u>	9
1 Poruchy příjmu potravy.....	9
1.1 Historie poruch příjmu potravy.....	9
1.2 Mentální anorexie.....	12
1.3 Mentální bulimie.....	14
1.4 Psychogenní přejídání.....	15
1.5 Atypické formy PPP.....	16
1.6 Epidemiologie poruch příjmu potravy.....	16
1.7 Etiologie.....	17
1.8 Diferenciální diagnostika.....	19
1.9 Léčba.....	20
2 Intimita.....	22
2.1 Láska.....	23
2.2 Sexualita.....	24
2.3 Partnerské vztahy.....	25
2.4 Sourozenecké vztahy.....	26
3 Teorie rodiny jako sociální dělohy.....	27
4 Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy.....	31
<u>PRAKTICKÁ ČÁST.....</u>	34
5 Informace o výzkumu.....	35
5.1 Popis výzkumného souboru.....	35
5.2 Metodologie.....	35
5.3 Výzkumné otázky.....	36
6 Metody získávání, zpracování a analýzy dat.....	37
7 Analýza a interpretace získaných dat.....	39

<u>7.1</u>	<u>Jak vnímají dívky s Poruchami příjmu potravy intimitu?</u>	39
<u>7.2</u>	<u>Jaké byly a jsou vztahy uvnitř rodiny dívek?</u>	42
<u>7.3</u>	<u>Jaké byly a jsou partnerské vztahy dívek?</u>	44
<u>7.4</u>	<u>Ovlivnila Porucha příjmu potravy intimní vztahy dívek?</u>	46
<u>8</u>	<u>Diskuze</u>	51
<u>8.1</u>	<u>Přínosy a limity výzkumu</u>	51
<u>8.2</u>	<u>Diskuze k výsledkům u jednotlivých výzkumných otázek</u>	52
<u>8.2.1</u>	<u>Vnímání intimity u dívek s poruchami příjmu potravy</u>	52
<u>8.2.2</u>	<u>Vztahy uvnitř rodiny dívek</u>	53
<u>8.2.3</u>	<u>Partnerské vztahy dívek</u>	54
<u>8.2.4</u>	<u>Vliv poruchy příjmu potravy na intimitu</u>	54
<u>8.3</u>	<u>Budoucí perspektiva výzkumu</u>	55
<u>9</u>	<u>Závěr</u>	56
<u>10</u>	<u>Seznam</u>	57
	<u>Seznam použitých zdrojů a literatury</u>	59
<u>11</u>	<u>Seznam příloh</u>	61
<u>12</u>	<u>Přílohy</u>	62

1. ÚVOD

Poruchy příjmu potravy představují ve 21. století v oblasti psychologie, psychiatrie i celkového povědomí společnosti aktuální téma, kterému je třeba věnovat pozornost. Představu o tom, jak vypadá a co je typické v chování ženy či dívky s mentální anorexií, si může udělat kdokoli, kdo sleduje média nebo se pohybuje mezi adolescenty. Nízká hmotnost, vyhubavé chování, silná sebekritičnost a excesivní cvičení jsou pouze viditelnými znaky těchto nemocí, 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.

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 mužského 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.

V této bakalářské práci se zaměřím na tematiku intimity u dívek s poruchami příjmu potravy. 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.

Bakalářská práce je rozdělena do dvou částí: teoretické a praktické. V teoretické části se soustředíme na přiblížení témat poruch příjmu potravy, intimity, teorie rodiny jako sociální dělohy a intimity u dívek s poruchami příjmu potravy.

V empirické části poté pomocí kvalitativních rozhovorů zjišťujeme u deseti respondentek jejich názory na intimitu, jaké bylo jejich rodinné zázemí, rozvoj intimních vztahů a jak se na tom podílela právě jejich porucha.

Cílem práce je poodhalit jedno z méně prozkoumaných témat spojených s poruchami příjmu potravy.

2 TEORETICKÁ ČÁST

2.1 Poruchy příjmu potravy

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).

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 PPP se často příliš nevymykají postojům jejich referenční skupiny a v určitém smyslu jim poskytují uspokojení. PPP 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).

2.2.1 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 (Krch, 2005).

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 (ed.), 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 Phthisiologia mluví o nervovém opotřebením, které se projevuje nervovou úbytkou a devastací způsobenou fyzickými i emocionálními příčinami (Papežová (ed.), 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 „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 také 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 (ed.), 2010).

Ve stejnou dobu nezávisle na sobě podali Charles Laségue a William Gull 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 (ed.), 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 (ed.), 2010).

2.2.2 Mentální anorexie

Diagnostická kritéria pro MA podle MKN-10 (F 50.0):

- A. Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úrovní, nebo BMI 17,5 (kg/m²) a nižší.
- B. 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.
- C. Přetrvávající strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, vtíravá obava z dalšího tloustnutí.
- D. Rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, projevující se u žen jako amenorea (ztráta menstruace), u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence.
- E. Jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (Krch, 2005).

Diagnostická kritéria pro MA podle DSM-V:

- 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 (American Psychiatric Association, 2013).

Existují dva typy MA a to:

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 (American Psychiatric Association, 2013).

K somatickým obtížím patří nepochybně podvýživa, která způsobuje slábnutí končetin a jejich podchlazení – omrzliny nejsou výjimkou, dále lanugo – jemné ochlupení po celém těle, nepravidelný zpomalený srdeční rytmus, nízký tlak krve v tepnách, natékání kotníků. Velmi rizikové je také řídnutí kostí a nebezpečné zlomeniny (Cohen, 2002).

Mezi výrazné psychické rysy dívek s mentální anorexií patří úzkostnost, inhibovanou a potřeba kontroly stavu věcí (Kocourková, Koutek, 2002).

Papežová a Hanusová (2012) uvádějí, že mentální anorexie je formou vyhybatvého 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 kompenzací 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, 2002).

2.2.3 Mentální bulimie

Záchvatovité přejídání kombinované s kompulzivní kontrolou váhy jsou atributy typické pro mentální bulimii. Pro stanovení diagnózy přihlížíme k těmto třem znakům

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 (Krch, 2008).

Při hodnocení diagnózy MB přihlížíme dle DSM-V k těmto znakům:

1. Opakované epizody psychogenního přejídání:
2. Konzumace takového množství jídla, jež je mnohem větší, než co sní průměrná osoba za stejnou dobu, v krátkém čase.
3. Neschopnost kontrolovat svůj příjem během záchvatu a přestat jíst.
4. Opakující se snaha zabránit následně přibrání na váze pomocí kompenzačního chování – zvracení, užívání diuretik, laxativ, hladovění a excesivní cvičení.
5. Přejídání a kompenzační chování se cyklicky opakuje alespoň po dobu 3 měsíců ve frekvenci minimálně jednou týdně.
6. Nadměrná kritičnost vůči vlastní postavě a tělesné hmotnosti.
7. Porucha se výlučně nevyskytuje během epizod mentální anorexie (American Psychiatric Association, 2013).

Rozděluje se na dva typy:

- a) Purgativní typ. Opakující se zvracení, užívání laxativ, diuretik, k zamezení přibrání na váze.
- b) Nepurgativní typ. K zamezení zvýšení hmotnosti využívá spíše hladovky, striktní diety a náročné tělesné cvičení (Krch, 2005).

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 vyzvracení, 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, 2002).

Tato nemoc 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).

2.2.4. Psychogenní přejídání

Manuál DSM-V shrnuje tato kritéria pro diagnostiku:

1. Opakovaného záchvaty přejídání:

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

2. Znaký záchvatového přejídání:

- a. Rychlejší tempo konzumace jídla, než je zvykem.
 - b. Konzumace jídla až do pocitu přejezení.
 - c. Příjem velkého množství potravy bez pocitu hladu.
 - d. Jedinec jí izolovaně z pocitu trapnosti.
 - e. 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 (American Psychiatric Association, 2013).

2.2.5. Atypické formy PPP

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

Jiné poruchy jídla zahrnují například picu nebo psychogenní ztrátu chuti k jídlu (Krch, 2005)

2.2.4.. Epidemiologie poruch příjmu potravy

Tato disciplína zkoumá prevalenci – aktuální rozšíření poruchy a incidenci – počet nových případů za vybrané období (Krch, 2005).

Kocourková a Koutek (2001) uvádí, že v rámci posledního půlstoletí se významně zvýšila prevalence poruch příjmu potravy u populační skupiny adolescentů (věk 15-24). Naopak děti prepubertálního věku představují pouze 5 % pacientů.

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%.

Incidence u mentální anorexie se pohybuje v číslech 60 na 100 000 u dívek ve věku 15 až 18. K rozvoji nemoci dochází nejčastěji mezi 14.–15. a potom 17.–18. rokem života (Vágnerová, 2008).

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 (ÚZIS ČR, 2013).

2.2.5. Etiologie

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

1. Sociální a kulturní faktory

„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).

Brumberg (1989) 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 rázné, 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.

Podle autorek Renzetti a 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.

2. Biologické faktory

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 PPP 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.

3. Životní události

Dle Cohena (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.

„Pro mnoho dětí z incestních rodin je sexuální kontakt jedinou cestou k získání si lásky a pozornosti rodičů. Oběti paradoxně drží rodinu pohromadě, přebírají zodpovědnost za její fungování, považují často za přirozené plnit sexuální přání otce či bratra. Cítí se vinny za to, co se děje, a po případném oznámení deliktu jsou často nejvíce potrestány samy – ztrátou uvězněného otce a rozpadem rodiny, sociální stigmatizací nebo případným umístěním mimo rodinu v dětském domově“ (Weiss a kol., 2005).

4. Rodinné faktory

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

zhýčkání 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.

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

5. Emocionální a psychické faktory

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).

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, křivdy a touhy po pomstě (Kocourková, Koutek, 2007).

