



Pedagogická  
fakulta  
Faculty  
of Education

Jihočeská univerzita  
v Českých Budějovicích  
University of South Bohemia  
in České Budějovice

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Pedagogická fakulta  
Katedra pedagogiky a psychologie

Bakalářská práce

# Vztah dcery s matkou a jeho provázanost s poruchou mentální anorexie

Vypracoval: Kateřina Vozáryová  
Vedoucí práce: PhDr. Filip Abramčuk, Ph.D.

České Budějovice 2015

Prohlašuji, že jsem svoji bakalářskou práci vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své bakalářské práce, a to v nezkrácené podobě fakultou elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 21. dubna 2015,

---

Kateřina Vozáryová.

## **Abstrakt**

Ve své bakalářské práci se zabývám vztahem mezi matkou a dcerou s poruchou příjmu potravy, konkrétně s mentální anorexií. Tato nemoc je v dnešní době velmi aktuálním problémem, zejména u dospívajících dívek. Je důležité zaměřit se na příčiny této poruchy, aby mohla být odhalena její podstata. Přestože ve většině literatury se jako hlavní problém spojený se vznikem této poruchy uvádí sociálně-kulturní pohled na ženské tělo a problematika ideálu krásy, rozhodla jsem se zaměřit na hlubší pojetí příčin, a sice na matku nemocné. Ústředním tématem této práce je provázanost poruchy s jejich vztahem.

V teoretické části popisují poruchy příjmu potravy, jejich projevy, příčiny a důsledky. Dále se zaměřuji na rodinné vztahy, vliv rodičů a způsob výchovy. Popisují zde také znaky vztahu matky a dcery s mentální anorexií.

Výzkum mé práce je koncipován kvalitativně, se zaměřením na vzájemnou provázanost a subjektivní vnímání vztahu mezi dcerou a matkou, v souvislosti se vznikem, rozvojem, průběhem a následky mentální anorexie. Používám zde polostrukturované rozhovory, vždy s dcerou i s matkou, které jsou vyhodnoceny pomocí otevřeného kódování. Informace o vzájemných vztazích jsou podloženy kresebnými materiály. Rozhovory i kresebné materiály ukazují, že vztahy dívek s mentální anorexií a jejich matek jsou příliš těsné, nebo naopak nejisté a ambivalentní.

### **Klíčová slova**

Mentální anorexie, rodinné vztahy, matka a dcera.

## **Abstract**

In my bachelor thesis I am interested in relationships between mother and daughter who is diagnosed with mental anorexia. This eating disorder is serious problem nowadays, especially in teenage girls. It is very important to focus on causes of this disorder to reveal it's nature.

Although most of the literature talks about socio-cultural view of female body and problematics of the ideals of beauty, I decided to go deeper in to the relationships inside the family. The main theme is linking anorexia with this relationship.

In theoretical part of my thesis I describe eating disorders, their symptoms, causes and consequences. I was interested in relationships inside family and also influence of parents and their upbringing. Very important part of my thesis is description of characteristics in relationship between mother and daughter.

It is qualitative-concipiated research of the relationship and it focuses on the subjective perception of the relation. I used semi-structured interviews with mother and daughter, and gathered informations was complemented with drawing materials. Interviews and drawings show that relations of the sick girls with their mothers are very close or very weak or ambivalent.

### **Key words**

mental anorexia, family relationships, mother and daughter.

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala PhDr. Filipu Abramčukovi, Ph.D. za odborné vedení bakalářské práce, poskytování cenných rad, podporu, trpělivost a za jeho vstřícný přístup. Mé poděkování též patří Mgr. Janě Kouřilové, Ph.D., za poskytnutí odborné konzultace týkající se kresebných materiálů. Také děkuji všem respondentům, bez jejichž ochoty by tato práce nemohla vzniknout. Dále bych ráda poděkovala svému dobrému kamarádovi Bc. Janu Hynkovi za ochotnou pomoc při vyhotovení mé práce.

## Obsah

Úvod .....	9
TEORETICKÁ ČÁST .....	10
1 Poruchy příjmu potravy .....	10
1.1 Historie PPP .....	10
1.2 Mentální anorexie .....	11
1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie .....	11
1.2.2 Epidemiologie mentální anorexie .....	12
1.2.3 Příčiny vzniku mentální anorexie .....	12
1.2.4 Zdravotní komplikace mentální anorexie .....	18
1.2.5 Sexualita a plodnost u mentální anorexie.....	19
1.2.6 Léčba mentální anorexie .....	20
1.3 Mentální bulimie .....	22
2 Rodina, rodinné vztahy a výchova .....	24
2.1 Rodina.....	24
2.2 Fáze života rodiny.....	24
2.3 Struktura rodiny .....	26
2.4 Komunikace v rodině.....	26
2.5 Rodinné vztahy .....	27
2.5.1 Žena – muž, matka – otec .....	27
2.5.2 Matka – dítě .....	28
2.5.3 Matka – dcera .....	29
2.5.4 Matka – syn .....	30
2.5.5 Otec – dítě .....	31
2.5.6 Otec – dcera .....	31
2.5.7 Otec – syn.....	32
2.5.8 Sourozenecké vztahy.....	33
2.6 Výchova .....	33
2.7 Rodina a psychická porucha .....	35
3 Provázanost vztahu matky a dcery s poruchou mentální anorexie.....	36

3.1	Charakteristika pacientek s poruchou mentální anorexie .....	36
3.2	Charakteristika rodin a matek pacientek s poruchou mentální anorexie.....	37
3.3	Psychodynamická teorie.....	38
PRAKTICKÁ ČÁST .....		40
1	Cíl výzkumu a výzkumné otázky .....	40
1.1	Výzkumné otázky.....	40
2	Výzkumný vzorek .....	41
3	Použité metody .....	43
3.1	Polostrukturovaný rozhovor.....	43
3.2	Kresebné techniky .....	43
4	Způsob zpracování dat .....	44
5	Výsledky .....	45
5.1	Kategorie: Okolnosti vzniku a rozvoje MA .....	45
5.2	Kategorie: Okolnosti propuknutí a průběhu MA.....	50
5.3	Kategorie: Rodinné vztahy a vztah s matkou .....	59
5.4	Kategorie: Vztah s matkou v souvislosti s MA.....	68
6	Diskuze .....	74
Závěr.....		76
Seznam použité literatury .....		77
Seznam příloh.....		79
Přílohy .....		80
1	Kresby.....	80
2	Popis kreseb .....	84
2.1.1	R1D a R1M.....	84
2.1.2	R2D a R2M.....	85
3	Shrnutí výsledků .....	86
4	Otázky k rozhovorům .....	94
4.1.1	Otázky k rozhovoru s dcerou.....	94
4.1.2	Otázky k rozhovoru s matkou .....	96
5	Ukázky rozhovorů.....	98
5.1.1	Rozhovor s R1D .....	98
5.1.2	Rozhovor s R1M .....	108

5.1.3	Rozhovor s R2D .....	114
5.1.4	Rozhovor s R2M .....	119



## Úvod

Tématem této bakalářské práce je „Vztah dcery s matkou a jeho provázanost s poruchou mentální anorexie“. Tato práce má za úkol zjistit, jaké jsou aspekty vztahu mezi matkou a její dcerou, která má osobní zkušenost s touto poruchou. Problematika poruch příjmu potravy a jejich spojitosti s rodinnými vztahy a prostředím, není novým tématem, avšak stále aktuálním. Rodina, a zejm. vztah člověka s matkou, má velký vliv na celý jeho život. Prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a vztahy, které v něm prožívá, by neměly být podceňovány. Zejm. souvislost vztahu s matkou a jeho budoucího psychického stavu, je velmi zásadní.

Práce je rozdělena na dvě části, a sice na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou popsány a definovány poruchy příjmu potravy, se zaměřením konkrétně na problematiku mentální anorexie. Jsou zde zmíněny její diagnostická kritéria, výskyt v populaci, příčiny vzniku onemocnění, zdravotní komplikace, otázka sexuality a rodičovského přístupu nemocných, a možnosti léčby. Krátce se zmiňuji také o mentální bulimii. Dále se zaměřuji na rodinu, rodinné vztahy a výchovu. Popisuji strukturu rodiny, vztahy mezi jednotlivými členy a jejich vývoj. Tématem je zde také souvislost rodiny a psychické poruchy. V závěru je popsán konkrétně vztah mezi matkou a dcerou trpící mentální anorexií. Věnuji se zde uvedení charakteristických znaků jak nemocného jedince, tak jeho rodiny, vztahu tohoto jedince a jeho matky, jeho aspektům. Zmiňuji se dále o psychodynamickém pohledu na tuto konkrétní problematiku.

V praktické části bakalářské práce popisuji provedený kvalitativní výzkum a všechny jeho náležitosti, jakožto i použité metody – polostrukturovaný rozhovor a nestandardizované kresebné metody. Výzkumným souborem jsou čtyři dvojice respondentek, každá dvojice se skládá vždy z dcery a matky, přičemž kritériem výběru bylo, aby měla dcera osobní zkušenost s onemocněním mentální anorexie. Pomocí zmíněných metod zjišťuji aspekty vztahu mezi dcerou splňující toto kritérium a její matkou, se zaměřením na dceřino onemocnění.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) jsou neodmyslitelně spojeny se vztahem člověka k jídlu, stravování, ale také k vlastnímu tělu a jeho hodnotě v životě. Potrava znamená pro člověka mnoho, má psychologický i sociální význam, v krajních případech může být odměnou, trestem, programem, i způsobem komunikace s ostatními. Narušení takto významného vztahu může mít psychické, fyzické i sociální následky a je velmi nebezpečné pro život člověka.

Pod PPP jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) a Diagnostického a statistického manuálu (DSM-IV) řazeny dva syndromy: mentální anorexie a mentální bulimie. Pro obě onemocnění je typický strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vzhledu a tělesné váze. Liší se závažností podvýživy a postupů, které jedinec používá ke kontrole své hmotnosti (Krch, 1999).

### 1.1 Historie PPP

Historicky první zmínku o výskytu PPP můžeme nalézt v 5. století př. n. l., kdy se o nich Hippokrates zmiňoval pod označením asithia. Termín anorexie byl poprvé použit Galénem ve 2. st. n. l. Klinické obrazy ukazující na tuto problematiku byly zaznamenány poprvé v 17. století, poté se začal ve Francii objevovat termín nervová anorexie. První skutečně podložené případy však zaznamenává až anglická literatura 19. století. O další popis této nemoci se zasloužili W. W. Gull a E. – Ch. Lasègue – oba tito autoři se shodli na tom, že se jedná o psychogenní poruchu, která se vyskytuje u mladých dívek a žen, a jimi uvedené příznaky odpovídají dnešním. Ve 20. století byla mentální anorexie zařazena mezi duševní poruchy. V ČR se v r. 1963 začal problematice mentální anorexie věnovat František Faltus, a v roce 1983 založil na Psychiatrické klinice 1. LF UK

Jednotku specializované péče pro jedince trpící PPP, jako první ve střední a východní Evropě (Papežová, 2010).

Co se týče bulimického syndromu, podle historických záznamů bylo přejídání a zvracení běžnou součástí společenského života, zejména ve vznešených vrstvách starověku i středověku. Bulimie, prvně označena Plutarchem jako *bolimos*, je známa již od 4. st. př. n. l., až ve 20. století však začala být považována za součást mentální anorexie. Termín *bulimia nervosa* poprvé použil v r. 1979 G. Russel, psychiatr, který ji rovněž popsal tak, jak ji známe i dnes (Papežová, 2010).

## 1.2 Mentální anorexie

Krch (1999, s. 14) definuje mentální anorexii (dále MA) jako „*poruchu, charakterizovanou zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti*“. Typické je odmítání potravy z důvodu averze k ní. Takto nemocný jedinec má narušené vnímání vlastního vzhledu, tělesných proporcí a celkové hmotnosti (Krch, 1999).

U této poruchy rozlišujeme dva specifické typy, a sice nebulimický (restriktivní) typ, a bulimický (purgativní) typ. V případě prvního typu nedochází u jedince k epizodám záchvatovitého přejídání a zvracení, v případě druhého typu k nim dochází opakovaně (Krch, 1999).