2.2.6. Diferenciální diagnostika

Před stanovením diagnózy poruch příjmu potravy, bychom nejdříve měli vyloučit 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).

2.2.7. Léčba

Prvním krokem v léčbě je multidimenzionální vyšetření (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, 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, 2002).

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.

Cohen (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.

2.3. Intimita

Intimita je pojem zastřešující mnoho příjemných aspektů vztahu. Bezpochyby sem patří láska, sex, důvěra. Zásadní je subjektivní význam slova intimita, který je pro každého člověka jiný.

Výrost a Slaměník (2008) předkládají, že význam latinského slova intimus je vnitřní, skrytý před zraky 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 nejnějnějšími pocity a značí na těsnou blízkost a provázanost dvou lidí.

Jak bylo zmíněno, intimita je 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).

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 ztratíme sebe či rozpouštíme své „já“. Měla by obsahovat ale rovněž závazek a může být vyjadřována sexuálně“ (Farková, 2013).

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. Nezávládnuté stadium intimity se projeví jako distancování a zahloubání se do sebe.

2.3.1 Láska

„Naše identita má od samého počátku dvojitou 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 dvojitý 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).

Výrost a Slaměník (2008) nás seznamují s triangulární teorií lásky Roberta Sternberga. 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.

Firestone a kol. (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, vážit 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).

2.3.2 Sexualita

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).

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).

Nyní 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.

2.3.3 Partnerské vztahy

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.

„Patriarchát dal základ takové mužské a ženské identitě, které potenciálně znemožňují život ve dvou; nové dobrodružství nás však podněcuje a provokuje. Jedno je totiž jisté – dnes, kdy jedni jako druzí vyžadují samostatnost, již ve hře důvěrného soužití nejde o vzájemné sebeobětování, ale o jednotu při zachování plné individuality a o samostatný život každého z partnerů, aniž by spolu přestali žít ve dvou“ (Corneau, 2013, s. 24).

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 sebezpřijetí 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 světonázoru.
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.

2.3.4 Sourozenecké vztahy

Vliv sourozenců na vývoj dítěte není natolik významný jako vliv rodičů, ale rozhodně nemůže být podceňován. 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 (Matějček, Langmeier, 2011).

3 Teorie rodiny jako sociální dělohy

„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 vyladují 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, rozdílů neprožívá konfrontačně, nechává je ležet volně vedle sebe. Její animus je schopen opačných – mužských funkcí.“

Podstata mužského uvažování – vymezení. Mužova aktivita směřuje především zevnitř ven. Ve světě rozpoznává rozdíly, hodnotí, co je lepší a horší. Jeho anima je schopna opačných – ženských funkcí“ (Chvála a 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.

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.

Smolík uvádí (2002), že dle hlubinných psychologických teorií manipulace s jídlem v případě mentální anorexie značí nezralost dítěte a jeho snahu vyhnout se sexuálnímu 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 jsou afektivní jádra osobnosti, která se vytvořila na základě bolestného nebo významného střetu individua s požadavky okolí nebo určitými událostmi, které přesahovaly momentální dispozici jedince“ (Kast, 2004, s. 25).

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).

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 těсно, 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).

„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 lží 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“ (Matějček, Langmeier, 2011, s. 158).

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, 2009).

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).

Autoritativní výchova rodičů devaluje 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).

S citovým poutem mezi rodičem a dítětem souvisí 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).

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, 2010).

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).

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, Hanusová, 2012).

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).

4 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 velicesouvislost 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 pociťují odpor. Tyto dívky jsou náchylné k tomu vytvářet závislé vztahy, které postrádají pravou podstatu zdravého vztahu.

Tyto dívky jsou typické svým rámcem vnímání „všechno nebo nic“. Touží po neohraničenosti a mívají narušený vztah k roli svého pohlaví. Jelikož opakem závislosti je vztah, vyjadřují bulimičky 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. Obzvláště přínosné však je, když se dívky s poruchami příjmu potravy naučí fungovat ve vztazích, přestože nejsou vždy stoprocentně uspokojeny jejich potřebou. Smysluplné vztahy mohou zaplnit prázdnotu, kterou nešťastně zaplnily právě tyto nemoci.

PRAKTICKÁ ČÁST

V této části bakalářské práce budou shrnuty výsledky výzkumu, který byl podložen teoretickými východisky z předchozích kapitol. Na základě informací z teoretické části práce je možné hlouběji poznat, nakolik mohou být poruchy příjmu potravy zakořeněny ve spletitém rodinném systému. Poznatky z teoretické části práce vedou k lepšímu pochopení vlivu na rozvoj dospělých intimních vztahů u dívek s mentální anorexií či mentální bulimií.

Pro empirickou část byl zvolen kvalitativní výzkum, díky kterému jsem mohla nahlédnout do jedné z nejcitlivější oblasti prožívání respondentek. Je třeba zmínit, že dívky byly překvapivě velmi sdílné a velice si vážím jejich důvěry, se kterou mi informace poskytly. Pokusím se zpětně co nejpřesněji interpretovat a zmapovat oblasti, do kterých jsme nahlédli, i když se domnívám, že se myšlenky nevyhnou subjektivnímu zkreslení a nebude možné je zde předat detailně vzhledem k rozsahu práce. Některá témata byla natolik silná, že by si jejich problematika zaslouhovala samostatnou práci. Zde prezentované výsledky jsou tedy hlavní výsečí mnohem širšího spektra poznatků, které jsem díky výzkumu získala. Pro mne samotnou byl prováděný výzkum jednou z nejpřínosnějších událostí za dobu mého studia Psychologie. Věřím, že pro čtenáře, kteří by se rádi seznámili s tématem poruch příjmu potravy v kontextu intimních vztahů, bude tato práce přínosná.

5 Výzkumný problém a cíle výzkumu

V této kapitole píšou o výzkumné oblasti a zahrnují také výzkumný problém a cíle výzkumu.

5.1 Výzkumný problém

Tento výzkum se koncentruje na dívky ve věku nad 15 let, které trpí určitou formou poruchy příjmu potravy. Výzkum se snaží zachytit možné rozdíly a podobnosti v pohledu na téma intimity.

5.2 Cíle výzkumu

Hlavními cíli této práce je zmapování významu intimity v životě dívek s poruchami příjmu potravy a zjištění vlivu rodinných a partnerských vztahů a samotné nemoci na vnímání intimity.

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky představují v kvalitativním výzkumu to, co v kvantitativním hypotézy (Miovský, 2006). V empirické části byly vytyčeny čtyři hlavní výzkumné otázky:

- 1) Jak vnímají dívky s poruchami příjmu potravy intimitu?
- 2) Jaké byly a jsou vztahy uvnitř rodiny dívek?
- 3) Jaké byly a jsou partnerské vztahy dívek?
- 4) Ovlivnila porucha příjmu potravy intimní vztahy dívek?

6 Výzkumný soubor

Tento výzkum je zacílen na dívky, které trpí poruchou příjmu potravy. Výzkumný soubor jsem po delší úvaze a konzultaci s vedoucím práce nerozdělovala na dvě části podle toho, zda trpí respondentka mentální anorexií či mentální bulimií, jak bylo původním záměrem, všechny respondentky jsem ponechala v jedné části. Tyto poruchy se velmi často překrývají a je těžké je s určitostí separovat.

Výzkumný soubor se skládal z 10 dívek, které aktuálně trpí některou z forem poruch příjmu potravy a podstoupily již hospitalizaci nebo jsou v ambulantní péči psychologa nebo psychiatra. Výběr dívek byl záměrný na internetových diskuzních fórech s tematikou poruch příjmu potravy a také metodou snow-ball. Věkově byl zvolen soubor v rozhraní 17 až 23 let.

Pro zpřesnění uvedu, že 4 z 10 respondentek trpí mentální anorexií, pouze jedna trpí čistě mentální bulimií a 5 respondentek momentálně trpí mentální bulimií s předcházející epizodou mentální anorexie.

Dívky pochází z různých krajů České republiky, což však, dle mého názoru, nemá vliv na rozdíly v individuálních výsledcích.

Prezentace výsledků bude probíhat formou analýzy rozhovorů s dívkami s poruchami příjmu potravy.

Každá dívka je označena neutrálním označením podle pořadí, v jakém byly rozhovory provedeny: např. R1, R2, atd.

7 Metodologický rámec a použité metody

V této kapitole se budu zabývat popisem metodologického rámce a jeho metodami. Konkrétně zde píšou o zvoleném typu výzkumu, o metodách, jež se týkají sběru dat a jejich zpracování a analyzování. V poslední části shrnuji etické problémy spojené s výzkumem a jejich řešení.

7.1 Kvalitativní výzkum

Pro empirickou část byl zvolen kvalitativní výzkum. Tento přístup byl vybrán z toho důvodu, že je mi osobně bližší a myslím si, že pro zpracování tématu přínosnější.

Hendl (2005) definuje kvalitativní přístup jako interpretativní metodu, která je intenzivní a podrobná. Kvalitativní výzkum má v centru člověka a snaží se porozumět jeho jednání, zkušenostem a tyto informace detailně zachytit.

Jedinečnost výzkumu spatřuji právě v individuálních názorech a zkušenostech dívek s poruchami příjmu potravy v oblasti intimních vztahů. Domnívám se, že by kvantitativní metodologie upozadila přínos v podobě osobních zkušeností dívek. Také by pro mě bylo náročné administrovat kvantitativní výzkum, poněvadž nemám přístupný natolik velký vzorek respondentek.

7.2 Metody získávání dat

Jako metodu výzkumu jsem zvolila polostrukturované rozhovory.

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.

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).

Snažila jsem se vybrat takové výzkumné otázky, které poskytnou respondentkám dostatečný prostor pro ryze individuální odpověď a nebudou příliš sugestivní. Otázky a jejich struktura byly pro všechny respondentky stejné bez výjimky, pouze u některých jsem se v případě neurčitých či příliš stručných odpovědí snažila dále doptávat. Délka rozhovorů se pohybovala v průměru okolo půlhodiny. Nejkratší rozhovor trval šestnáct a půl minuty a nejdelší třicet sedm minut.