### 1.2.1 Diagnostická kritéria mentální anorexie

- 1) Tělesná hmotnost je udržována nejméně 15% pod předpokládanou úroveň, nebo BMI (Queteletův index tělesné hmotnosti) je 17,5 nebo méně.
- 2) Jedinec se záměrně vyhýbá jídlům, „po kterých se tloustne“, aby tak snížil svou tělesnou hmotnost, nebo užívá vyprovokované zvracení, vyprovokovanou defekaci, antidiuretika, a nadměrně cvičí.
- 3) Strach z tloušťky, zkreslená představa o vlastním těle, jeho hmotnosti a proporcích. Tyto představy se podobají vtíravým, ovládatým myšlenkám.

- 4) U ženy se objevuje amenorea, u muže ztráta sexuálního zájmu a potence. Dále se může objevit nepravidelné vylučování hormonu inzulínu, zvýšená hladina růstového hormonu a kortizolu, změny metabolismu.
- 5) Pokud se mentální anorexie objeví již před obdobím pubescence, jsou projevy tohoto vývojového stadia opožděny, nebo i zastaveny. Po uzdravení se proces vývoje může obnovit, menstruace však ve většině případů zůstává opožděna (Kocourková, 1997).

### 1.2.2 Epidemiologie mentální anorexie

Podle studií provedených v západní Evropě a USA je zřejmé, že výskyt pacientů s MA se pohybuje kolem 5/100 000 obyvatel. Studie založené na nemocničních registrech uvádějí ještě nižší počet. Co se týče populačních studií, dokládají, že větší část jedinců trpících MA léčbu nevyhledává (Papežová, 2010).

V případě časových trendů ve spojení s MA jednotlivé studie tvrdí, že nárůst MA v Evropě mohl být zaznamenán až do 70. let 20. století, potom se počet nemocných ustálil. Nejčastěji se MA objevuje u žen od 15 do 19 let (Papežová, 2010).

### 1.2.3 Příčiny vzniku mentální anorexie

Téma vzniku onemocnění MA a jeho příčin je pro mnohé odborníky dodnes velkým otazníkem. Někteří se domnívají, že příčiny lze hledat pouze v rodině, jiní je vidí ve společnosti, další v biologických zvláštностech člověka. V odborných publikacích tak můžeme najít hned několik oblastí, z nichž může MA pramenit.

#### **Individuální rizikové faktory**

Jednotliví činitelé v rámci individuálního vývoje člověka mohou přispívat k rozvoji MA. Do této skupiny faktorů řadíme vývojové determinanty, osobnostní determinanty a negativní body image (Novák, 2010).

## **Vývojové determinanty**

Tato skupina faktorů souvisí především s psychogenní poruchou příjmu potravy u dětí, které zapříčiňují, že se v dnešní době děti obávají tloušťky a zaobírají se svou tělesnou váhou mnohem dříve, než v minulosti. Již v předškolním věku mají děti tendenci odmítat obezitu jako něco škodlivého, a za svůj ideál krásy přijímají štíhlou postavu (Novák, 2010).

Co se týče období pubescence a adolescence, řada autorů se domnívá, že MA může být pro člověka způsobem, jak se vyhnout nadcházejícímu období dospívání. Jedná se podle nich o tendenci zůstat nezralým člověkem, dítětem. Na začátku pubescence, tj. kolem 11 – 12 let, se u dívek objevují určité tělesné znaky, charakteristické pro dospívání (přibírání na váze, tvarování postavy, menstruace), zároveň je to také období, kdy se mohou objevit první pokusy o kontrolu tělesné váhy (diety, nadměrné cvičení). Pro dospívající dívku je velice důležité, co o ní soudí její okolí, a její sebevědomí se často zakládá právě na fyzické atraktivitě a štíhlosti (Novák, 2010).

Dalším důležitým faktorem pro vznik MA mohou být kritické životní události nebo situace. Spouštěčem MA mohou být různé narážky okolí na tloušťku nebo tělesný vzhled jedince, konflikty ve vztazích nebo sexualitě, životní změny, neúspěchy, problémy v rodině nebo s vrstevníky, odloučení od rodiny nebo vrstevníků, apod. Výraznou stresující událostí může být již zmíněná první menstruace (Krch, 1999).

## **Osobnostní determinanty**

Problematika osobnosti se úzce týká i vzniku MA, důležitý je zejména temperament a emocionalita. Tělesná nespokojenost často souvisí také s pociťovanou zátěží a negativní až depresivní náladou (Novák, 2010).

Důležitým faktorem v souvislosti s MA je určitě sebekontrola. Zmíněný strach z tloušťky a obavy o tělesnou přitažlivost dospívajících dívek je obvykle zmírněn zaměřením se na svou hmotnost, postavu a jídlo, což vede k pocitu získání kontroly nad sebou samým, která je pro dívku v tomto případě velice uspokojující, přináší naději a jistotu. Pokud je dívka schopná čelit hladu, tzn. kontrolovat svůj příjem potravy, obvykle ji to povzbudí k dalšímu pokračování ve snižování své váhy (Novák, 2010).

Se sebekontrolou souvisí také sebeúcta, která je v případě dívek trpících MA spíše nízká. Takové dívky jsou citlivější na kritiku, mají tendenci k nestabilitě a výkyvům nálady. Nechají se snadno ovlivnit hodnocením druhých lidí. Sebeúcta těchto dívek souvisí především s fyzickým vzhledem (Novák, 2010).

### **Negativní body image**

Body image obsahuje složky fyziologické, psychologické a sociologické. Jedná se o vztah a postoj člověka k vlastnímu tělu, k jeho velikosti, tvaru, a kráse. V případě jedinců s MA se jedná o negativní body image, tzn., že jsou se svým tělem nespokojeni, vnímají ho nesprávně, a přeceňují svou hmotnost (Novák, 2010).

Podle Fialové a Krcha (2012) se u jedince s poruchou vnímání vlastního těla objevuje jeho nerealistické hodnocení, rozpor mezi tím, jak své tělo doopravdy vidí, a jak ho popisuje, dále rozpor mezi hodnocením vlastního těla a těla jiné osoby, stejně tak nesprávné představy o přijímání potravy, držení diet a tělesného cvičení. Takoví lidé se obvykle vyhýbají všemu, co nějakým způsobem souvisí s tělem nebo tělesným tématem, jsou posedlí vyhublostí, mají negativní přístup ke svému celkovému vzhledu a své tělo často vnímají jako něco pasivního, cizího.

### **Rodinné rizikové faktory**

Rodinná problematika ve vztahu k MA (popř. PPP) je v podstatě ústředním tématem této práce. Výskyt MA v rodině, zejm. u nejbližších příbuzných pacienta je považován za velmi rizikový faktor. MA se může stát pro jedince vzorem chování, nebo genetickou predispozicí (Krch, 1999).

Uvádí se, že právě v rodině dochází ke vzniku body image, sebeúcty a jiných důležitých faktorů. Rodiny, ve kterých se MA vyskytuje, bývají často popisovány jako hostilní, obtěžující, popírající emocionalitu pacientky. Často se zde objevuje nedostatečná komunikace s dítětem, chybějící rodičovská péče, fyzické a sexuální zneužívání, nedostatek lásky ze strany rodičů, nebo naopak velký důraz rodičů na výkon a dobré výsledky (Novák, 2010).

Matky bývají často popisovány jako dominantní, obtěžující, hyperprotektivní, ambivalentní. Jsou spojovány se vznikem MA, popř. PPP, proto, že jsou prvním zdrojem potravy dítěte. (Krch, 1999). Často kladou velký důraz na výkon, kariéru, jsou perfekcionistické, žárlivé, majetnické, nebo naopak pasivní, necitlivé. Většinou samy trpí poruchami příjmu potravy, a slouží tak jako velice nebezpečný model, který dcera napodobuje (Novák, 2010).

Otcové bývají popisováni jako pasivní, slabí jedinci, kteří si od dítěte udržují emoční odstup, vzdálení, nezúčastnění, jindy zase jako dominantní, autoritativní, přísní. V souvislosti s MA bývá někdy zmiňována možnost velmi těsného vztahu dcery s otcem, který se však s nástupem pubescence mění, z důvodu tělesné proměny u mladé dívky. V tomto případě se dívka může snažit svou ženskost potlačovat, aby se vztah s otcem neměnil (Krch, 1999).

Rodinnému systému ve spojení s MA, a konkrétně vztahu mezi matkou a dcerou, která trpí MA, se budu podrobně věnovat později v samostatné kapitole.

### **Sociální faktory**

První teorií, na jejímž základě si lze vysvětlit vznik MA je Bandurova teorie sociálního učení. Důležitým faktem je zde ten, že podle Bandury, čím častěji se vyskytne nějaká událost, tím častěji bude napodobována, což se v tomto případě týká hlavně dietního chování a snaze o štíhlou postavu. Člověk je podle teorie sociálního učení motivován k určitému chování také pomocí vnějších pobídek, což mohou být v tomto případě rodina, vrstevníci, média (Novák, 2010).

Další Bandurova teorie, a sice sociálně kognitivní teorie učení, se zmiňuje o tzv. self-efficacy (vnímaná osobní zdatnost), což je schopnost člověka mít kontrolu nad svým životem. U dívek trpících MA je tato schopnost nízká, tzn., že se považují za bezmocné, dosahují nízkého výkonu, mají pocity nicotnosti, stresu, úzkosti a deprese (Novák, 2010).

S MA jistě souvisí také teorie sociálního srovnávání, kterou v roce 1954 představil Festinger. Podle této teorie mají lidé tendenci srovnávat se s lidmi ze svého okolí, kteří pro ně představují nějaký ideál, kterého by jednou chtěli dosáhnout. Tato srovnávání jsou v případě jedinců s MA spíše vzestupná (upward), tzn., že si vybírají ke

srovnávání jedince, kteří jsou podle nich schopnější, než oni sami. Tento proces vzestupného srovnávání vede ke snížení sebeúcty a pocitům méněcennosti (Novák, 2010).

### **Kulturní faktory**

Sociální a kulturní determinanty jsou dnes velice zdůrazňované jako hlavní příčiny vzniku a rozvoje MA, a celkově PPP. Podle Krcha (1999) je problémem kultura, která se rychle mění, a v dnešní době velmi vyzdvihuje nadměrnou štíhlost a sebekontrolu jako pozitivní znaky a vlastnosti člověka. Jednotlivé teorie můžeme tedy rozdělit na sociální a kulturní.

Současným trendem v oblasti fyzické krásy je štíhlost, která je dnešní společností nekriticky přijímána a obdivována. V souvislosti s tímto společností předkládaným ideálem krásy dochází k nárůstu PPP. Tyto údaje se týkají zejména USA a Evropy, a zemí, které jsou ovlivněny západní kulturou. Celkově výskyt dívek, které si přejí být štíhlé, se objevuje zejm. v zemích s nadbytkem potravy. V kulturách s nedostatkem jídla je tomu naopak, a ideálem krásy je tedy oblý tvar těla. Z toho vyplývá, že v každé kultuře je ideálem takový stav, jakého je zde těžké dosáhnout (Novák, 2010).

Co se týče socioekonomického statusu, uvádí se, že tendence k PPP se vyskytuje více u lidí z vyšších společenských vrstev, naopak u jedinců níže společensky postavených se vyskytuje častěji obezita (Novák, 2010).

Feministické teorie v tomto směru pojednávají o ženách v patriarchální společnosti, a považují tedy PPP za odpor žen vůči tomu, co od nich společnost na základě jejich pohlaví očekává. Podle těchto teorií se odpor projevuje buď již zmiňovaným popřením ženskosti a tvarů ženského těla, nebo tzv. ultra-feminitou, což znamená, že žena následuje představu společnosti o tom, že štíhlejší ženy toho více zvládají, jsou výkonnější, jsou něco více než otrokyně v domácnosti. Dále lze uvažovat o PPP i jako o patologickém způsobu, jak se žena může pomyslně očistit od všeho odpadu dnešní konzumní společnosti, její tělo je prázdné a nekontaminované vnějším světem (Novák, 2010).



Důležitou složkou v kultuře v souvislosti s PPP jsou jistě média, jejich masivní propagace štíhlosti a zkreslování reality. Televize a časopisy nabízejí odstranění tuku, zaručené diety nebo speciální cvičení. To vše vede podle médií k získání vysněné štíhlé postavy, díky níž bude každá žena šťastná, atraktivní a žádaná. Dávají tak ženám najevo, že kontrolovat si váhu a příjem potravy je žádoucí (Novák, 2010).