Struktura kvalitativního rozhovoru vycházela z okruhů otázek, které se objevily po zpracování teoretické části práce a pilotní studie, která byla provedena na respondentce, jež se v minulosti potýkala s poruchami příjmu potravy. Díky této pilotní studii jsem byla schopna lépe zformulovat a seřadit otázky, respondentka mi byla se svými komentáři a tipy na vylepšení velkým přínosem. Celkově však nebyla žádná otázka po pilotní studii přidána ani vyřazena.

Při výběru prostředí k rozhovoru jsem většinou volila klidné prostředí kavárny, kde jsem předem věděla, že nebudeme zvenčí rušeny a bude nám poskytnuto dostatečné soukromí. Před samotným zahájením rozhovoru, jsem se snažila vytvořit příjemnou atmosféru neformálním rozhovorem, což se později osvědčilo, z respondentek nebyl cítit stud ani nervozita.

Rozhovory byly po celou dobu zaznamenávány, se svolením respondentek, do audio podoby na diktafon. Dívky byly informovány o anonymitě výzkumu, dobrovolnosti a celkovém účelu rozhovoru. Během rozhovorů jsem si dělala průběžně poznámky k okruhům do poznámkového bloku.

7.3 Metody zpracování a analýzy dat

Pomocí audiozáznamu byla sesbíraná data fixována. Pro co nejpresnější analýzu dat jsem provedla doslovnou transkripci. Průměrná délka přepsaného rozhovoru činila 7 stran.

Po transkripci před analýzou dat jsem provedla redukci prvního řádu, která mi pomohla zbavit se částí rozhovoru, které nenesly jasně vyjádřenou informaci, kategorizaci (kódování) a editorování dat. Potom jsem začala vytvářet trsy, které vedly k seskupení a konceptualizaci určitých výroků do skupin dle různých kritérií. Poté byly vybrány nadřazené kategorie, které jsou po zařazení do konkrétních trsů spojeny s opakovanými znaky nebo typickým uspořádáním (Miovský, 2006).

Jako jeden z možných způsobů kódování dat jsem použila barevné kódování. Jednotlivé úseky rozhovorů jsem označila různými barvami. To přispělo k lepšímu zorientování se v datech a následnému snažšímu objevování styčných témat a rozdílů. Významně se jevící části rozhovoru byly dávány do souvislostí, což pomohlo v procesu hledání obecnějších fenoménů v množství materiálu, který jsem měla, a jenž byl tímto postupem redukován (Miovský, 2006).

7.4 Etická stránka výzkumu

Zpracování všech dat bylo striktně anonymní. Ústní formou byl sdělen informovaný souhlas. Respondenti byli informováni o fixaci dat formou zvukové nahrávky. Účast ve výzkumu byla dobrovolná s možností odstoupení v jakékoliv fázi výzkumu. Účastníci se mohli se všemi otázkami, nejasnostmi či problémy obrátit na moji osobu.

V první fázi komunikace s respondenty (obvykle po internetu) jsem uvedla téma interview a jeho důvod, že se jedná o sběr dat pro výzkumnou část mé bakalářské práce.

8 Deskripce výsledků

Tato kapitola nám nabízí pohled na výsledky a interpretaci dat, které budu popisovat v souladu s dílčími výzkumnými otázkami. Každá otázka zaujímá samostatnou kapitolu.

Stojí za zmínku, že níže uvedené výsledky v následujících kapitolách představují pouze část velkého souhrnu dat, které jsem shromáždila po provedení deseti rozhovorů s dívkami v rámci mého výzkumu. Výsledky analýzy dat, které jsou zde uvedené, byly nejvíce významné a mohou být odrazovým můstkem pro obsáhlejší pojetí tohoto tématu.

8.1 Téma intimity u dívek s poruchami příjmu potravy

Otázka č.1: Jaké je Tvé vnímání intimity?

Všimla jsem si, že téma intimity je vnímáno s pozitivním nádechem. V osmi případech respondentky uvedly, že si s intimitou spojují **důveru** a **odhalení se** druhému člověku.

Ve čtyřech případech byla zmíněna také **otevřenost** a ve dvou **autenticita** beze strachu ze zneužití.

R10 udává, že: *„Tak intimitu vnímám jako něco, co je jako kdyby moje... Moje soukromí, moje bublina, můj svět. A když je mi někdo hodně blízký, tak jsem ochotná se s ním o to dělit tím smyslem, že se tomu člověku přesně otevřu taková, jaká jsem a s tím, že on udělá to samé pro mě. Jo že to prostě taky udělá.“*

Překvapivě pouze v jednom případě byla zmíněna **blízkost** a jedna respondentka vnímá intimitu jako záležitost čistě vnitřní a osobní, která nesouvisí s ostatními lidmi.

R8: *„Takže ... intimita... myslím se, že když je člověk sám, tak se chová intimně, chová se přirozeně sám k sobě a... nebojí se žádných předsudků, žádných názorů, nebojí se chovat jako člověk, kterej je nahatý a uspokojuje se a různě, prostě krká, prdí a má takový ty svoje věci, který neumí prodat tý společnosti. Jsou tou společností nějak tabuizovaný, i když se to v tý společnosti ví, že to... že to tam normálně funguje. A... v tom partnerství ta intimita pro mě znamená to, že s tím člověkem si předávám právě to pudový, přirozený věci a věřím, že to nikomu neřekne, že to zůstane mezi námi a pustím ho do toho svého intimního kruhu, pustím ho, aby se mě dotýkal, aby sdílel, to co já vnímám sama na sobě, to, jak vnímám sama sebe, tak mu dovolím, aby vnímal on mě, aby jakoby... pustím*

ho do té své zóny, kdy ty dva lidi spojí sebe a to, co je pro ně přirozené. Takový nepopsatelný pojem.“

Z toho lze usoudit, že intimita může představovat přirozeně důležitou součást života, jež ho obohacuje.

Otázka č.2: Jaká je Tvá potřeba intimity?

Prožívání potřeby intimity ovlivňuje mnoho faktorů, jako je úroveň rodinných vztahů, kvalita partnerského vztahu, závažnost jejich nemoci, otevřenost vůči lidem, atd.

Nejdůležitější faktor potřeby intimity u více jak poloviny respondentek je opora nejbližšího okolí. Dívky potřebují podporu partnerů a rodičů. R10 popisuje, jak se liší její potřeba intimity ve vztahu k partnerovi a rodičům: *„No... má potřeba intimity k partnerovi není podle mě nijak omezená jako... naopak, jsem před ním otevřená naprosto a se vším, nemáme problém mezi sebou komunikovat i o těch nejintimnějších věcech, o pocitech, takže díky tomu jsem poznala jeho charakter a nebojím se mu říct cokoliv. Takže tak. To je pro mě to intimní.“*

No a rodiče... říkám jim prostě jenom to nutný. Takže... (smích) je fakt hodně věcí, který o mně neví a zajímá je hlavně škola a mají na všechno svůj názor a nic s nima nehne a... nemá prostě cenu se jim snažit něco vysvětlit, protože já mám toho přítele a ten je v pohodě no. S těma rodičema je to takhle.“

Čtyři z respondentek uvedly, že intimita ve vztahu k rodičům je u nich tabu.

Podpoře a objetí dávají přednost před intimním vztahem ty dívky, jež se nacházejí v akutní fázi nemoci.

Strach ze studu před partnerem, který by mohl zjistit, že R2 trpí záchvatovitým přejídáním, snižuje její intimitu v partnerském vztahu. Tato dívka dokáže v současné době naplňovat potřebu intimity pouze s maminkou.

R2, která dokáže potřebu intimity v současné době naplňovat pouze s maminkou, nechce partnera, aby nezjistil, že trpí záchvatovitým přejídáním.

Není překvapující, že nedůvěra k lidem negativně ovlivňuje naplňování intimity. Jedná se o jeden ze symptomů nemoci sociální oblasti: *„Co se týče intimity s partnerem... mám problém s důvěrou. Nesnadno začnu lidem důvěřovat a to mi vlastně docela brání navázat s někým intimní vztah.“*

Otázka č.3: Co vnímáš jako příjemné a nepříjemné v rámci intimních vztahů?

Dívky vypovídaly o různých příjemných faktorech intimity jako například **něžnost, otevřenost, důvěra, sdílení, doteky.**

R6: *„Tak samozřejmě když jsme spolu s přítelem třeba o samotě a vím, že prostě nikam nespěcháme a můžeme si ten čas užít a prostě samozřejmě sex je mi velice příjemný, když se můžeme dotýkat, mazlit a takhle. Vůbec mi nevadí, když se jdeme třeba společně umývat, sprchovat.“*

Jako negativní projev intimity bylo zjištěno **neustálé sdílení se s partnerem** za doprovodu ztráty soukromí.

Otázka č.4: Jak vnímáš ve svém životě sexualitu?

Výsledky ukazují, že sexualita hraje v životě dívek s poruchou příjmu potravy normální roli, nicméně se objevují i případy, kdy je sexualita významnou součástí života.

Ve výzkumném vzorku se neobjevily respondentky, které by neměly žádnou sexuální zkušenost. Nicméně R9 si myslí, že má málo zkušeností na to, aby měla ohledně své sexuality jasno: *„No... téma sex mi vlastně nedělá problém, dokud se nemám bavit o sobě. V mém případě totiž figurují dvě špatné zkušenosti. Neříkám, že bych si jako nepřála partnera, to přála. Akorát si vůbec neumím představit, jak by měl vypadat, jaký by měl být. Moji vlastní sexualitu vnímám asi tak, že se stydím, protože zkušenosti nejsou, ale vlastně zároveň tuším, že kdybych měla někoho, kdo bude trpělivý, tak by moje hranice nejspíš jako povolily. Víc odpovědět asi neumím, tohle je pro mě téma, které nemám jasné ani sama v sobě.“*

Dvě respondentky říkají, že mají sex rády, ale nemohou ho mít bez lásky. Jedna respondentka dodává, že preferuje důveru před sexem. Ojedinelá je příliš důležitá role sexu v životě R3, která říká, že se raději s klukem vyspí, než aby s ním měla vztah.

Zajímavý je kontrast ve vnímání sexuality u R4 během období mentální anorexie a bulimie. Respondentka popisuje, že v období anorexie brala sex pouze jako aerobní aktivitu zbavenou prožitku a nyní v období bulimie si naopak sexem kompenzuje pozornost druhých lidí a přináší jí slast. Přiznala se, že po propuknutí bulimie začala být lehce promiskuitní.

Otázka č.5: Jak vnímáš ve svém životě lásku?

Výsledky ukazují, že faktor intimity **důvěra** se objevuje i u aspektů vnímané lásky. Dalšími identifikovanými faktory jsou **svěřování** a **sdílení**. Z rozhovorů vyplývá, že láska je v jejich životě nejdůležitější hodnotou, po které touží a také poznamenávají, že pro schopnost člověka plně přijmout lásku musí být nejdříve rozvinuta vlastní sebeláska.

V jednom případě respondentka považuje lásku za stav mysli a filosofii, kterou by se mělo lidstvo řídit.

R9 neví, jaké má lásce připisovat významy: *„Abych byla upřímná, tak o partnerské lásce nemám nejmenší tušení. Mám představy, jakou bych si jí přála, ale je mi racionálně jasný, že to je jak z románu a nemožný v reálném světě. A o skutečný lásce, milovat někoho... to nemám nejmenší tušení. Jasně, miluju svoje rodiče, vážím si toho, co pro mě dělají, snažím se jim pomáhat, jak můžu, ale to prostě není totéž. Je možné, že ve vztahové stránce jako strádám, nemám přátele svého věku a... prostě nemám přátele svého věku, kterým bych opravdu věřila, partnera ... takže možná že jidlem prostě řeším tuhle osamělost, nevím.“*

Otázka č.6: Máš nějaké přání ke změně v oblasti intimity?

U přání ke změně v rámci intimity se čtyřikrát objevilo, že by respondentky chtěly mít **blíže vztah s otcem**.

R8: *„Ve vztahu k otci bych si přála změnu, protože táta je skvělý člověk a jsem po něm, čteme stejné knihy, máme oba dva stejné názory a když se občas s ním sejdu u babičky, tak si tak jako povídáme a mám s ním hodně společného a mrzí mě právě, že máme k sobě takový odcizený vztah, ale snažila jsem se to nějak překonat tím, že bychom šli spolu na kafe, ale on věčně nemá čas, takže si teď jenom spolu píšeme skrz to, že ať mi pošle peníze na alimony nebo něco takového, ale vím, že nemá rád to, co studuju, že je proti tomu a mrzí mě, že je to mezi náma takové odcizené, že bych si opravdu přála jako... vím, že bych si s ním rozuměla, kdyby se nám to otevřelo víc jak s mámou.“*

Respondentky R5 a R9 vyslovily přání najít si partnera, R1 by se naopak chtěla zaměřit momentálně sama na sebe. R2 by chtěla mít více lidí ve svém okolí a R3 by se ráda přestala před lidmi skrývat. R4 nemá přání ohledně intimity, ale chtěla by být štihlejší, aby se jí zvýšilo sebevědomí.

8.2 Jaké byly a jsou vztahy uvnitř rodiny dívek?

Otázka č.1: Jaké bylo rodinné zázemí a vztahy v něm?

V oblasti vztahů uvnitř rodiny jsem našla významné kontrasty. Polovina respondentek překvapivě uvádí harmonický vztah mezi rodiči, naopak druhá polovina pochází z rozvedených rodin. Tři respondentky prožívali vztah k matce jako problémový například z důvodu, že je matka shazovala nebo byla věčně s něčím nespokojená a přehnaně kritická.

R1: *„Tak takhle já co se týče dětství, tak teda dětství jsem měla úplně vlastně super, to bylo úplně nejlepší, jaký jsem si mohla přát, akorát tam byl jako problém, že prostě mamka je úplně úplně diametrálně odlišná než já a prostě bylo to takový, že jsem vždycky myslela jako, že mě nechápe a že mě nebere takovou, jaká jsem. A já jsem se vždycky snažila, tak jako jí... prostě získat si tu její pozornost j*

o a jako úplně za každou cenu jo... jenomže jako nikdy se to nesetkalo úplně s úspěchem, jo? Že vždycky to bylo takový, že mamka jako přišla a já jsem se snažila pěkně oblíct a ona mi místo toho řekla: No jo, ty se zase snažíš být dokonalá, ty chceš být zase jenom krásná, jo? Že mě jako naopak shodila,jo... I když jako vím, že to tak třeba nemyslela jo... ale prostě to v tobě jako zůstane jo...“

R10: *„Jsem jedináček, nemám žádný sourozence a s taťkem... s taťkem jsem si hodně rozuměla jako dítě. Hráli jsme na počítači třeba spolu a tak a čím jsem byla starší, tím hůř... tím hůř... nebo čím jsem starší, tím hůř si k němu teď hledám cestu, protože... je trochu cholerik, ale zároveň je víc emočně dostupný než moje mamka. Takže... takže tak. A mamka je taková chladná a odměřená. Pořád... pořád je s něčím nespokojená. Nebo se vším.“*

Avšak u sedmi dívek jsem našla společný bod blízkého vztahu k matce.

R6: *„No tak jako s mou mámou vztahy byly vždycky strašně moc pěkný jako na úrovni toho přátelství, takovej ten vztah matka-dcera, to jsme měly jako vždycky moc pěkněj vztah, mamka se mi jako vždycky věnovala.“*

S otcem měla polovina dívek dobrý vztah, ale na straně druhé polovina dívek popisuje komplikovaný nebo žádný vztah.

R3: *„Takový to typický u anorektiček, vždycky jsem se chtěla zalíbit otcí, ale otec se mnou trávil čas jedině, protože já jsem devět let závodně lyžovala a on byl předseda toho oddílu a vedl celej ten lyžařskej klub a jedinej čas, kdy já jsem s ním trávila, bylo v tom klubu s ostatníma dětma. Nikdy jsem s ním nebyla jako o samotě. Vlastně poprvý mi řekl, že mě má rád, až mi zjistili v šestnácti letech, že mám podezření na anorexii a v tu chvíli vlastně se ten náš vztah nějak sblížil a on o mě začal mít strach, takže to je můj vztah k otcí.“*

R6: „...otec mě nikdy neposlouchal, pořád pracoval, spíš jsem ho vždycky brala jako cizího člověka.“

R7: „S tátou se moc nevidám, nemluví, hodně jako ublížil mamce i mojí sestře.“

Smutný příběh popisuje R2: „Takže když začnu úplně tím dětstvím, tak ve třech letech se moji rodiče rozvedli, což vlastně začalo problémama, protože táta se odstěhoval, babička mu dala byt a přestěhovala se k nám. A vlastně máma, aby nás uživila, tak musela pracovat čtrnáct hodin denně a tím pádem já jsem se s ní vlastně celý týden vůbec neviděla a starala se o nás babička. A moje babička vlastně vždycky měla pocit, že můj táta má víc rád mě než můj brácha, takže mu to chtěla hodně vynahrázovat, což mi přiznala až nějak, když mi bylo čtrnáct let, že to tak opravdu bylo. A vlastně ona mě vychovávala a žila jsem vlastně pořád jenom s ní, a když jsem byla ještě malá, tak jsme byly celkem v pohodě, i když si myslela, že jsem vůči ní byla strašně vzteklá, protože já jsem vždycky chtěla bydlet s tátou, abych se od ní dostala pryč, takže jsem kvůli tomu dělala i problémy. Vlastně babička mě dennodenně mlátila a dělala mi naschvály jako...“

Úplně opačnou zkušenost s babičkou má R3: „Já jsem jako malá skoro vůbec nechodila do školky a celý dětství jsem trávila u babičky na chalupě, kde jsem si vlastně hrála sama a prostě... kde jsem byla šťastná a nechtěla jsem jezdit domů, takže do takový pátý, šestý třídy... teda do pěti, šesti let jsem bydlela u babičky nebo doma jsem byla asi jednou za měsíc, byla jsem tam pořád a když jsem měla jít do školky, tak jsem byla nemocná.“

Toto se však podepsalo nezdravě na jejím vztahu s matkou: „Vlastně blíž jsem měla k babičce než ke svým vlastním rodičům a svojí mámě jsem hrozně ubližovala tím, že jsem říkala, že mám radši babičku než jí a takhle podobně. S matkou s tou se odmalička strašně moc hádám. Jsme úplně stejný obě dvě, takový řekla bych hodně cholerický typy...“

A nevím proč, ale mám k matce takovej vždycky přístup, že bych chtěla psychicky občas jako jí ublížit. Někdy ji mám jako kamarádku, mám ji strašně ráda, ale občas jí řeknu věci, který mě pak mrzí a vůbec nevím proč. Tak to bych takhle specifikovala můj vztah k matce.“

Otázka č.2: Jaký byl váš vztah se sourozenci?

Sourozence má šest respondentek, z toho pouze dvě uvádí skutečně blízký vztah.