Riziková prostředí pro vznik PPP jsou podle Nováka (2010) zejména sportovní, a profese jako jsou modelky nebo tanečnice. Ze sportu je nejrizikovější gymnastika, atletika, plavání, krasobruslení a balet. Ve všech těchto oblastech můžeme najít tlak na udržování určité tělesné hmotnosti.

Podle Beattie (1988) jsou dívky v naší kultuře, na rozdíl od chlapců, vedeny k tomu, aby dosahovaly vyššího sebevědomí a pocitu akceptace prostřednictvím svého fyzického vzhledu. Trendem se v současnosti stává štíhlý, prepubertální, chlapecký vzhled, což je v rozporu s fyziologickými charakteristikami ženské postavy. Ženy mají vyšší poměr tělesného tuku, než muži, stejně jako mají nižší rychlost metabolismu, a po celou dobu životního cyklu mají tendence tloustnout, např. v pubertě, nebo v těhotenství. Je tedy pravděpodobné, že pokusy žen o držení diet k udržování nerealisticky nízké váhy, aby byly ve shodě s módním diktátem, často vedou k epizodám hladovění, částečného půstu, což je potom přerušováno touhou po jídle a epizodickým záchvatovitým přejídáním.

### **Biologické faktory**

Podle Krcha (1999) si pod biologickými faktory vzniku MA můžeme představit již zmíněné ženské pohlaví.

Je však třeba klást důraz také na mozkové mechanismy u PPP, konkrétně na určité nervové faktory. Ke vzniku PPP může přispět např. problematické těhotenství a perinatální mozkové poškození, mozkové leze získané po narození, epilepsie, apod. *„Obecně se symptomy PPP zdají být spojené se sníženou aktivitou laterálních asociačních korových oblastí a relativně zvýšenou účastí subkortikálních a mediálních korových struktur ve zpracování relevantních podnětů“* (Uher, 2004; in Raboch et al., 2004, s. 279).

#### 1.2.4 Zdravotní komplikace mentální anorexie

MA a PPP celkově mohou způsobovat mnoho zdravotních komplikací, navíc MA je nejčastější psychickou poruchou, která vede až ke smrti pacienta. Zdravotní komplikace, které se při MA objevují, jsou důsledkem hladovění a strádání organismu, ztrátou tělesné hmotnosti, ale mohou se objevovat i v případech zvracení a užívání projímadel a diuretik (Krch, 1999).

K závažným zdravotním potížím MA patří komplikace kardiovaskulární, renální, gastrointestinální, kosterní, endokrinní, neurologické, metabolické a dermatologické.

Nejčastější příčinou úmrtí pacientek s MA je vedle sebevraždy a malnutrice právě primární srdeční arytmie. Při hladovění se snižuje hmota myokardu, funkce systoly a diastoly je abnormální, mění se variabilita tepové frekvence (bradykardie). Bradykardie je snížení tepové frekvence pod 60 tepů/minutu (Papežová, 2010).

Zdravotní komplikace týkající se ledvin souvisí především s metabolickými odchylkami, které jsou důsledkem opakovaného zvracení a užívání projímadel a diuretik (bulimický typ MA). Může také dojít k přetížení a selhání ledvin (Papežová, 2010).

Dále se objevují změny především v gastroduodenální oblasti, která hraje roli při regulaci příjmu potravy, a sice při pocitu hladu, chuti k jídlu, a pocitu sytosti. Co se týče narušení fungování tenkého a tlustého střeva, může zde docházet k bolestem břicha, tlakům, nadýmání, náhlým pocitům plnosti, nebo ke zvracení již natráveného obsahu. Nemocní MA mají často potíže s játry a slinivkou, může se objevit také celiakie (Papežová, 2010).

Zrání kostí se v důsledku MA obvykle zpomaluje, může se i úplně zastavit. Velmi častá je zde osteoporóza – řídnutí kostní tkáně (Krch, 1999).

V endokrinní oblasti je nejvýznamnější komplikací amenorea, dále pak snížení výdeje estrogenů z vaječníků, zvýšená hladina růstového hormonu, snížená reakce na hypoglykémii, která byla vyvolána zvýšenou produkcí inzulinu (Krch, 1999).

Obtíže způsobené nedostatkem bílkovin, cukrů a tuků, vitaminů a stopových prvků se projevují různými neurologickými problémy. Častá je hyponatremie, jako následek excesivního příjmu vody (k zahnání hladu při MA), svalová slabost, tonické křeče, apod. (Papežová, 2010).

V oblasti dermatologické dochází ke zhoršení regulace tělesné teploty, narušen je metabolismus glukózy (hodnoty odpovídající onemocnění diabetes), narušení metabolismu kalcia, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, poruchy spánku (Krch, 1999).

Kožní problémy pramení z nedostatečné výživy, popř. z úmyslného zvracení. Může se objevit suchá, šupinatá kůže, lanugo, modřiny, mozoly na hřbetech rukou, kožní vyrážky (Krch, 1999).

### 1.2.5 Sexualita a plodnost u mentální anorexie

Co se týče sexuálního fungování patientek s MA, zástava ve vývoji spojená s hladověním je často spojena také se sníženým zájmem o sexuální život. V dospělosti může toto chování vést k vyhýbání se důvěrným vztahům (Krch, 1999).

V průběhu nemoci je častá neplodnost, avšak v případě dospělých žen, které v mládí prodělaly MA, se plodnost nijak neliší od žen, které MA neprodělaly. Těhotenství a poporodní období může být pro ženy s MA velmi obtížné, může dojít k zesílení psychických symptomů nemoci, může se objevit deprese a různé úzkosti. Děti patientek s MA mívají často velmi nízkou porodní váhu, popř. vrozené vady (Krch, 1999).

Ženy s MA mohou mít také problémy uspět jako rodiče, zejména proto, že příznaky jejich onemocnění výrazně narušují fungování rodiny a rodinný život, a také proto, že takoví lidé mají problémy v mezilidských vztazích, což pro pouto mezi rodičem a dítětem není přínosem. Objevuje se riziko, že matka se natolik zaměří na své potřeby a touhy po tělesné štíhlosti, že kvůli nim zanedbá potřeby svého dítěte, což se může nenávratně projevit na jeho vývoji (Krch, 1999).

### 1.2.6 Léčba mentální anorexie

V dnešní době je léčba MA a PPP celkově poměrně rozsáhlá, můžeme zde najít hned několik různých terapeutických směrů. Léčba se zaměřuje především na to, aby pacient normálně jedl a měl dobrý vztah k jídlu a jeho konzumaci. V současnosti jsou za

běžné přístupy k léčbě PPP považovány vedle nemocniční léčby (hospitalizace, ambulantní péče, denní stacionář) také nutritivní poradenství, rodinná intervence, kognitivně behaviorální terapie, behaviorální přístup, psychoanalytická a psychodynamická terapie, dále pak individuální a skupinová terapie a farmakologická terapie (Svobodová, 1998; in Čálek et al., 1998).

Hospitalizace slouží ve většině případů ke stabilizaci pacienta, zaměřuje se na fyzickou i psychickou stránku. Je nezbytná v případě, kdy chceme navrátit pacientovi jeho normální hmotnost a přerušit momentální úbytek váhy, nebo zhodnotit eventuální jiné zdravotní obtíže související s PPP. Nejvhodnější je krátkodobá hospitalizace s psychologickým poradenstvím, je však nutný pacientův závazek, že se chce z PPP skutečně vyléčit. Pak lze uvažovat o dalších možnostech, jako je ambulantní lékařská péče nebo denní stacionář (Krch, 1999).

Ambulantní léčba se zaměřuje na navrácení pacienta do původního stavu, stabilizaci, jedná se spíše o lékařskou péči. Probíhá individuálně, nebo skupinově (Krch, 1999).

Denní stacionář je v podstatě intenzivní a komplexní způsob ambulantní léčby PPP. Obsahuje režimová opatření, zaměřená na změnu a stabilizaci jídelních návyků, kognitivně-behaviorální přístup, zaměřený na změnu patologického jídelního chování a postojů, a dále psychodynamický přístup, sloužící k pochopení samotné poruchy v kontextu vlastní osobnosti. Denní stacionář se zaměřuje během léčby na motivaci pacienta k léčbě, změnu jeho jídelního režimu, jídelní zvyky v rodině, závislosti, životní styl, tělesné schéma, psychosomatické souvislosti PPP, vztahy a dění v komunitě pacientů s PPP, komunikaci, práci s emocemi, vztahy v rodině a partnerství, sebehodnocení, hodnotovou orientaci a na vlastní zdraví pacienta (Pelková, 2006; in Raboch, Zrzavecká, Doubek, & pořadatelé, 2006).

Nutritivní terapii provádějí dietologové, obsahuje fázi vzdělávací a fázi experimentální. Ve vzdělávací fázi poskytneme informace o výživě. Nejprve je třeba zhodnotit stav pacienta, vytvořit jeho spolupráci s dietologem, definovat a projednat různé principy a představy, které jsou spojené s jídlem, apod. Do této fáze lze zapojit i rodinu pacienta. Ve fázi experimentální se snažíme oddělit patologické jídelní chování a psychické problémy pacienta, dlouhodobě změnit jídelní chování pacienta a jeho vztah

k tělesné váze, dále se snažíme o pomalý vzestup váhy, udržení zdravé váhy, normální vztah pacienta k jídlu a o zvládání společenských situací, ve kterých jídlo hraje roli (Svobodová, 1998; in Čálek et al., 1998).

Rodinná terapie se zaměřuje na pacienta v rodině, je hodně důležitá pro pacienty mladší 16 let a pro adolescenty žijící s rodinou. Systematická rodinná terapie má dvě podoby, a sice strukturální a strategickou. Strukturální rodinná terapie těží z popisu pacientovy rodiny jako hyperprotektivní, se silnými hranicemi mezi členy, s tendencemi zapojovat pacienta do konfliktů mezi rodiči. Na základě těchto charakteristik je pro pacienta obtížné zvládat proces separace. Terapie se potom odehrává jako sezení s pacientem, rodiči a sourozenci. Terapeut se snaží odkrýt rodinné vztahy a rodinnou patologii působící na pacienta. Strategická rodinná terapie vidí pacienta jako tmel mezi rodiči, který se za pomoci PPP může snažit držet rodinu pohromadě. Zaměřuje se při sezeních tedy spíše na rodinu jako celek (Svobodová 1998; in Čálek et al., 1998).

Kognitivně behaviorální terapie se snaží změnit postoje a myšlení pacienta a tím i jeho chování. Při léčbě posilujeme zodpovědnost pacienta, jeho aktivitu a motivaci ke změně. Jeho problémy a situaci pouze popisujeme, neinterpretujeme, vedeme ho k pozitivním postojům a jednání, snažíme se vycházet z konkrétních situací a zjišťovat, co k nim pacienta vede. Samotná behaviorální terapie se soustřeďuje pouze na to, abychom odnaučili pacienta nesprávné jídelní návyky (Svobodová 1998; in Čálek et al., 1998).

Psychoanalytická terapie se zakládá na důvěře pacienta k terapeutovi, kterému může sdělovat své myšlenky, pocity a sny, terapeut je analyzuje a vrací je pacientovi zpět v takové formě, která je pro něj plně srozumitelná. Pacient má tak možnost nahlédnout do svého nitra a lépe porozumět sám sobě. Pro tento přístup jsou typické interpretace, konfrontace, vyjasňování. Důležitý je empatický terapeut a pacient, který je schopen introspekce. V psychoanalytické terapii pracujeme také s přenosem a protipřenosem. Psychodynamický přístup terapie se zaměřuje na psychosexuální témata, self a identitu pacienta. Cílem této terapie je odkrýt traumatické zážitky, vzbudit emoce jako reakci na realitu, seberealizace, maladaptivní reakce, defenzivní chování, apod. (Svobodová, 1998; in Čálek et al., 1998).

V rámci skupinové terapie se pacient učí, jak reagovat na vlivy a reakce okolí, což mu v minulosti dělalo potíže. Tuto formu terapie můžeme kombinovat i s jinými. Díky skupinám se pacient může naučit zvládat různé sociální situace, konflikty a problémy. Ideálně by skupina měla mít 6 – 12 členů. Pacient se setkává s jídelními problémy jiných lidí, což mu může pomoci v přemýšlení o svých vlastních potížích. Terapeut udržuje skupinu v chodu, často není třeba, aby do jejího dění přímo zasahoval (Svobodová, 1998; in Čálek et al., 1998).

Farmakologická terapie je léčba PPP pomocí medikace. V případech mentální bulimie se užívají antidepresiva, nejčastěji Prozac. Při léčbě MA je však vhodné kombinovat léčbu farmaky s jinou formou terapie (Svobodová, 1998; in Čálek et al., 1998).

### **1.3 Mentální bulimie**

Mentální bulimie (dále MB) patří spolu s mentální anorexií (MA) mezi PPP. MB se od MA liší především následujícími znaky:

- 1) Objevují se opakované epizody přejídání, subjektivní pocit ztráty kontroly, neovladatelnosti.
- 2) Nepřiměřená kontrola tělesné hmotnosti, která je doprovázena častým zvracením, užíváním projímadel, léků na odvodnění, nadměrným cvičením a hladověním.
- 3) Nadměrný zájem o fyzický vzhled a tělesnou hmotnost, na čemž závisí sebehodnocení jedince (Krch, 2003).

Velmi důležitým znakem MB je přejídání. V tomto případě vypadá obvykle tak, že jedinec sní velké množství potravin, než je zvyklý, nebo než by chtěl, a během jídla ztrácí kontrolu sám nad sebou. Tyto záchvaty přejídání jsou často spouštěny situacemi, které jsou s jídlem nějak spojené, nebo které souvisí s postavou, tělesnou hmotností nebo strachem z tloušťky. Spouštěčem může být také negativní pocit nebo špatná nálada (Krch, 2003).

Stejně jako u MA se zde objevuje chorobný strach z tloušťky, kvůli kterému se jedinec často uchyluje k úmyslnému vyprazdňování. Přejedení vyvolává u jedince kromě tohoto strachu také nepříjemné pocity plnosti a nadmutosti (Krch, 2003).

Zdravotní důsledky tohoto patologického jídelního chování jsou velmi podobné, jako u zmíněné MA. Patří sem zejm. citlivost na chlad, celková únavnost, svalová slabost, spavost, poruchy spánku, dermatologické potíže (zažloutlá pleť, zvýšený růst ochlupení po celém těle, řídké a lámavé vlasy), vysoká kazivost zubů, zpomalení funkce střev vedoucí k zácpám, nepravidelná menstruace, srdeční obtíže, poškození jater, odvápnění kostí (způsobuje jejich křehkost a lámavost), pocity nevolnosti způsobené zmenšením žaludku, oslabená obranyschopnost organismu, zpomalení růstu a opoždění nástupu pubescence. (Krch, 2003)

MB má i psychické a společenské důsledky, nálada a společenská aktivita jedince vždy závisí na tom, do jaké míry se mu daří hubnout a jak je momentálně spokojen se svou postavou. Častá je pro něj nejistota a pocity úzkosti, v myšlenkách se neustále zabývá jídlem. Jedinec nemocný MB se téměř neorientuje ve svých vnitřních pochodech, nerozeznává pocit hladu, chuti nebo sytosti. Zhoršuje se jeho koncentrace, pracovní tempo a pohotovost. Jedinec přestává mít zájem o okolní svět, je vysoce egocentrický, nezajímá ho nic, co se netýká jídla. Má méně kontaktů a více konfliktů s okolím (Krch, 2003).

Co se týče příčin MB, často se shodují s již zmiňovanými u MA. Podle Krcha (2003, s. 37): „Až dvě třetiny bulimiček dávají vznik poruchy do souvislosti s nějakou životní událostí“. Riziko vzniku MB je výrazně zvýšeno negativním sebehodnocením a pocity nedostatečnosti. Dále se na vzniku této poruchy podílí také pohlaví – u žen je desetkrát vyšší riziko MB, než u mužů. Svůj podíl jistě zastává i již zmíněný sociální a kulturní tlak, stejně jako rodina jedince.

## **2 Rodina, rodinné vztahy a výchova**

Ústředním tématem této práce je souvislost psychické poruchy a vztahu, jaký má nemocný jedinec ke své matce a ona k němu. V rámci této souvislosti je však třeba

zaměřit se nejdříve na rodinu jako celek, na rodinné vztahy, fungování rodiny a na výchovu jedince, tedy jak k němu jeho rodiče přistupují.

## 2.1 Rodina

Podle Křivohlavého (2014, s. 14): „*Rodina je základní společenská jednotka tvořená dvojicí manželů (rodiči) a dětmi*“. K tomuto základnímu uspořádání můžeme někdy přidat i prarodiče a jiné příbuzné. Základní rodina se však skládá z rodičů a dětí. Definici lze doplnit citací Sekery (2010, s. 8), který tvrdí, že: „*Sociologické pojetí charakterizuje rodinu jako formu dlouhodobého solidárního soužití osob, které jsou spojeny příbuzenstvím*“. Rodina může být úplná nebo neúplná, dále se rodiny mohou dělit také na nesezdané, třígenerační, doplněné, nebiologické, homosexuální, bezdětné, apod. (Sekera, 2010). V této práci se však budu zabývat především rodinami úplnými, popř. neúplnými.

Původním smyslem rodiny je jistě reprodukce a výchova dětí. Dalšími funkcemi může být ochrana členů rodiny, péče, ekonomické zajištění, emocionální opora, socializační a relaxační funkce, apod. (Sekera, 2010).

Rodiče by se měli věnovat výchově svých dětí tak, aby byly připravené na samostatný život, dále by je měli úspěšně uvést do světa, ve kterém žijí, do kultury, jíž jsou součástí. Rodiče by také měli dbát o to, aby se osobnost dítěte správně vyvíjela (Křivohlavý, 2014).

## 2.2 Fáze života rodiny

První fází rodinného života je bezesporu období novomanželské – muž a žena spolu uzavřeli sňatek, a vstoupili tak do manželského stavu. Novomanželé mají za úkol nejprve vybudovat domov pro sebe a jejich budoucí potomky. Musejí se naučit správně spolu komunikovat, naslouchat si, myslet, rozhodovat se a jednat jako „my“, jako rodina (Křivohlavý, 2014).



Narozením dítěte rodina obvykle překlene do další fáze, kdy vzniká rodinný trojúhelník. Z manželů se stávají rodiče s velkým množstvím povinností. V této fázi se vytváří rodinný řád, formují se sociální role (Křivohlavý, 2014).

Rodina se školními a dospívajícími dětmi se vyznačuje tím, že dítě (děti) přechází do nového sociálního prostředí, a sice do školy, kde platí jiná pravidla, než v rodině, a dítě má obvykle možnost otestovat svou psychologickou výbavu v prostoru mimo rodinu. Dítě se stává předmětem srovnávání. Co se týče volného času mimo školu, funkční rodina se snaží udržet společné volnočasové aktivity. V období adolescence je nejdůležitější skupinou pro dítě skupina vrstevnická, rodina ustupuje do pozadí. Pro toto vývojové období je typická kritika rodičů a jejich výchovných postojů, černo-bílé vidění světa, dítě často vidí rodinu jako překážku v nalezení vlastní identity (Matoušek, 1993).

V období dospělosti se děti osamostatňují a často pomyslně opouštějí domov i rodinu, ve které vyrůstaly, aby mohly založit svou vlastní. Stárnoucí manželé se v tomto období mohou věnovat zájmům, na které dříve neměli dostatek času, mají také prostor pro to, aby se více věnovali sami sobě. Rodina už není středem pozornosti, namísto ní jsou v popředí sociální kontakty a profese (Matoušek, 1993).

Předposlední fází rodinného života bývá odchod rodičů do důchodu. Děti odešly z domova a založily své vlastní rodiny. Zlatým hřebem stáří tak bývá péče o vnoučata, která prarodičům mohou přinést hodně radosti. Mají na vnoučata více času, než měli na své děti, neleží na nich taková zodpovědnost, a tak si mohou svou novou roli užívat (Křivohlavý, 2014).

V poslední fázi mají staří rodiče dostatek času k bilancování, ohlížení se za tím, co bylo, jaká byla jejich rodina, jaké budou rodiny jejich dětí a vnoučat. Rodiče mají prostor zamýšlet se nad různými otázkami života. Problémem v tomto období mohou být generační neshody s potomky, ohledně vedení domácnosti, na což má každá generace trochu jiný pohled (Křivohlavý, 2014).

## 2.3 Struktura rodiny

Podle Minuchina (2013) je rodinná struktura tvořena souborem požadavků, které organizují způsoby chování členů rodiny. Rodinný systém funguje na základně transakčních vzorců, které jsou utvářeny opakujícími se transakcemi. Vzorce se pak týkají toho, jak, kdy a ke komu se vztahovat. Pro správné fungování rodiny je třeba zavést určitou hierarchii vlivu a moci, tedy rozdílnou autoritu dětí a rodičů. Rodiče by v tomto systému měli fungovat jako tým. Do tohoto uspořádání patří také vzájemná očekávání členů rodiny.

Rodina má své subsystemy, které jsou tvořeny vždy určitými členy rodiny, např. muž-žena, matka-dítě, jednotlivá generace, pohlaví, apod. Každý člen rodiny je součástí několika subsystemů, v každém má jiný stupeň moci, v každém se učí jiným dovednostem. Jedná se o mezilidskou interakci na více úrovních (Minuchin, 2013).

## 2.4 Komunikace v rodině

Členové rodiny spolu musí být ve vzájemné interakci, aby mohli společně fungovat. Základem takové interakce je především komunikace. Komunikovat lze verbálně – obsahem a způsobem řeči, a neverbálními prostředky (mimika obličeje, pohyby těla, prostorová vzdálenost). Komunikace je vyjádřením vztahu mezi lidmi, kteří jsou její součástí. V každodenních situacích v rodině se projevují tzv. komunikační stereotypy, což je ustálené rodinné chování. Formální charakteristika rodinné komunikace se obvykle týká jasnosti sdělení, témat, svěřování, souhlasů – nesouhlasů, a vzájemných vztahů, které mohou být negativní, neutrální nebo pozitivní. Rodina má také svůj typický slovník (Matoušek, 1993).

Podle Křivohlavého (2014) vypovídá sociální komunikace o tom, jaké jsou v rodině vztahy. A tyto vztahy jsou formovány tím, jak spolu členové rodiny komunikují. Základním prvkem komunikace je naslouchání. Prostřednictvím naslouchání můžeme pochopit druhého člověka, co nám říká, co si myslí, co cítí a co chce.

## 2.5 Rodinné vztahy

Již zmiňované rodinné vztahy jsou velmi spletitou záležitostí, zejm. kvůli své různosti a individuálnosti. V tomto případě se budu zabývat rodinnými vztahy v rámci konkrétních subsystémů: matka-otec, matka-dítě, otec-dítě, matka-dcera, otec-dcera, matka-syn, otec-syn, bratr-sestra. Téma vztahu mezi matkou a dítětem (popř. dcerou) je ústředním tématem této práce, proto se mu budu věnovat podrobněji.

### 2.5.1 Žena – muž, matka – otec

Muž a žena spolu v rámci rodiny fungují ve dvou subsystémech – jako manželé a jako rodiče. Hlavními znaky fungujícího manželského páru v rodině jsou vzájemnost a přizpůsobivost, měli by se vzájemně podporovat v různých směrech. Manželé spolu mohou vytvořit takový subsystém, který je bude chránit před vnějšími vlivy, a který bude podporovat tvůrčí a růstové tendence. Důležité je podporovat druhého v jeho rozvoji. V opačném případě může toto partnerství odhalovat negativní stránky, které jsou hnány touhou změnit druhého člověka, nebo zachránit ho před sebou samým (Minuchin, 2013).

Manželé, kteří spolu fungují jako rodiče, musí povolit hranice svého subsystému tak, aby do něj bylo vpuštěno jejich dítě, a mělo tak přístup k oběma. Zároveň však musí zůstat pevná hranice manželského subsystému, do něhož dítě nezasahuje. Špatným příkladem je nedostatečné stanovení hranic a vtažení dítěte do problémů, které mají rodiče mezi sebou, jako manželé. Na rodiče jsou kladeny požadavky týkající se vývoje dítěte. U malých dětí se tyto požadavky soustřeďují na výživu, později také na vedení a kontrolu. V období dospívání se objevuje potřeba nezávislosti dítěte, čemuž se rodiče musí přizpůsobit a uvolnit rodičovskou vazbu. Nutným prvkem rodičovského systému je v dnešní době i autorita (Minuchin, 2013).