U ostatních dívek jsou vztahy neutrální, až na R3: „*Já jsem vlastně jako... já jsem nejmladší ze tří dcer. Sestry jsou jedna o deset let, jedna o osm let starší. Oni mají doted'ka k sobě blízký vztah, jsou spolu nejlepší kamarádky, obě dvě měly stejně děti, byly stejně na veřejce, jsou fakt nejlepší kamarádky a všechno dělají spolu. Mě samozřejmě vždycky odstrkovaly, já jsem byla ta malá, ta rozmazlená, za to všechno mohla a problémová; takže to jsem byla já.*“

8.3 Jaké byly a jsou Tvé partnerské vztahy?

Sedm respondentek uvedlo komplikované partnerské vztahy. Mezi faktory, které jsem zaznamenala patřila **nevěra partnera, nedůvěra k mužům, odmítání vztahu, přílišné nároky na partnera, znásilnění, strach z intimity** (potažmo nahoty).

Příkladem může být komplikovaný vztah R3 s partnerem: „*Nemohla jsem... nemohla jsem si najít vůbec partnery, takže prvního partnera jsem si našla vlastně a vážnej vztah až v devatenácti letech a s tím to mám vlastně nějak až doted'ka. S tím, že se s ním neustále rozcházím a scházím, protože on mi dřív hodně psychicky ubližoval tím, že nepracoval, hodně hulil trávu a já sem ... dostkrát na mě byl hodně zlej... a já jsem se s ním pak rozešla, on se pak začal měnit, no a je to složitý, to bych asi moc nepopisovala, jenomže to je můj jedinej vážnej vztah a nedokážu se z něj vymanit, protože nechci být sama...*“

R6, R7 a R10 mají štěstí na partnery, jež je podporují v léčbě a dohlíží na ně.

R10: „*No začala jsem se potom vídat s jiným klučinou a... ten byl takový hodný, milý a chápavý... a bylo mně s ním jako dobře a... dost se mi i líbil a hodně mě přitahoval a byli jsme spolu párkrát venku a já jsem měla takové ty svoje stavy no... a byla jsem ještě hubená a... i tak to asi nebylo ještě úplně v klidu a... ale prostě jsem mu všechno řekla a... se vším jsem se mu svěřila, úplně se vším. No a tak to byl takovej ten risk asi trošku, ale místo toho, aby on vlastně utek, tak mě obejmul a doted' mi pomáhá nejmíň úplně jak může a můžu mu všechno říct, takže... takže to všechno přijmul a... což byla obrovská úleva, ale díky tomu jsem zjistila, že mu na mně opravdu záleží, jako že mi chce aji s těmahle věcmi nebo že vlastně... no takže to je... no takže... takže mu na mně záleží a... je to prostě člověk, který se mnou dokáže řešit moje problémy s jídlem a doma se vším a vždycky se mě snaží pomoci, i když mám někdy náladu, že bych si sama nalískala, ale... i tak on se mnou zůstává a tak o tom si samozřejmě potom vždycky promluvíme, že... že ne že bych na něho byla hnusná furt (smích), ale prostě je to... je to fakt dobrý partner a... prostě kdybych si*

tím neprošla, tak bych možná ani nedocenila skutečně takovej charakter, jakej on má, jo takže... takže... za tohle jsem vděčná a ta nemoc mě vlastně změnila a změnila vlastně moje priority a celkově i lidi se kterými se stýkám. Jinak posuzuju jejich kvalitu než třeba před rokem u těch lidí, jejich charakter prostě.“

8.4 Ovlivnila porucha příjmu potravy Tvé intimní vztahy?

Otázka č.1: Jaký má nemoc vliv na Tvé vztahy uvnitř rodiny?

Zde bych rozdělila vliv nemoci na vztahy uvnitř rodiny a v partnerství. U poloviny dívek nemoc vyeskalovala v prohlubující se hádky s rodiči.

Například R8 říká: *„Tak co se týče vztahu k rodičům, tak jsem byla taková, že jsem se snažila nikam s nima nechodit na večere a neobědvat a hodně jsem si vymýšlela. Zezačátku to asi netušili nebo dělali, že nic nevěděj, potom samozřejmě táta, ten nevlastní táta, se k tomu nějak nevyjadřoval, on nedává moc city najevo, ale teď už vím, že prostě byl nešťastný, ale ty chlapy jsou takový, že to prostě najevo nedávají. S maminkou jsem se hodně hádala, říkala jsem jí, že je kráva a že radši chcípnu hubená, abych se vešla do rakve, takový prostě různý věci. Nejvíc to poznamenalo ségru, se kterou bydlím, která vždycky viděla, jak dělám scény, že si ořežu tělo a vždycky viděla, jak zvracím a vlastně jí to poznamenalo tím způsobem, že teďka jako vždycky, když mám nějaké výkyvy nálad, tak mi říká, jak jsem krásná, že nezáleží na tom, jak vypadám. Na to, že je jí jedenáct let, tak má hodně zkušeností v tomhle směru a co se týče vlastního táty, tak ten za tu dobu o mě neprojevil zájem, ale třeba to bylo, že se bál nebo že mamka mu jako říkala, co se děje ale nějak jako, že by mě kontaktoval přímo tak to ne.“*

U R7 dokonce její mentální anorexie zapříčinila, že se její matka rozešla s dlouhodobým partnerem, který odmítal akceptovat poruchu její dcery. Matka však měla vždy R7 na prvním místě, ta se však nemůže ubránit dojmů, že jí to doteď matka trochu zazlívá.

Dále R2 ztratila během mentální bulimie v rodičích oporu, protože jí nedokázali dostatečně podpořit a spíše poruchu zlehčovali a zesměšňovali.

Skrytý motiv potřeby zájmu blízkého a širšího okolí by se dal najít u R3. Tento pocit zažívala poprvé: *„Začali se o mě hodně zajímat. Jako hodně z té rodiny i ze známých. Jako že měli najednou takový ty opečovatelský prostě pudy. Že najednou měli o mě strach a mě to dělalo strašně dobře. Já jsem jen odmalička chtěla být nějak hodná, pak to přestoupilo do toho, že jsem měla Poruchu příjmu potravy. A začali se o mě zajímat i lidi, přátelé, prostě takový to, že seš najednou na očích, co ti je. Že se ptaj, chtěj být s tebou prostě v kontaktu a já jsem se v poruše příjmu potravy najednou našla. Najednou se*

plno věcí změnilo a já místo toho, abych byla nešťastná z toho, že jsem nemocná, já jsem byla šťastná. A tím, že jsem měla i anorexii, tak to bylo to období, kdy já jsem cvičila x hodin denně. Všechno mělo nějaký řád, najednou mi život začal dávat smysl, věděla jsem, že jak vstanu, tak si zacvičím, pak si dám snídani, pak... prostě najednou všechno mělo nějak svůj smysl. Do té doby pro mě život neměl vůbec smysl a jenom jsem se trápila. Samozřejmě teďkom ti řeknu, pro mě anorexie byla dobrá, ale teď jsem v bulimii, tak to je peklo. Teď lituju toho, že mám poruchu příjmu potravy, ale když jsem měla tu anorexii, tak jsem věděla, že se nechci vyléčit.“

Další respondentky se shodli na tom, že porucha příjmu potravy měla vliv na jejich celkovou **citovou oploštělost, nezájem o okolí a separaci od rodičů.**

Otázka č.2: Jaký má nemoc vliv na partnerské vztahy?

U sedmi dívek měla nemoc vliv na rizikový rozvoj pocitu **studu, izolace a citové oploštělosti**, který jim nedovoloval vytvořit si zdravý partnerský, a s tím spojený sexuální vztah. Ve většině případů to bylo spojeno s nenávisí vůči vlastnímu tělu.

R3 říká: *„Podle mě ta porucha příjmu potravy, že mám hrůzu s někým bejt, je ten největší důvod, protože mi zasahuje do života, kterej je prostě jenom můj. Třeba když mám záchvaty přejídání, tak chci bejt sama. Když on... když tam někdo třeba je, tak to vypadá divně. Strašně mě izoluje. Myslím si, že porucha příjmu potravy... teď s ním nechci bejt, ale teď je jedinej, kdo zvládne se mnou být, když mám tu poruchu příjmu potravy. Bych to tak nazvala, když bych se otevřela někomu jinýmu takhle, jako jemu, tak by se mnou nikdo být nechtěl. Takže tohle je zase druhaj... druhá věc, která je opak té první.“*

V protikladu se však objevily i odpovědi, kdy je partner hnacím motorem uzdravení, oporou a bezpečnou náručí.

Otázka č.3: Mělo rodinné zázemí vliv na Tvé partnerské vztahy?

Všechny respondentky až na jednu se shodly na tom, že je rodinné zázemí v partnerských vztazích ovlivnilo.

R9 zatím neví, protože téměř žádný vztah neměla. *„Partnerské vztahy u mě vypadají spíš tak, že jsem si nikoho nenašla, koho bych považovala za partnera. Nechodím moc do společnosti. Ale určitě mě vztahy rodičů naučily, že v partnerském vztahu se musí hledat kompromisy a že to nikdy ideální nebude, ale že na všem se dá pracovat.“*

Čtyři respondentky se shodují na pozitivním působení vzoru z domova, kterého se nyní snaží dosáhnout ve svých vlastních vztazích.

R1: „Myslím ze ano, ale spíš v tom pozitivním smyslu, protože naši mají k sobě skvělý vztah a měla jsem model, jak by to mělo vypadat“.

R3: „Jo určité, a ne jenom mých ale i moje sestry v tomto modelu žijou. Že máme určité vzorce v rodině, jako že mamka s tátou mají celý život harmonické vztah, snaží se spolu všechno zvládat, obě sestry mají svého prvního přítele, teda teďka už manžela a mají s nimi rodiny a já jsem měla za celý život taky jenom jeden vztah.“

R5: „Tak to jo, určitě... Hlavně v tom, co jsem od těch vztahů potom čekala, vzhledem k tomu, co byla pro mě norma, co jsem znala z domova. A pak určitě roli hrála výchova, že jo... No tak my máme mezi sebou doma dost blízky, řekla bych fakt pěkný vztahy - takže ono už v tom samotným výběru partnera kolikrát hraje u mě roli, že si říkám, jak by zapadl do celé té naší širší rodiny a tak...“

Ostatní respondentky si z původní rodiny odnáší do života spíše negativní model.