## 2.5.2 Matka – dítě

Matka je bezesporu základní a nejdůležitější postavou v životě každého člověka. Její vztah s dítětem je pro oba účastníky velmi zásadní.

Vše začíná v prenatálním období. V období, kdy matka zjistí, že je těhotná, může prožívat různé pocity, např. radost, štěstí, překvapení, smutek, rozladěnost, bezradnost. Od chvíle, kdy se dítě uvnitř matčina těla poprvé pohne, až do období před porodem, je většinou neklidnější. V době těsně před porodem matka prožívá spíše protichůdné pocity, na jedné straně se na příchod dítěte těší, na druhé má určité obavy z porodu, pochybnosti, úzkosti, apod. (Špaňhelová, 2003).

V období těhotenství může dojít k aktivaci různých konfliktů. Nejčastější je konflikt identity matky, který se objevuje zejm. u žen budujících si vlastní kariéru. Často nejsou na těhotenství a roli matky plně připravené, mají pocit, že pro to nejsou vhodné, mají problém s bezvýhradným přijetím svého dítěte. Druhým problémem může být aktivace konfliktu se svou vlastní matkou. Během těhotenství se často začnou objevovat konflikty z minulosti, různá nedorozumění, křivdy, neshody. Těhotenství může být ideální dobou k jejich vyjasnění a usmíření mezi matkou a těhotnou dcerou (Špaňhelová, 2003).

Pro dítě je v prenatálním období velice důležitá komunikace mezi jeho rodiči, pocit přijetí a začlenění do rodiny. Dítě nyní potřebuje, aby ho rodiče brali jako součást sebe a prožívali s ním jednotlivé události (Špaňhelová, 2003).

Novorozenecké období neboli doba od narození dítěte do prvního měsíce života, je matkou prožíváno velice emocionálně. Po porodu se objevují emoce jako radost, štěstí, úleva, stav euforie, únava, apatie. Pocity mohou být z důvodu velkého tlaku souvisejícího s porodem spíše ambivalentní. Období šestinedělí je velice psychicky náročné kvůli hormonálním vlivům, matka často pláče, nevyzná se sama v sobě, je zmatená (Špaňhelová, 2003).

Kojenecké období, nebo fáze vývoje od prvního měsíce do prvního roku života, je dobou velkého množství vývojových změn. Pro matku může být toto období velmi zátěžové, může se objevit únava, nevyspání a celková vyčerpanost organismu. Někdy matka pociťuje negativní emoce, např. nervozitu, vztek, podrážděnost. Kojenecké

období je ideální k tomu, aby si rodiče ujasnili, jaký bude styl jejich výchovy (Špaňhelová, 2003).

V období kojeneckém můžeme podle zmapování vztahu mezi dítětem a jeho opatrovníkem předvídat pravděpodobný směr jeho budoucích interpersonálních vztahů v dospělosti. V této fázi vývoje dítěte je třeba dávat si pozor na to, aby nedošlo k jeho přestimulování různými podněty. Nejběžnějšími příčinami přestimulování je rušivé, kontrolující a dotěrné chování opatrovníka. Může tak dojít k rozhození vývojových seberegulačních mechanismů u dítěte. Další chybou je jistě stimulace nedostatečná, kdy se ve vztahu mezi matkou a dítětem objevuje nedostatečné upoutání a udržení pozornosti a úroveň stimulu setrvává pod spodní hranicí optimálního rozsahu. Hlavní příčinou je neschopnost matky efektivně vykonávat sociální chování, které kojeneček podněcuje. Může se to týkat žen, které jsou např. v depresi nebo skleslé, mají omezené nebo oploštěné emoční reakce z důvodu onemocnění schizofrenií, trpí obsedantně kompulzivními rysy, přecitlivělostí, fobiemi, nebo pokud mají omezený stereotypní repertoár variací sociálního chování. Ze strany kojence k tomuto jevu nedostatečné stimulace přispívá, pokud je hypoaktivní, má velkou vývojovou mezeru nebo malé poškození mozku (Stern, 2007).

Batolecí období trvá od jednoho do tří let věku dítěte. Matka se o dítě z fyzické stránky nemusí tolik starat, funguje spíše jako jeho dozor, musí být ve střehu, sledovat aktivitu dítěte. Matka má již větší volnost, může se částečně vrátit ke svým zálibám a koníčkům. Je třeba obrnit se trpělivostí zvláště v období vzdoru dítěte (Špaňhelová, 2003).

### 2.5.3 Matka – dcera

Úkolem matky je dceru bezmezně přijímat a zasvětit do ženského světa, její provázení je důležité zejména v období dospívání, kdy u dcery dochází k proměně jak fyzické, tak i psychické. To, jaký má matka vztah sama k sobě, ke svému tělu, jaké má vztahy s muži, a konkrétně ke svému partnerovi, to vše je klíčové pro vývoj mladé dívky a jejich vlastních postojů. Vztah matky s dcerou může být v tomto období narušen mnoha vlivy, např. rozvíjejícími se sekundárními pohlavními znaky u dcery, což matce

připomíná její vlastní věk, dále pak úzkost z opuštění dětmi, již matka pociťuje, apod. (Trapková & Chvála, 2009).

Podle Corneau (2004) je vztah mezi matkou a dcerou a jeho fungování úzce spjata se vztahem mezi otcem a dcerou. V praxi se obvykle stává, že pokud vztah otec – dcera nefunguje, je vztah matka – dcera přetížen, často natolik, že dcery mají ke svým matkám velmi ambivalentní postoj – milují je, a zároveň nenávidí. Milují za to, že ony jediné jim věnovaly pozornost, a zároveň nenávidí, protože byly přehnaně kontrolující. Rodič mívá na dítě stejného pohlaví obvykle vysoké nároky, a jeho prostřednictvím se snaží uspokojit vlastní touhy. Klíčovým okamžikem v tomto vztahu bývá doba pubescence, kdy si matka začne uvědomovat velký rozdíl mezi nimi, způsobený dceřiným dopíváním. Často se zde objevuje rivalita mezi matkou a dcerou ve vztahu k otci.

#### 2.5.4 Matka – syn

Po porodu vzniká mezi matkou a dítětem silné pouto, ať už je dítě chlapec nebo dívka. U chlapců je však nutné, aby pouto mezi nimi a jejich matkami bylo jednoho dne rozuzleno, a aby se syn od matky úspěšně oddělil, a mohl tak v dospělosti navazovat milostné a sexuální vztahy s osobami stejného pohlaví, jako je jeho matka. Riziko neúspěšného oddělení syna od matky nastává v případě, kdy chlapec nemá v rodině mužský vzor, osobu stejného pohlaví, která by mu poskytla mužský pohled na svět. Pokud je muž v rodině nepřítomen, matka se často začne přehnaně upínat na svého syna, povyšovat ho do role svého partnera, a tak vzniká symbolické manželství, citový incest mezi matkou a synem (Corneau, 2004).

#### 2.5.5 Otec – dítě

Podle Špaňhelové (2003, s. 14) „*Otec určuje míru stability rodiny. Poskytuje matce a dítěti oporu a podporu*“. V období prenatalním by měl dávat partnerce pocit

jistoty, bezpečí, očekávat s ní narození potomka, prožívat s ní celý proces těhotenství. Často se v tomto období i u muže mohou objevit obavy, rozladěnost, apod. Míra zapojení otce do předporodních příprav a porodu by měla být dobrovolná (Špaňhelová, 2003).

V období novorozeneckém otec zpravidla prožívá radost z narození dítěte, pocit štěstí, vděčnost partnerce, hrdost, zároveň však může mít obavy z finanční situace a možnosti zabezpečení rodiny, obavy ze ztráty priority u partnerky (nahrazení jejího zájmu o partnera zájmem o dítě), obavy z výchovy dítěte. V této době je důležitá komunikace mezi partnery, je třeba, aby byl muž ženě oporou, komunikoval s dítětem, zvykl si na jeho přítomnost, apod. (Špaňhelová, 2003).

Kojenecké období může být v případě otce jedním z nejkrásnějších, kdy může naplno vnímat vývoj svého dítěte. Míra, do jaké otec toto období prožívá, závisí také na míře jeho schopnosti a odhodlání se zapojit do péče o dítě. Může prožívat radost z úsměvu dítěte, z jeho reakce na přítomnost otce, z jeho celkového vývoje, zároveň se však stejně jako u matky může dostavit únava, vyčerpání, nedostatek spánku, obavy o finanční situaci, nedostatek času (Špaňhelová, 2003).

V batolecím období se zvyšují nároky na otce z hlediska zapojení se do péče o dítě. Dítě vyžaduje více pozornosti, dává více najevo své reakce na otce, apod. Čas, který dítě s otcem tráví, je velice prospěšný. S otcem lze rozvíjet obecné znalosti dítěte i jeho pohybové dovednosti. Otec může být také pro dítě vzorem chování, které bude později samo napodobovat (Špaňhelová, 2003).

### 2.5.6 Otec – dcera

Vztah mezi otcem a jeho dcerou, je velice křehkou záležitostí. Postava otce v životě dívky udává směr jejich budoucích vztahů s opačným pohlavím, otec pro ni může být v tomto ohledu vzorem, nebo naopak někým, kdo jí nerozumí, komu se nedokáže zavděčit a kdo jí není schopný přijmout. Chybějící otec může být v tomto případě příčinou dívčina nízkého sebevědomí, pesimismu a neuspokojení v citové oblasti. Můžeme rozlišovat otce incestního a pruderního. Incestní otec parazituje na citovém životě své dcery, nechce ji nechat žít vlastním životem. Pruderní otec je

naopak příliš zdrženlivý, neudrhuje s dcerou citový vztah, ale naopak jistý odstup. Vztah mezi otcem a dcerou je často poznamenán nástupem pubescence, kdy otec neví, jak má k dceři přistupovat, nechce si přiznat, že u ní dochází k rozvoji sexuality, a tak s ní často přestane komunikovat. Patříčně projevená otcovská láska je však pro dceru jedním z faktorů určujících celé její dospívání. Otec, který je skutečně přítomný, patříčně projevuje své city, se v dnešní době vyskytuje mnohem méně než otec nepřítomný (Corneau, 2004).

Otec často může „vyléčit“ vztah mezi dcerou a matkou v období dívčina dospívání tím, že umožní dceři separaci od matky směrem k němu. Jeho úkolem je v tomto případě vyvést dceru z mateřské náruče, a ukázat jí mužský svět, kde si jednou vybere svého partnera. Je třeba, aby otec s dcerou v tomto období trávil více času bez přítomnosti matky, aby jí dával najevo svou lásku a obdiv k její tvořící se ženské stránce. Jeho úkolem je tedy probudit v ní možnost partnerství s mužem. Takto připravená dcera je schopna navázat vztah milostný, sexuální, takový vztah, ze kterého jednoho dne mohou vzejít další děti. Pokud v tomto směru nedojde k naplnění otcovské lásky a dívka není na tento krok připravena, může se stát, že si najde právě takového partnera, který by jí otcovskou roli nahradil. Dojde tak k téměř incestnímu spojení, které má neblahé následky na fyzickou i psychickou stránku obou zúčastněných (Trapková & Chvála, 2009).

### 2.5.7 Otec – syn

Jak jsem již zmínila, otec je postavou, která by měla především rozuzlit vztah mezi matkou a synem, aby syn mohl žít plnohodnotný život jako muž. Otec by měl být synovým vzorem, ukázat mu mužský svět, musí být přítomen. Mužská atmosféra by měla být v rodině zjevná i v případě, že otec rodinu opustil nebo zemřel, pro vývoj syna je nezbytná. Někteří muži mívají v této oblasti problémy s aktivním otcovstvím, špatně snášejí, když se jejich partnerka začne starat o dítě, cítí se odsunutí. Často se v rodinách stává, že chlapec poslechne spíše otce než matku, zejména v pubertě. Chlapec se v tomto období potřebuje s někým měřit, potřebuje od otce schválit své



činy, chce nějaký důkaz, že je mužem. Syn tak může navázat kontakt s otcovskou postavou, která mu umožňuje vstoupit do světa dospělých (Corneau, 2004).