R2: „Řekla bych, že ano. Určitě ne ze strany mamky, táty nebo sourozenců, protože s těmi mám vztah dobrý, ale ze strany babičky. Protože to, že moje vlastní babička, která by mě měla mít ráda, mi dokázala takhle ubližovat, určitě snížilo moji důvěru v lidi. A mně ve vztahu hodně na důvěře záleží. Naštěstí se snažím vidět teď už v lidech jen to dobré, takže s tím není problém, když někoho potkám, ale jakmile pak udělají něco, co tou důvěrou otřese (hlavně lhaní, podvádění, nebo kdyby se ke mě měli zachovat nějak hnusně, agresivně), tak je to pak věc, přes kterou už se nepřenesu, a v nejbližší době vztah ukončím. A to i kdybych jim chtěla odpustit, prostě to pak ve mě hlodá ten pocit té nedůvěry.“

R4: „Ano, myslím, že určitě. Jak ve výběru partnera, tak v mém chování k partnerovi. Chovám se jako moje matka a mám velkou potřebu mít partnera, který je ve vztahu spíše submisivní, ve všem mi vyhoví, ale v sexu dominantní až brutální.“

Chci jen jedno dítě, protože jsem se vždycky cítila ošizená a měla jsem pocit, že nedostávám vše co potřebuji...že prostě moje rodiče nemají dostatek prostředků, aby zajistili uspokojivý život dvěma dětem. A taky se nechci vdávat. Možná ani to jedno dítě (smích).“

R6: „Jo určitě. Byl to určitě mamčin vztah s partnerem. Jelikož to byla negativní zkušenost, tak jsem si z toho vzala pravý opak. Že nikdy nechci být přítelkyní, která se úplně obětuje pro partnera. A taky že nikdy nepřijmu žádný fyzický projev násilí. Takže jsem se proti tomu vymezila a vzala jako zkušenost.“

R7: „Myslím, že měly určitě vliv nato, že doma jsem neviděla žádný fungující vzorec manželství, potažmo partnerského vztahu, a proto jsem si musela najít hodnoty ve vztazích sama bez názorného příkladu a myslím, že jsem se s tím vypracovala na docela rovnocenné vztahy bez domácího násilí, jako tomu bylo například doma.“

R8: „V době, kdy jsem měla pevný vztah s partnerem, jsem nad tím neuvažovala. V té době, co jsem s ním žila, jsem měla problémy s mamkou, protože špatně snášela, že jsem se odstěhovala. Jediné, co mě napadá, je to, že jsem se velice na partnera upla, tak jak jsem se upnula na mamku, jelikož jsme nežily s otcem a byly jsme tu jen jedna pro druhou. Pokud se na to dívám teď, tak se samozřejmě chci poučit, protože moje máma je nespokojená a žije s mužem, kterého již nemiluje, protože on tak trochu pije.“

Takže nechci žít s mužem, co pije a chci muže, který bude vydělávat, tak jak vydělává můj nevlastní otec, jelikož se máme dobře a já v životě nechci nějak finančně strádat (smích). Jinak mě vztahy ovlivnily pozitivně. Nemyslím si, že negativně.“

9 Diskuze

V diskuzi se setkáme s možnými zdroji chyb a úskalími, které mě během psaní práce potkaly. Dochází k propojení výsledků s poznatky a výzkumy zmíněnými v teoretické části. Diskuze se zaměřuje také na možný dopad získaných poznatků pro budoucí výzkum a praktické využití.

Těžiště práce spočívalo ve zmapování individuálních významů intimity pro dívky s poruchami příjmu potravy. Výzkumné cíle zkoumaly konkrétní oblasti – jak vnímají dívky s poruchami příjmu potravy intimitu, jaké byly a jsou vztahy uvnitř rodiny dívek, jaké byly a jsou partnerské vztahy dívek, a jak ovlivnila porucha příjmu potravy intimní vztahy dívek. Níže přikládám podotázky k hlavním výzkumným otázkám společně s mými osobními reflexemi. Úvodní kapitola je věnována přínosům a limitům výzkumu, na konci rozebírám budoucí perspektivu výzkumu.

9.1 Přínosy a limity výzkumu

Jako hlavní přínos výzkumu uvádím novost a aktuálnost tématu. Domnívám se, že téma intimních vztahů z hlediska poruch příjmu potravy lze považovat za přínosné, vzhledem k tomu, že výzkumů s podobnou tematikou je k dispozici velmi málo. Z hlediska výzkumného souboru byla zvolena věková skupiny nad hranici 15 let. Poruchy příjmu potravy se sice objevují i u mladších dívek, ale jejich zkušenosti s rozvojem partnerských intimních vztahů je značně limitována. Předpokladem bylo, že se vzorce vztahů, které dívky našly v rodině, budou dále promítat do jejich vlastních partnerských vztahů. Pro výzkum byly vybrány polostrukturované rozhovory, jež, dle mého názoru, poskytly takové informace, které bych jinou metodou nezískala.

Limitem výzkumu mohla být citlivost tématu, ke kterému se ne všechny dívky s poruchami příjmu potravy chtěly aktuálně vyjádřit. Počet respondentek může být pro objektivnost výzkumu rovněž limitem, přesto se domnívám, že mi i finální počet deseti respondentek přinesl pestré škálu vzhledů do problematiky. Žádné z témat nebylo respondentkami výrazně zavržováno, dívky se vyjadřovaly i k citlivým tématům.

Limitující pro mě byla jednoznačně finanční a časová stránka výzkumu. Do výzkumu se mi přihlásilo více dívek, ale vzhledem k nákladům na dopravu a časovým možnostem jsem musela některé respondentky odmítnout. Za účast na výzkumu nebyla poskytnuta žádná finanční odměna, respondentky dostaly pouze mnou vyrobený dárek.

Diskutabilním bodem výzkumu může být rozsah vzorku. Je možné, že při výběru pouze 10 respondentek se mohlo stát, že dívky mohly disponovat jedinečnými vlastnostmi, kterým mohla být špatně přisouzena jasná souvislost s daným tématem. Tyto nežádoucí proměnné by se daly odhalit větším rozsahem výběrového souboru. Stejně tak však nelze vyloučit, že

by specifika tohoto souboru byla zaznamenána i u většího souboru. Jelikož jde o kvalitativní výzkum, cením si většího množství informací od méně participantů.

Pro větší objektivitu výzkumu by bylo vhodné zařadit další práci s rodinami respondentek, případně partnery.

Etická stránka výzkumu byla dodržena včetně zajištění anonymity, zacházení s osobními údaji a dobrovolné účasti. Žádná z respondentek z výzkumu neodstoupila.

9.2 Diskuze k výsledkům u jednotlivých výzkumných otázk

Výzkumný problém a cíle výzkumu

V této kapitole píšou o výzkumné oblasti a zahrnují také výzkumný problém a cíle výzkumu.

1. Výzkumný problém

Tento výzkum se koncentruje na dívky ve věku nad 15 let, které trpí určitou formou poruchy příjmu potravy. Výzkum se snaží zachytit možné rozdíly a podobnosti v pohledu na téma intimity.

2. Cíle výzkumu

Hlavními cíli této práce je zmapování významu intimity v životě dívek s poruchami příjmu potravy a zjištění vlivu rodinných a partnerských vztahů a samotné nemoci na vnímání intimity.

5.3 Výzkumné otázky

Výzkumné otázky představují v kvalitativním výzkumu to, co v kvantitativním hypotézy (Miovský, 2006). V empirické části byly vytyčeny čtyři hlavní výzkumné otázky:

1. Jak vnímají dívky s poruchami příjmu potravy intimitu?
2. Jaké byly a jsou vztahy uvnitř rodiny dívek?
3. Jaké byly a jsou partnerské vztahy dívek?
4. Ovlivnila porucha příjmu potravy intimní vztahy dívek?.

9.2.1 Vnímání intimity u dívek s poruchami příjmu potravy

Předmětem první výzkumné otázky bylo seznámení se s individuálním chápáním intimity u dívek s poruchami příjmu potravy. Na základě analýzy bylo zjištěno, že dívky s

těmito poruchami si nejčastěji spojovaly intimitu s důvěrou, odhalením se druhému člověku a otevřeností. Objevilo se zde také téma autenticity a blízkosti. Jedna respondentka vnímala intimitu jako jev, který vůbec nesouvisí s dalším partnerem, nýbrž je čistě vnitřní záležitostí člověka. Stejně jako bylo uvedeno v teoretické části práce, dívky zmiňovaly aspekty, které jsou spojeny s emocionální blízkostí, nikoli s intimitou fyzickou (Newton et. al., 2006).

V otázce potřeby intimity se šest respondentek shodlo na tom, že se potřeba intimity vůči partnerovi zvyšuje, a naopak ve vztahu k rodičům představuje tabu. To si vysvětlují i tím, že zvýšená kontrola ze strany rodičů spojená s nemocí dívky spíše zastrahuje a citovým poutům k rodičům se vyhýbají.

Stejně pochopitelná je potlačená potřeba intimity a zvýšená potřeba podpory, která reflektuje stažení se do sebe v rámci nemoci. Především mentální anorexie naznačuje nezralost dítěte a jeho snahu vyhnout se sexuálním vztahům (Smolík, 2002).

V případě příjemných a nepříjemných pocitů spojených s intimními vztahy se v pozitivních konotacích opět objevovaly jevy spojené s celkovým vnímáním intimity, tedy něžnost, otevřenost, důvěra, sdílení, doteky.

Nepříjemné pocity se u respondentek téměř neobjevily, pouze ve dvou případech se týkaly nedostatku soukromí a přehnaného sdílení s partnerem.