### 2.5.8 Sourozenecké vztahy

Podle Minuchina (2013), je právě sourozenecký subsystém místem, ve kterém mohou děti experimentovat s vrstevnickými vztahy. Učí se, jak spolu vycházet, spolupracovat, soutěžit, přátelit se, či odcizovat. V těchto vztazích zaujímají pozice, které je budou provázet celým životem. To, jaký význam má pro člověka vztah se sourozencem, můžeme nejlépe vidět v situaci, kdy je tento vztah nepřítomen. Jedinec, který nemá žádné sourozence, je často předčasně vyspělý, protože se učí přizpůsobovat světu dospělých dříve, než světu vrstevníků. Takový jedinec má často problémy s autonomií, sdílením, spoluprací a se soutěžením s ostatními. Sourozenectví je jakýmsi soukromým prostorem dětí, do kterého rodiče nevstupují.

## 2.6 Výchova

V dnešní době jsou známy tři styly rodičovské výchovy, a sice styl autoritářský, liberální a autoritativní. Autoritářský styl požaduje především poslušnost, liberální styl si zakládá na svobodě dítěte, a autoritativní styl se nejvíce blíží správnému stylu výchovy. Děti vychované autoritativním stylem jsou často nezávislé, přátelské a dobře spolupracují s ostatními. Naproti tomu děti z prostředí autoritářského či liberálního bývají naopak více závislé na rodičích, sobečtí, neumějí spolupracovat s vrstevníky (Sekera, 2010).

Styl výchovy, jakým rodiče vychovávají své dítě, souvisí také s jejich věkem. Podle Matějčka a Dytrycha (1994; in Sekera, 2010) mají starší rodiče sklon ke zvýšené úzkosti, více vnímají nebezpečí, jsou více nejistí při zacházení s dítětem, méně projevují radost, jsou méně spontánní, a mají často tendenci přikládat přehnaně velikou váhu různým

nemocem, defektům a poruchám. Také se často snaží omezovat aktivity dítěte z důvodu strachu o něj.

Rodina a výchova dítěte formuje již od raného věku jeho osobnost, zejména jeho sebeúctu. Dítě se naučí vnímat slova, gesta, mimiku a výrazy rodičů jako hodnocení sebe samého. Proto se často stává, že rodiče, kteří dítě trestají, odsuzují nebo zahanbují jeho projevy, tímto způsobem poškozují jeho sebeúctu (Sekera, 2010).

Důležitým aspektem rodiny, potažmo výchovy, je již zmíněná komunikace. Členové rodiny by měli být pobízeni k tomu, aby sdělovali ostatním své pocity, prožitky a emoce. Problémem jsou pak témata tabuizovaná, nevyřčené reakce a pocity, které se projevují později v různých rodinných konfliktech. Taková tabuizovaná témata mohou být např. neúspěchy, smrt, nebo sex (Sekera, 2010).

Velkým fenoménem dnešní doby je zaměřenost výchovy na výkon. Rodiče se často příliš zaměřují na školní úspěchy dítěte, jako na předmět jeho celkového hodnocení. Děti jsou rodiči často poměřovány a porovnávány se svými vrstevníky, což jim podstatně snižuje sebevědomí a sebeúctu. Takové výchovné metody mohou vést u dětí až k sebepoškozování, závislostem, nebo fyzické destrukci sebe sama. Velkým problémem současné výchovy jsou negativní důsledky globálního světa. Na děti jsou kladeny velké nároky, často není nikdo, kdo by je naučil, jak správně vyjadřovat své city, učí se spíše jak lhát a manipulovat, aby dosáhly svého (Sekera, 2010).

Za rodičovské chování, které u dětí vede k závislostem a jiným patologickým projevům, považujeme neadaptivní chování, zmatené normy a hodnoty, kompenzace vlastních osobních problémů skrze děti, a také hyperprotektivní chování. Dalším rizikem je také dvojná vazba, kdy rodič dítěte verbálně přijímá, ale v rozporu s tímto tvrzením jej neverbálně odmítá. Takový rodič si neuvědomuje, že je na něm dítě závislé, a že tato závislost se pomocí dvojné vazby prohlubuje. Dítě se pak také neustále snaží získat pozornost rodiče, což však způsobuje jen další odmítání. Nejkrajnější výchovné chyby jsou násilí páchané na dětech, usvědčování dítěte jako viníka rodinných problémů, nebo zatahování dítěte do svých rodičovských problémů (Sekera, 2010).

## 2.7 Rodina a psychická porucha

Podle Sekery (2010) se psychické poruchy většinou vyskytují v rodinách dysfunkčních, konkrétně v rodinách, které se vyznačují tím, že nemluví o problémech, ani je nijak neřeší, role v nich jsou rigidní, chybí zde potřebná intimita a sebevědomí členů, dochází k vzájemnému obviňování, identita jednotlivých členů je potlačována na úkor identity rodinné, komunikace je zde nejasná, nejsou stanoveny jasné hranice mezi členy, a nejasná jsou také pravidla v rodině. Často se zde vyskytují pravidla přísná, nelidská, striktní. U takto dysfunkčních rodin je velké riziko, že tyto vzorce chování převzou děti, které v tomto prostředí vyrůstají, a budou je praktikovat i později ve svých vlastních rodinách. Za rizikové rodiny jsou obecně považovány neúplné rodiny, asociální, nesezdané rodičovství, příliš mladé a příliš staré rodičovství.

Na vzniku psychické poruchy se podílí faktory dědičné, a faktory prostředí, do kterých také spadá rodina, ve které člověk vyrůstal. Konkrétně rodinné vztahy velmi úzce souvisí s rozvojem psychické poruchy. Reakce rodiny na psychickou poruchu člena má dvě fáze – nejdříve se rodina snaží být s ním více v kontaktu, „vyléčit“ ho domluvou, přivést ho zpět k normálu; ve druhé fázi, kdy se jejich snažení neseťká s pozitivní odezvou, rodina sníží kontakt s nemocným a svěří ho do péče odborníků (Matoušek, 1993).

### **3 Provázanost vztahu matky a dcery s poruchou mentální anorexie**

Jak jsem již zmínila, rodina hraje velkou roli jak při vzniku PPP, tak při jejich rozvoji. V této části práce se podrobněji zaměřím na problematiku vztahu dcery, která trpí MA, a její matky. Vztahem mezi dcerou a matkou se myslí vztah trvající od dceřina narození, až po současnost, což je velmi individuální. Existují však určité shodné znaky v těchto vztazích, které můžeme nalézt právě u pacientek s PPP, a právě na ty se v této kapitole budu zaměřovat.

#### **3.1 Charakteristika pacientek s poruchou mentální anorexie**

Mladé dívky s tímto onemocněním bývají často popisovány jako velmi přizpůsobivé, všem vyhovující, úspěšné, perfekcionistické. S rodiči se v rámci svých nesprávných jídelních návyků často dostávají do konfliktů, v souvislosti s jídlem lžou, podvádějí, hledají způsoby, jak se vyhnout jejich pokynům a stravovat se po svém. Rodiče bývají diagnózou překvapeni, poruše nejsou schopni porozumět, dochází mezi nimi k četným konfliktům. Dívky s MA jsou vázány na ujišťování a oceňování od okolí, jejich sebevědomí není v rovnováze. Často se cítí prázdné, bezmocné, neumějí zacházet s negativními emocemi směrem k sobě, ani k ostatním (Kocourková, 1997).

Podle Claude-Pierre (2001) jsou pacienti s MA náchylní k tomu, aby všechny neshody a problémy v rodině urovnávali, jelikož jejich příčiny vidí sami v sobě. Touží po dokonalosti, což pro ně znamená být v souladu s očekáváními společnosti. Takový pacient nemá jasnou představu o své osobnosti a bere na sebe příliš mnoho odpovědnosti.

Dcery mají často celoživotní tendenci vidět své tělo jako viníka všeho zlého, co se jim kdy přihodilo, a je pro ně nepřítelem, kterého by měly kontrolovat (Beattie, 1988).

### **3.2 Charakteristika rodin a matek pacientek s poruchou mentální anorexie**

Podle Krcha (1999) je za rizikový faktor pro vznik MA pokládán výskyt tohoto onemocnění v rodině, v rámci ženských příbuzných. Častý je výskyt nemoci u matek nebo sester pacientek. Výskyt MA u matky je patrný zhruba u 14 % pacientů, celkově se PPP vyskytují v rodinách s přítomností MA čtyřikrát až pětkrát častěji než u ostatních. Anorektičky bývají často prvorozeným nebo posledním dítětem. Krch popisuje „anorektickou matku“ jako osobu, která je nadměrně kontrolující, obtěžující, dominantní, často se z její strany objevují ambivalentní postoje k dítěti, spojené s přílišnou závislostí matky a dítěte. Patologickým přáním takové matky je submisivní a dokonalé dítě. Otec bývá za přítomnosti anorektické matky charakterizován jako pasivní, slabý, někdy dominantní, udržující si emoční odstup. V takové rodině si dcera vytváří alianci s matkou proti otci, i když je závislá na obou rodičích. MA je v kontextu rodiny vnímána také jako obrana před separací dcery od rodičů, zvláště od matky.

Novák (2010) tvrdí, že právě v rodině dochází k vytváření výše zmíněného body image. Považuje za rozhodující v tomto spojení vliv kultury a rodiny. Rodina se podílí na vzniku PPP a posiluje jejich rozvoj. O otázce směřování jedince v PPP, potažmo přímo v MA, často rozhoduje také prezentace ženského genderu v rámci rodiny, a sice to, jak dcera pohlíží na roli matky. Pro rodiče z anorektických rodin je typické, že své dítě považují za dokonalé, neumíněné, hodné, proto je diagnóza MA často překvapí. Dále se vyznačují tím, že od svého dítěte očekávají příliš, kladou veliký důraz na výkon, oceňují je tehdy, když se snaží učinit život rodiny lepší, nevnímají své dítě jako samostatnou bytost. U matek je tento ohled podporován jejich často se objevující frustrací z vlastních nenaplněných ambicí, jsou na dítě velmi náročné, jsou perfekcionistické, přehnaně kritické, nebo naopak necitlivé, pasivní, závislé. Matky často své dcery popisují jako méně atraktivní, než okolí, a obvykle samy trpí PPP – to má za následek nepravdělnou stravu dětí, učení negativních postojů k jídlu, časté obavy o tělesnou hmotnost svých dcer a kontrolování množství potravy, které dcery konzumují.

Rodiče anorektických pacientů bývají v rámci zjištění této diagnózy zoufalí, cítí se bezmocně a nedostatečně, zvláště pokud jsou vystaveni tvrzení, že MA vznikla u dítěte

jejich vinou. Označování rodičů za jediné viníky onemocnění může být nebezpečné jak pro ně, tak pro jejich dítě (Claude-Pierre, 2001).

Matky obvykle nejsou schopné vidět dcery jako bytosti od nich oddělené, mají proto tendenci je více kontrolovat a přivlastňovat si je. Z toho plyne, že matky také do svých dcer více investují, jakožto do narcistického rozšíření sebe sama, projektují do nich své vlastní naděje, strachy, a fantazie o ženskosti. Pokud dcery nedosahují jejich ideálů, cítí se ohrožené, a mají sklony k manipulativnímu a kontrolujícímu chování. V období dceřina dospívání, které bývá spojeno s její zvyšující se atraktivitou, mají obvykle strach, že tím bude narušen jejich do té doby symbiotický, pečující vztah (Beattie, 1988).

### **3.3 Psychodynamická teorie**

Psychoanalytická hypotéza, zakládající svůj pohled na teorii Sigmunda Freuda a jeho modelu mysli, považuje za důležitý faktor vedoucí k MA právě nevyřešený ambivalentní vztah s matkou. Tento proces začíná Oidipovským komplexem, což je období mezi třetím až pátým rokem života dítěte, kdy touží po tom, vlastnit rodiče opačného pohlaví, a zbavit se rodiče pohlaví stejného. Nevědomé fantazie, které se v tomto období objevují, ústí v pomyslný erotický vztah s rodičem opačného pohlaví, a hostilní vztah s rodičem stejného pohlaví. Pokud je však tento komplex a vztah s matkou nevyřešen uspokojivě, může mít trvalé patologické následky. K projevům dochází většinou v období adolescence, kdy dcera není schopna plné sexuální identifikace, separace od matky a navázání zdravého heterosexuálního vztahu. Proti sexuální identifikaci a své ženské roli bojuje skrze jídlo. Dalším modelem ovlivňujícím rozvoj MA je případ, kdy matka zachází s dcerou v kojeneckém období neohledupně – např. ji krmí jen tehdy, když má sama hlad. Není tedy dostatečně vnímavá k jejím potřebám, a proto zde nemůže nastat separačně-individuační fáze vývoje, a dítě tak zůstane vázáno na své rodiče (Kocourková, 1997).

Hostilně-závislý vztah a ambivalentní boj za autonomii a separaci od matky může u ženy trvat celý život, a to vše může probíhat skrz abnormální kontrolu příjmu potravy a tvaru těla. Rovněž se uvádí, že tlak na adolescentní dívky, který je spojen s tloušťkou,

zralým vývojem a zaoblenou postavou, spouští jejich strach z rizik a odpovědnosti, které úzce souvisí s obávanou dospělou ženskou sexualitou. Dieta se také může stát zbraní, výčitkou vůči matce, způsobem, jak v ní vzbudit pozornost, jak ji donutit neustále se o dceru starat, a zároveň je to způsob, jak dát matce najevo, že se dcera brání jejímu ovládnutí a identifikaci s její ženskou rolí (Beattie, 1988).

# PRAKTICKÁ ČÁST

## 1 Cíl výzkumu a výzkumné otázky

Jak jsem již uvedla v předchozí části mé bakalářské práce, zaměřuji se na zkoumání vztahu ve dvojici: matka – dcera, v kontextu psychické poruchy mentální anorexie (MA). Pro hlubší proniknutí do problematiky zde bude třeba postihnout i vztahy v rodině jako celku.

Pro zkoumání tohoto vztahu v souvislosti s MA jsem se rozhodla použít kvalitativní přístup. K získání dat a informací potřebných pro lepší porozumění dané problematice jsem použila polostrukturované rozhovory, jeden vždy probíhal s matkou a jeden s dcerou (odehrávaly se zvlášť, vždy za nepřítomnosti té druhé). Pro podtrhnutí informací, které jsem získala od respondentů při rozhovorech, a pro doplnění jednotlivých případů, jsem se rozhodla použít nestandardizované kresebné techniky, které více popíši později.

### 1.1 Výzkumné otázky

Hlavní výzkumná otázka:

**Jaká je povaha vztahu mezi dcerou s MA a její matkou, v kontextu dceřiny nemoci?**

Specifické výzkumné otázky:

- 1. Jaké byly/jsou okolnosti vzniku a rozvoje MA, v kontextu vztahu mezi dcerou s MA a její matkou?**
- 2. Jaké aspekty měl/má vztah mezi dcerou s MA a její matkou v období propuknutí nemoci?**
- 3. Jaký byl/je vztah mezi dcerou s MA a její matkou?**



#### 4. Co přinesla MA do vztahu mezi dcerou s MA a její matkou?

## 2 Výzkumný vzorek

Výzkumný vzorek je tvořen celkem 8 respondenty, resp. čtyřmi dvojicemi respondentů. Dvojice se vždy skládá z dcery a matky. Věk respondentů je různý, u dcer od 17 do 25 let, u matek od 41 do 51 let. Bydliště dvojic je taktéž různé, jedna dvojice pochází ze Sokolova, další z Kutné Hory, z Plzně a z Prahy.

Respondentky pro tento výzkum byly vybrány pomocí záměrného kritériálního výběru, přičemž kritériem bylo, aby dvojici vždy tvořila dcera, která má osobní zkušenost s psychickou poruchou MA, a její matka, a aby byly obě schopné a ochotné otevřeně hovořit o MA, o svém vzájemném vztahu v kontextu onemocnění a o své rodině obecně.

Respondentky jsem sehnala prostřednictvím internetu, a sice pomocí internetového fóra na webové stránce pro dívky. Na tomto fóru se vyskytuje mnoho témat, zaměřila jsem se na taková, v nichž figurovala MA, kde si dívky sdělovaly své zkušenosti, názory a pohledy na tuto problematiku. Na základě členství v tomto fóru jsem kontaktovala cca 50 dívek, které zde pravidelně přispívaly. Vždy jsem uvedla své jméno, a důvod, proč jsem je oslovila, vysvětlila jsem ve zprávě také, co je smyslem mé bakalářské práce a výzkumu. Na základě toho jsem si domluvila schůzku se čtyřmi dívkami a jejich matkami, které souhlasily se všemi náležitostmi, přičemž jsem jim dala najevo, že za nimi ráda kamkoliv přijedu rozhovor udělat.

Snažila jsem se poskytnout různorodý soubor, proto se v něm objevují rozdíly ve věku respondentek dcer, v délce trvání MA, i v časovém odstupu od doby, kdy si touto nemocí prošly. V následujících tabulkách jsou znázorněny demografické údaje respondentek, přičemž Tabulka č. 1 se týká údajů dcer a Tabulka č. 2 údajů jejich matek. Každá dvojice má své pořadové číslo, např. první dvojici tvoří respondentka dcera 1 (R1D) a matka 1 (R1M), atd. S ohledem na anonymitu všech respondentek nikde neuvádím jejich jména.

**Tabulka č. 1**

Respondent	Věk	Rodinné zázemí	Status	Přibližná délka trvání MA	Období trvání MA
R1D	25	neúplná rodina	studující	0,5 – 1 rok	14 – 15 let
R2D	19	neúplná rodina	pracující	2 roky	16 – 18 let
R3D	24	úplná rodina	studující	5 let	13 – 18 let
R4D	17	úplná rodina	studující	1 rok	14 – 15 let

**Tabulka č. 2**

Respondent	Věk	Rodinný stav	Zaměstnání	Počet dětí
R1M	48	rozvedená	okresní soud	1
R2M	41	rozvedená	prodavačka	2
R3M	51	vdaná	lesnictví	3
R4M	45	vdaná	prodavačka	2

### 3 Použité metody

#### 3.1 Polostrukturovaný rozhovor

První a hlavní použitou metodou k získání dat byl nestandardizovaný polostrukturovaný rozhovor. Rozhovory byly ve všech případech nahrávány na diktafon a později doslovně přepsány. Použila jsem vždy jiný rozhovor pro dceru a jiný pro matku – otázky byly podobné, pouze jinak formulované. Každý rozhovor byl rozdělen na čtyři části. První část obsahovala pouze krátkou charakteristiku respondentky, abych zjistila jaký je její věk, zda studuje či pracuje, a v případě dcery také přibližné trvání

jejího onemocnění a období, kdy nemoc probíhala. Druhá část se vždy zaměřovala na samotnou nemoc, její vznik a vývoj, a na to, jak ji obě respondentky prožívaly. Třetí část se týkala rodiny, rodinných vztahů, výchovy, struktury rodiny a její spojitosti s MA. Poslední část je zaměřena přímo na souvislost MA se vztahem matka – dcera. V odpovědích se mi podařilo zachytit názory, myšlenky, vzpomínky a postoje respondentek, mnohdy bylo zajímavé porovnat, jak určité události prožívá matka, a jak dcera. Základní seznam otázek i přepsané rozhovory jsou uvedeny v příloze.

### **3.2 Kresebné techniky**

Jak jsem již uvedla výše, druhou metodou, spíše doplňkovou, byly kresebné techniky. Jednalo se o nestandardizovanou techniku, která vznikla spontánně, a jejím cílem bylo obohatit výzkum a informace získané z rozhovorů.

Po každém rozhovoru jsem se zeptala respondentky dcery, zda bych ji mohla požádat, aby nakreslila na čistý papír A4 tužkou sama sebe v době, kdy trpěla MA, kdy jí bylo nejhůře. Poté měla papír otočit a na druhou stranu nakreslit sama sebe, jak se vidí právě teď. O totéž jsem poté požádala i její matku, tzn. i matka kreslila svou dceru v nejhorším období, a poté v současnosti. Bylo zajímavé porovnávat kresby dcery a matky, a taktéž zahrnout jejich obsah do celkového obrazu dvojice respondentek.

Interpretaci těchto kresebných metod a všechny jejich výstupy jsem před uvedením konzultovala s Mgr. Janou Kouřilovou, Ph.D., která v současné době přednáší na katedře Arteterapie, na Pedagogické fakultě Jihočeské univerzity.

Tato technika byla pro všechny respondentky dobrovolná. Kresby se mi podařilo získat od dvou dvojic respondentek, zbylé dvě dvojice tuto aktivitu odmítly, a připadalo mi nevhodné je ke kreslení nějakým způsobem nutit nebo přesvědčovat.

Popis všech získaných kresebných metod je uveden v příloze.

## 4 Způsob zpracování dat

Sebraná data byla zpracovávána pomocí otevřeného kódování a techniky výkladu karet. Rozhovory byly doslovně přepsány podle nahrávky v diktafonu, pojmenovány, a očíslovány v pořadí, v jakém byly prováděny, např. RD1 (respondentka dcera 1), RM1 (respondentka matka 1), atd.

Všechny rozhovory jsem si pečlivě přečetla, utvořila z nich jednotlivé dvojice a na základě toho se jim postupně věnovala. Kódování probíhalo ručně, pomocí metody „papíru a tužky“.

Vzniklé kódy jsem postupně zapisovala do tabulky. Po provedení kódování jsem všechny kódy sloučila, a rozdělila je do čtyř kategorií:

- 1) Okolnosti vzniku a rozvoje MA
- 2) Okolnosti propuknutí a průběhu MA
- 3) Rodinné vztahy a vztah s matkou
- 4) Vztah s matkou v souvislosti s MA

Všechny kategorie budou později podrobně popsány, opatřeny citacemi přímo z provedených rozhovorů, a s jejich pomocí budu zodpovídat a vysvětlovat stanovené výzkumné otázky. Hlavní výzkumná otázka bude vysvětlena jako poslední, a její popis bude shrnutím dosavadních informací získaných ze zodpovězení specifických výzkumných otázek.

V rámci popisování výsledků se budu věnovat také kresebným metodám.

## 5 Výsledky

### 5.1 Kategorie: Okolnosti vzniku a rozvoje MA

Definováním kategorie Okolnosti vzniku a rozvoje MA bych chtěla objasnit specifickou výzkumnou otázku č. 1: Jaké byly/jsou okolnosti vzniku a rozvoje MA v kontextu vztahu mezi dcerou s MA a její matkou? Do této kategorie zařazuji kódy, které nějak souvisí se začátkem onemocnění, s motivy, důvody, příčinami, které

respondentky uvedly jako důležité v rámci vzniku a prvotního rozvoje MA. V této kategorii jsem definovala celkem 13 kódů.

Kód/Respondent	R1D	R1M	R2D	R2M	R3D	R3M	R4D	R4M
Nespokojenost s vlastním tělem	X				X		X	
Omezené možnosti	X							
Zdravotní obavy	X							
Dieta spolu s matkou	X							
Touha být moderní	X							
Touha po pochvale od vrstevníků	X		X		X			X
Snaha utajit své nové stravovací návyky	X						X	
Snaha nepřipouštět si přítomnost nemoci	X				X		X	
Problémy s jídlem již v útlém věku		X						
MA jako reakce na posmívání ze strany vrstevníků		X						
Touha mít postavu jako modelka		X						
Dobrý pocit z vynechání jídla					X			
Důraz na emancipaci, nepřijetí tradiční ženské role					X	X		

Některé respondentky (R1D, R3D, R4D) označily za faktor, jenž je vedl ke změně jídelního chování a později k rozvoji MA **nespokojenost se svým tělem**. Zmíněné respondentky uvedly, že byly obézní již na základní škole, a někdy kolem 14. roku,

v období puberty, jim tento vzhled začal vadit, zejména kvůli nezájmu spolužáků a pocitu neatraktivnosti.

*Ono to bylo tak, že v té době, když mi bylo 14, tak jsem vážila o 20 kg víc, než mám teď. Takže jsem byla poměrně taková kulička, takže mi to začalo vadit, co se týče samozřejmě kluků, že si tě nikdo nevšimá s takovým tělem, protože jsi neatraktivní. (R1D, 1-3)*

*Na základce jsem byla obézní, pak se to ještě zhoršilo, bylo to kvůli tomu, že se mi změnila hladina hormonů v těle. V osmé třídě jsem byla opravdu tlustoch. (R3D, 101-103)*

*Bylo mi asi 14. Jen si pamatuju, že mě strašně štvalo špiček na břicho, takový to, co se udělá, když si člověk sedne, to, co mají vždycky všichni. Tak jsem si řekla, že bych to asi měla nějak zlikvidovat. (R4D, 1-3)*

Pouze respondentka R1D uvedla jako motiv ke ztrátě hmotnosti také **omezené možnosti**. Konkrétně se jednalo v tomto případě o sníženou možnost koupit si na sebe vhodné oblečení v běžném obchodě, v době, kdy byla respondentka obézní.