Otázka sexuality nabízela pestrou škálu odpovědí. Čtyři respondentky přikládaly sexu ve svém životě velmi neutrální roli. Jedna respondentka upřednostňuje důvěru před sexem. Dvě respondentky mají sex přímo spojený s láskou, a tyto dvě věci jsou pro ně neoddělitelné. Jedna respondentka naopak dává přednost sexu před vztahy.

Zajímavé bylo zjištění u R4 - proměny vztahu k sexualitě od „aerobní aktivity“ v období anorexie, k přeměně na potřebu dokazování si náklonnosti partnerů s promiskuitními prvky v období bulimie.

Pouze jedna dívka řekla, že nemá ohledně své sexuality jasno, a to z důvodu malých zkušeností. Tím se vyvrátil můj mylný předpoklad, že bude pro dívky trpící poruchami příjmu potravy sexuální vztah nebezpečnou citovou investicí a že k němu budou přistupovat se strachem (Firestone et. al., 2006).

Navážu již výše zmíněným tématem lásky, v odpovědích se opakovaly odpovědi jako důvěra, svěřování, sdílení, tedy prvky typické pro intimní dimenzi v triangulární teorii lásky (Výrost, Slaměník, 2008). Dvě respondentky projevíly o téma lásky pouze malý zájem, jedna z důvodu malých zkušeností, druhá se od tématu distancovala jako od něčeho, co nyní v jejím životě nehraje žádnou roli, protože v rámci emancipace nemá potřebu hledat lásku u partnera.

Naopak dvě respondentky uvedly, že je láska dokonce nejdůležitější hodnotou v jejich životě.

Zdůraznila bych poznatky dívek, které uváděly nezbytnost vlastního sebepřijetí před vstupem do láskyplného svazku a dívky, jež vidí lásku jako filosofii či princip, kterým by se mělo řídit lidstvo.

Na základě analýzy dat k podotázce přání ke změně v rámci intimních vztahů, se potvrdila potřeba po bližším vztahu s otcem. Konkrétně u čtyř dívek, z nichž trpí tři mentální bulimií, z tohoto lze usuzovat nedokončenou fázi otatínkování v adolescenci (Chvála, Trapková, 2004).

Dvě respondentky zmínily přání najít si partnera, jedna by navíc chtěla mít ve svém životě více lidí, druhá by se ráda přestala lidem stranit. Jedna respondentka se chce zaměřit zcela na sebe a další má přání spíše na změnu vlastního fyzického vzhledu, což by jí mělo pomoci zvýšit sebevědomí nezbytné pro utváření intimních vztahů.

9.2.2 Vztahy uvnitř rodiny dívek

Výsledek analýzy dat u této výzkumné otázky byl pro mě překvapivým, z toho důvodu, že polovina respondentek zmínila harmonický vztah mezi rodiči. Tři dívky, které se aktuálně potýkají s mentální anorexií, však zmiňují problematický vztah s matkou, která vyjadřovala svoji nespokojenost vůči dceři a byla přehnaně kritická. Tento poznatek opět naráží na teorii rodiny jako sociální dělohy Chvály a Trapkové (2004) a fázi omaminkování. Dívky tím naznačují, že ještě nejsou připraveni na dospělost a cítí se být více ještě dětmi.

Zhruba polovina dívek uvádí dobrý vztah s otcem, druhá opak. Čtyři respondentky zmínily, že nemají sourozence, zbytek respondentek popisuje relativně neutrální vztah se sourozenci. Jako ohrožující vidím vztah R3 se staršími sestrami, kde mohla zafungovat snaha vydělit se z příkladu dokonalých sester, jež kopírují vzor rodinných hodnot.

Ve čtyřech případech se rodiče respondentek rozvedli a tím se ztratil mužský pól v rodinném trojúhelníku. R8 uvádí, že po rozvodu rodičů zaplnila místo partnera ona sama, tím mohla být připravena o podstatnou část vývoje skrz oscilaci mezi ženským a mužským pólem (Chvála, Trapková, 2008).

8.2.3 Partnerské vztahy dívek

U dvou dívek proběhla hned ze začátku rozvoje partnerských vztahů negativní zkušenost s nevěrou, která se projevila na jejich současné nedůvěře a nechuti vstupovat do dalších partnerských vztahů.

R3 popisuje neuspokojivý vztah s partnerem, jež je agresivní, ale ona se od něj nemůže odpoutat. U této dívky došlo také dvakrát k sexuálnímu zneužití. Ona sama tuto

událost nevnímá jako ovlivňující směrem k partnerským vztahům, ale myslím, že by bylo zajímavé rozebrat tuto problematiku podrobněji.

Tři respondentky jsou nyní v naplněném partnerském vztahu, jedna má pouze jednu neuspokojivou zkušenost.

V případě R4 se liší partnerské vztahy v období anorexie a bulimie, kdy v anorexii byl pro ni partner pouze doplňkem do jejího přesně rozplánovaného programu. Nyní během bulimie hledá útěchu v častém střídání partnerů, s cílem najít u nich zájem o její osobu.

8.2.4 Vliv poruchy příjmu potravy na intimitu

Vliv na intimitu v rámci rodiny byl u poloviny dívek promítnut do prohlubujících se hádek s rodiči. Jedna respondentka cítí, že jí matka dodnes zazlívá, že se s ní kvůli nemoci dcery rozešel partner.

R2 se setkala s velmi necitlivým přístupem rodičů, kteří nemoc bagatelizovali a zesměšňovali nemoc i dívku samotnou, tím v nich ztratila veškerou oporu.

U jedné respondentky způsobila mentální anorexie celkovou citovou oploštělost, která se projevila ve formě zahloubání sama do sebe a izolace od okolí.

R3 naopak ráda vzpomíná na období anorexie, kdy o ni konečně okolí začalo projevovat zájem.

U většiny dívek se směrem k partnerským vztahům v období PPP projevil stud a izolace.

U jedné respondentky odráží stav v rámci nemoci zároveň to, jak je na tom v partnerských vztazích. Během partnerských vztahů se stav nemoci zlepšuje a naopak, což vnímám jako nebezpečné závislostní chování.

Závěrečná otázka, zda rodinné vztahy ovlivnily partnerské vztahy dívek, byla jednoznačně potvrzena. Čtyři z nich ovlivnění vnímají jako pozitivní, jelikož mohou následovat harmonický model vztahu rodičů, šest dalších si pozitivní vzor neodnáší, ale snaží se na základě příkladu negativního modelu vůči tomuto vymezit ve svých vlastních vztazích.

8.3 Budoucí perspektiva 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.

Závěry

Cílem kvalitativního výzkumu bylo zjistit, jak dívky s poruchami příjmu potravy starší 15 let vnímají intimní vztahy. Byly formulovány čtyři výzkumné otázky: 1) Jak dívky s poruchami příjmu potravy vnímají intimitu? 2) Jaké byly a jsou vztahy uvnitř rodiny dívek? 3) Jaké byly a jsou jejich partnerské vztahy? 4) Jaký měla porucha příjmu potravy vliv na vnímání intimních vztahů?

U otázky vnímání intimity se objevovaly odpovědi jako sdílení, důvěra, otevřenost vůči druhému člověku beze strachu o ztrátu vlastní autenticity. V intimitě je dívkám příjemné spíše sdílení než fyzický kontakt. Častěji projevovaly spíše potřebu intimity vůči partnerovi než rodičům, u některých z nich však tato potřeba není rozvinuta vůbec a dívky touží spíše po podpoře než po intimních vztazích.

U většiny respondentek mě zarazil jejich vcelku pozitivní přístup k sexu. Jedna z dívek trpící mentální bulimií dokonce uvedla, že je pro ni sexuální kontakt bezpečnější formou vztahu než vztah partnerský.

Láska se u respondentek objevila jako nejdůležitější hodnota, pro některé je podmíněna vlastní sebeláskou, pro někoho je životní filosofií.

Dívky často touží po bližším vztahu s otcem. Skoro polovina z nich má rozvedené rodiče a některé musely po odchodu jednoho z rodičů zastávat roli partnera.

U dívek, kde byla matka kritická a dceru shazovala, se objevovala častěji mentální

anorexie. Naopak u dívek, kde chyběl vzor otce, se častěji objevovala mentální bulimie.

Vliv poruch příjmu potravy na intimitu je značný. Ve vztahu k rodičům porucha často napomohla separaci a stejně tak u partnerských vztahů, kde jsou dívky často limitovaný vlastním pocitem studu nad svým tělem.

Poruchy příjmu potravy tedy můžeme zjednodušeně vnímat jako odklon jedince od intimity.

Souhrn

V této bakalářské práci jsem se věnovala tématice intimních vztahů u dívek s poruchami příjmu potravy. V prvotní fázi byla provedena rešerše literatury z oblasti klinické psychologie, psychodiagnostiky, kvalitativní metodologie, psychopatologie – téma poruch příjmu potravy a oblasti intimity, sexuality a lásky. To napomohlo k formulaci základních oblastí cílů výzkumu. V teoretické části byla představena problematika poruch příjmu potravy, intimity, teorie rodiny jako sociální dělohy autorů Chvály a Trapkové a intimity u dívek s poruchami příjmu potravy.

V empirické části práce byly stanoveny čtyři výzkumné cíle týkající se intimních vztahů u dívek s poruchami příjmu potravy. Prvním cílem výzkumu bylo zjistit, jaké je vnímání intimity u dívek s poruchami příjmu potravy. Jaké byly a jsou rodinné vztahy, jsme zjišťovali pomocí druhého cíle. Třetím cílem chtěl zjistit, jaké jsou partnerské vztahy respondentek. Čtvrtý a zároveň poslední cíl se týkal vlivu PPP na vnímání intimních vztahů. Výzkumu se zúčastnily respondentky, které aktuálně trpí nějakou formou poruchy příjmu potravy a je jim více než 15 let. Pro získávání respondentek byla využita internetová fóra zabývající se poruchami příjmu potravy a metoda snow-ball. Komunikace s respondentkami probíhala přes Facebook nebo telefonicky. Každá z respondentek byla ústní formou informována o názvu a účelu výzkumu a o náplni rozhovoru. Osloveno bylo přes 30 respondentek, z toho 10 z nich se rozhovoru zúčastnilo.

Od začátku bylo záměrem provést kvalitativní studii za použití metody polostrukturovaných rozhovorů. Získaná data byla zpracována metodou obsahové analýzy a vytvářením trsů. V rámci obsahové analýzy prošla data kategorizací za účelem vytvoření jednotlivých kategorií. Výsledky kvalitativního výzkumu byly rozděleny do čtyř částí, které odpovídají výše zmíněným výzkumným cílům.

V rámci etických otázek jsem si byla vědoma citlivostí tématu. Respondentky byly upozorněny, že jejich účast ve výzkumu je dobrovolná a anonymní.

Na základě výsledků můžeme vidět, jak je vnímána intimita u dívek s poruchami příjmu potravy. Bylo zjištěno, že na rozdíl od mého počátečního předpokladu, není jejich vnímání negativně zabarveno.

Respondentky dále uvedly, jak v rodinných vztazích postrádají intimitu s otcem nebo jim chybí blízkost v partnerském vztahu, což je u nich ještě více komplikované tím, že nemají zcela příjemné prožitky v rámci sexuality. Zvlášť citlivá byla také témata promiskuitního chování a sexuálního zneužívání.

Ukázalo se také, že jejich rodinné zázemí v každém případě ovlivnilo to, jak nyní nahlíží na své partnerské vztahy a co v nich hledají. Potvrdil se jak kopírovaný harmonický model, tak poučení z negativního příkladu vztahu rodičů.

Seznam použitých zdrojů a literatury

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. — 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Brumberg, J. J. (1999). *Fasting girl: the history of anorexia nervosa.* New York: Vintage Books.
- Corneau, G. (2000). *Anatomie lásky.* Praha: Portál.
- Danzer, G. (2001). *Psychosomatika.* Praha: Portál.
- Erikson, E. (2002). *Dětství a společnost.* Argo.
- Farková, M. (2009). *Dospělost a její variabilita.* Psyché.
- Firestone et. al. (2006) *Sex and love in Intimate Relationships.* Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Giddens, A. (2012). *Proměna intimacy.* Praha: Portál.
- Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum.* Portál.
- Hopwood et. al. (2007). *Pathoplasticity of Bulimic Features and Interpersonal Problems.* *International Journal of Eating Disorders*, 40, 652–658.
- Chvála, J., Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie a teorie jin-jangu.* Portál.
- Chvála, J., Trapková, L. (2008). *Rodinná terapie psychosomatických poruch.* Portál.
- Kast, V. (2004). *Otcové – dcery, matky – synové.* Portál.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2001). *Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů – diagnostické a terapeutické otázky.* *Psychiatrie pro praxi* 2001; 3: 109–111.
- Kocourková, J., Koutek, J. (2007). *Sebevražedné chování.* Praha: Portál.
- Krch, F. D. (ed.). (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie.* Praha: Grada.
- Langmeier, J., Matějček, Z. (2011). *Psychická deprivace v dětství.* Karolinum.
- Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístupy a metody v kvalitativním výzkumu.* Praha: Grada Publishing.
- Mosier, W. (2006). *Intimacy: The key to a healthy relationship.* *Annals of the American Psychotherapy Association*, 9, 1, 34-35.

- Newton et. al. (2006). Understanding intimacy for women with anorexia nervosa: a phenomenological approach. *European Eating Disorders Review*.
- Novák, M. (2010). Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. CERM.
- Papežová, H. (ed.). (2010) Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada.
- Peseschkian, N. (1995). Partnerské vztahy. Lidové Noviny.
- Poněšický, J. (1999). Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie. Praha: Triton.
- Renzetti, C., Curran, D. (2003). Ženy, muži a společnost. Karolinum.
- Röhr, H. (2011). Závislé vztahy. Portál.
- Röhr, F. (2008). Trauma a rodinné konstelace. Portál.
- Říčan, P. (2004). Cesta životem. KOSMAS.
- Seifertová a kol. (2005). Postupy v léčbě psychických poruch. Academia Medica Pragensis.
- Smolík, P. (2002). Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástin nozologie, diagnostika. Praha: Maxdorf.
- ÚZIS ČR. (2013). Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v psychiatrických ambulantních a lůžkových zařízeních ČR v letech 2007-2012. Aktuální informace, 55.
- Vágnerová, M. (2008) Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
- Vágnerová, M.(2012).Psychopatologie pro pomáhající profese. Praha: Portál.
- Vrtbovská, P. (2010). O ztraceném dítěti a cestě do bezpečí. SCAN.
- Výrost, J., Slaměník, I. (2008). Sociální psychologie. Psyché.
- Weiss, P. a kol. (2005). Sexuální zneužívání dětí. Praha: Grada.
- Willi, J. (2006). Psychologie lásky. Praha: Portál.

Seznam příloh

Příloha 1: Zadání diplomové bakalářské práce

Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce v češtině

Příloha 3: Abstrakt bakalářské práce v angličtině

Přílohy

Příloha 1: Zadání diplomové bakalářské práce

Zadání diplomové bakalářské práce - Simona Hájková

Téma česky: **Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy**

Téma anglicky: Intimate relationships of girls with Eating disorders

Vedoucí práce: PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Zásady tvorby práce:

1. Seznámení se s manuálem pro psaní diplomových prací na Katedře psychologie FF UP v Olomouci a citačních norem Americké psychologické asociace.
2. Studium odborné literatury z oblasti klinické psychologie, psychodiagnostiky, kvalitativní metodologie, psychopatologie - téma poruch příjmu potravy a z oblasti intimacy, sexuality a lásky.
3. Zpracování přehledu dosavadních informací o tématu - využití internetových databází - zpracování přehledu do teoretické části DP – klíčové je zaměření na intimní vztahy v problematice PPP.
4. Rámcová osnova teoretické části:
 - a. Charakteristika poruch příjmu potravy.
 - b. Charakteristika intimacy.
 - c. Teorie rodiny jako sociální dělohy.
 - d. Intimní vztahy dívek s poruchami příjmu potravy.
5. Konzultace výzkumného projektu s vedoucím DP před realizací sběru dat. Dosavadní pracovní předpoklad je:
 - a. Provést polostrukturované interview u dívek s PPP.
 - b. Předpokladem je výběr ze vzorku dívek docházejících do centra Anabell a výběr metodou snowball ve věkovém rozmezí od 15 let dál.

c.Předpokladem je zisk cca 10-20 probandek.

d.Kvalitativní analýza odpovědí dívek s PPP.

6.Integrace výzkumných dat do smysluplného celku. Diskuse s rozvahou o výsledcích, přínosem pro praxi, doporučením dalšího upřesňujícího výzkumu.

Základní literatura:

Cohen, R. (2002): Nejčastější psychické poruchy v klinické praxi. Praha: Portál.

Jürg, W. (2011): Psychologie lásky. Praha: Portál.

Krch, F. D. a kol. (2005): Poruchy příjmu potravy. Praha: Grada Publishing.

Newton, M., Boblin, S., Brown, B. & Ciliska, D. (2006). Understanding intimacy for women with anorexia nervosa: A phenomenological approach. European Eating Disorders Review.

Novák, M. (2010): Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy. 1. vyd. Brno: AKADEMICKÉ NAKLADATELSTVÍ CERM.

Papežová, H. (2013):Začarovaný kruh: anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?! Praha: Psychiatrické centrum.

Slaměník, I. (2011). Emoce a interpersonální vztahy. Praha: Grada.

Trapková, L., Chvála, V. (2009): Rodinná terapie psychosomatických poruch: Rodina jako sociální děloha. 2. vyd. Praha: Portál.

Výrost, J., Slaměník, I. (2008). Sociální psychologie. Praha: Grada.

Příloha 2: Abstrakt bakalářské práce v češtině

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Intimní vztahy dívek s Poruchami příjmu potravy

Autor práce: Simona Hájková

Vedoucí práce: Doc. PhDr. Martin Lečbých, Ph.D.

Počet stran: 65

Počet znaků: 95 495

Počet titulů použité literatury: 34

Abstrakt: Bakalářská práce se věnuje tématu intimních vztahů u dívek s poruchami příjmu potravy. Jejím cílem je seznámit čtenáře s problematikou poruch příjmu potravy v kontextu intimních vztahů. Teoretická část vymezuje poruchy příjmu potravy, intimitu, teorii rodiny jako sociální dělohy 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. Respondentkami byly dívky starší patnácti let, jež se aktuálně potýkají s touto nemocí.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, intimní vztahy, rodina jako sociální děloha

Příloha 3: Abstrakt bakalářské práce v angličtině

ABSTRACT OF THESIS

Title: Intimate relationships of Girls with Eating Disorders

Author: Simona Hájková

Supervisor: Doc. PhDr. Martin Lečbych, Ph.D.

Number of pages: 65

Number of characters: 95 495

Number of references: 34

Abstract: Bachelor thesis is focused on the topic of Intimate Relationships of Girls with Eating Disorders. It's aim is to acquaint the reader with the problem of Eating Disorders in the context of intimate relationships. The theoretical part defines Eating Disorders, the Intimacy, the Theory of the family as a social phenomenon uterus and Intimate relationships of Girls with Eating Disorders. The practical part is devoted to qualitative research, which is monitored through semi-structured interviews with various aspects of intimacy of such girl. Respondents were girls older than fifteen years, who are currently struggling with this disease.

Keywords: Eating disorders, Intimacy, Theory of the family as a social phenomenon uterus