*...nebo mě štvalo, že si nemůžeš skoro ani oblečení koupit, mě skoro nic nikde nebylo. (R1D, 4)*

Tatáž respondentka (R1D) uvedla jako důvod také **zdravotní obavy**, a sice doporučení od lékaře, aby začala svou obezitu nějakým způsobem řešit.

*...ještě já jsem kardiak, takže by pro mě bylo blbý kvůli srdci nějak dál tloustnout, a jednou mi i doktorka řekla, že kdybych dál tloustla, že by to nebylo dobrý. (R1D, 5-6)*

Zajímavá byla také u respondentky R1D **dieta spolu s matkou**, která byla zahájením změny v jejím jídelním chování. Tato výpověď poutá pozornost na vztah s matkou, na vzájemnou symbiózu, na potřebu podpory ze strany matky v této zásadní životní změně.

*...jsme se dohodli s mamkou, že zhubneme spolu trošku. (R1D, 8)*

Předchozí zmínka o dietě spolu s matkou se váže také k dalšímu kódu, kterým je **touha být moderní**. Týká se způsobu, jak respondentka R1D začala hubnout, který byl v té době in, byl součástí masivní reklamy na instantní hubnoucí nápoje, které v televizních spotech představovaly slavné osobnosti jako zaručený přípravek na redukci hmotnosti „bez práce“.

*A to si vzpomínám tehdy, byl moderní hodně ten nápoj, ultra fit and slim, to se pilo, na redukci váhy, to jsme si vždycky rozmíchali ve vodě. (R1D, 8-10)*

Důvodem pro úbytek váhy, který byl zmíněn polovinou respondentek jako zásadní, je **touha po pochvale od vrstevníků**. Respondentky (R1D, R2D, R3D, R4M) uvedly, že úbytek hmotnosti byl žádoucí pro větší zájem spolužáků a pro zvýšení prestiže v kolektivu.

*To jsem měla najednou 50 kg, když jsem přišla v září do školy, a všichni mi to chválili, jak jsem krásně zhubla. A to mě namotivovalo ještě víc, takže jsem si řekla, že by to chtělo ještě dalších 10 kg, že to ještě není dost. (R1D, 15-18)*

*Tak začalo to fakt nevinně. Jak jsem řekla, šlo mi jen o to zhubnout několik kg, abych se líbila sobě i ostatním. (R2D, 7-8)*

*Jsem si jistá, že mi holky záviděly – byla jsem štíhlá, měla jsem nejlepší prospěch, reprezentovala jsem školu v hodně oborech a vydělávala jsem peníze zpěvem. (R3D, 29-31)*

*...chtěla být hubená kvůli sobě, nebo kvůli spolužákům, to já nevím, to nám neřekla. (R4M, 28-29)*

U dvou respondentek (R1D, R4D) se kromě jiného také v počátečním rozvoji nemoci projevila **snaha utajit své nové stravovací návyky**. Často nezdravé diety sloužící k rychlé redukci váhy a přehnané fyzické aktivity přispěly k úbytku hmotnosti, který u respondentek holdujícím těmto návykům vyvolal pocit úspěchu a motivovanosti do pokračování tímto způsobem. U jejich rodin (popř. matek) se však objevily obavy o jejich zdraví, proto se respondentky MA uchýlovaly k různým trikům, maskování, tajnostem, zapírání, apod., aby si uchovaly své nové návyky.

*Samozřejmě doma jsem musela předstírat, že jím všechno, takže jsem si schovávala jídlo do ubrousků, nebo různě po pokoji, a pak jsem je chodila vyhazovat do záchodu, aby to vypadalo, že jím. A občas, když jsem na to zapoměla, se stalo, že mi třeba mamka našla pod polštářem kus řízku, to pak bylo zle. (R1D, 21-25) On se člověk v tomhle stádiu už pak naučí všechno kamuflovat, lhát, jen aby nemusel jíst. Ale vím, že jsem tehdy hrozně nechtěla, aby na to někdo přišel, tak jsem si pořád vymýšlela tyhle triky. (R1D, 28-30)*

*Dlouho se mi dařilo to nějak maskovat, že nemám hlad, že mi není dobře. (R4D, 92)*

**Snaha nepřipouštět si přítomnost nemoci** se projevila u výpovědí tří respondentek (R1D, R3D, R4D), které uvedly, že někde uvnitř v sobě tušily, že jejich chování a myšlenky nejsou zcela v pořádku, a že mají problém. Nechtěly si však přiznat závažnost situace, protože věděly, že by pak byly vystaveny léčbě, konflikty s rodinou (popř. matkou), a změnám v jídelních návycích.

*Já si myslím, že už v té škole tehdy po prázdninách jsem si začala uvědomovat, že je něco špatně, když ty ostatní lidi tam normálně jí a svačí, a já ne. A že mi padají vlasy, že nejsem prostě v pohodě. Takže podle mě jsem to věděla, ale nechtěla jsem si to připustit. (R1D, 32-35)*

*Já myslím, že jsem si uvědomovala postupem času a tím, jak jsem hubla, že už to není v pořádku. Nějak kolem těch 15 let. Ale nešlo s tím nic dělat, tlustá jsem být nechtěla, tak jsem hubla dál. (R3D, 5-7)*

*Já bych řekla, že jsem to věděla celou dobu. Jenom jsem si naivně myslela, že se zmizelým špičkem v pohodě s hubnutím skončím. Bylo mi jasné, že nehubnu správným způsobem, a že tam prvky anorexie jsou, ale tehdy mi to bylo asi jedno. (R4D, 9-11)*

Jedna respondentka (R1M) uvedla jako příčinu vzniku MA **problémy s jídlem již v útlém věku**. Tvrdila, že její dcera měla hned po narození srdeční problémy, a musela na operaci, aby mohla začít přijímat potravu jako normální zdravý novorozenec, což do té doby nebylo možné.



*Pro mě to úplně začalo tím, že když se narodila, tak nejedla. Takže byl problém s jídlem odmala. (R1M, 4-5) Ona tehdy byla na operaci srdce, protože jí tekla krev všude do těla, tak nejedla. Takže pak začala jíst, po tom roce, a po tý operaci co měla za sebou. (R1M, 7-8)*

Tatáž respondentka (R1M) uvedla, že pro ni je **MA jako reakce na posmívání ze strany vrstevníků**. Tento kód je podobný kódu uvedenému výše, který se týká touhy po pochvale od vrstevníků. Zde zmíněný kód může být doprovodným pro onen první.

*To jsme nějak nereflektovali úplně, ale asi se jí zřejmě potom, když byla starší, začali kamarádi a spolužáci ve škole posmívat, nebo prostě narážky nějaký, že je tlustá, proto prostě přestala jíst. (R1M, 9-11)*

Zarážející bylo, že pouze jedna respondentka (R1M) uvedla jako příčinu kód **touha mít postavu jako modelka**. Její přesvědčení, že MA pramení z potřeby po dokonalém těle, po ideálu krásy, se netýkalo pouze případu její dcery, ale zobecnila jej na většinu mladých dívek v dnešní době.

*Takže si říkám, jak to musí bejt hrozný, kolikrát se na to dívám v televizi nebo v časopise, jak ty dívky dneska s tím bojujou, víc a víc. A maj to v tý hlavě nějak převrácený, to prostě jediná naděje je psychiatr. Když dneska vidíte ty modelky, to je hrůza. (R1M, 40-43)*

**Dobry pocit z vynechání jídla** byl také uveden pouze jednou respondentkou (R3D), která při rozhovoru popisovala začátek své nemoci, kdy měla uspokojivý pocit z toho, když nejedla, a proto v tom pokračovala i nadále.

*Tohle ráno bylo hnusně a mně se udělalo špatně. Dala jsem si jen čaj. Celý den jsem pak ve škole nic nejedla, a bylo mi fajn. Večer jsem si taky nic nedala. A další ráno zase nic. Prostě jsem přestala jíst, jen tak. (R3D, 2-4)*

Zajímavým kódem zůstává poslední, a sice **důraz na emancipaci, nepřijetí tradiční ženské role**. Váhala jsem, kam tento kód zařadit, ale měla jsem pocit, že by mohl souviset nejspíše s příčinami a vznikem MA, i když byl ve dvou případech (R3D, R3M) uveden spíše jako charakteristika rodinných poměrů a výchovy. Dle teoretické

části této práce se ale týká kulturních faktorů, a feministické teorie jej popisují jako jednu z příčin vzniku MA.

*Četla jsem, že anorexie souvisí s nepřijetím ženské role. Myslím si, že je na tom dost pravdy. Vždycky mě štvalo, jaké požadavky jsou kladeny na ženy, jak jim každý chlap kouká jen pod sukni. Nechtěla jsem být ženou. Nechtěla jsem být sexuálním objektem každého blbce. Vadilo mi, jak se na mě dívají jako na ženu. Dnes jsem celkem sebevědomá, emancipovaná žena. Chlapům se vysmívám, jsou mi ukradení. Vlastně ani moc žensky nepůsobím. Nenosím podpatky, nemám prsa, ale líčím se a mám dlouhé vlasy. Nikdy bych si nevzala třeba korzet. Připadala bych si jako svá vlastní karikatura, a na to jsem moc hrdá. (R3D, 151-158)*

*My jsme ženy, které nejsou závislé na mužích, dokážeme se o sebe postarat dobře, i o své blízké. (R3M, 68-69)*

## 5.2 Kategorie: Okolnosti propuknutí a průběhu MA

Definováním kategorie Okolnosti propuknutí a průběhu MA bych chtěla objasnit specifickou výzkumnou otázku č. 2: Jaké aspekty měl/má vztah mezi dcerou s MA a její matkou, v období propuknutí nemoci? Do této kategorie zařazuji kódy, které nějak souvisí s průběhem nemoci, s fyzickými i psychickými projevy, s prožíváním nemoci, s léčbou, apod. V této kategorii jsem definovala celkem 18 kódů.

Kód/Respondent	R1D	R1M	R2D	R2M	R3D	R3M	R4D	R4M
Výčitky spojené s jídlem	X							
Zdravotní problémy	X	X	X		X		X	
Psychické problémy	X						X	X
Nezájem o muže	X		X					
Matka vyhrožuje návštěvou lékaře	X	X						

Zlepšení díky podpoře rodiny	X		X	X	X	X		X
Myšlenky na sebevraždu	X							
Potřeba dodržovat své stravovací návyky	X							
Přesvědčení o nevratnosti MA	X	X	X	X			X	X
Přesvědčení o vratnosti MA					X			
Problémy s jídlem i po odeznění MA		X			X	X		
Opakovaná léčba MA			X					
Navazování vztahů s lidmi s MA			X					
Díky MA nalezení vztahu sama k sobě			X		X			
Při MA podpora sourozencem			X					
Negativní zkušenost s psychiatrem					X		X	
Pocit nepochopení							X	
Doprovodné psychické problémy							X	X

Prvním kódem v této kategorii jsou **výčitky spojené s jídlem**. Respondentka R1D uvedla, že i když je v dnešní době z MA úspěšně vyléčená, a tento stav trvá cca 10 let, myšlenky týkající se jídla a výčitky spojené s jídlem má dodnes. Výčitky se týkají zejména situací, kdy sní více jídla, než by jí v určité situaci stačilo, nebo když si dá něco navíc.

*Možná, že už ten listopad, prosinec, že to už jsem začala víc jíst, ale v té hlavě to bylo pořád. Pořád jsem si to hodně hlídala, i podle kalorických tabulek, a pořád jsem cvičila jako magor. Takže konec jako takovej to určitě nebyl, protože jsem blbla dál. A*

*není to tak dávno, co jsem si ještě vyčítala, že jsem si dala větší porci jídla, než jsem musela. (R1D, 45-49)*

Co se týče **zdravotních problémů** spojených s onemocněním MA, popisovalo je celkem 5 respondentek (R1D, R1M, R2D, R3D, R4D). Jednalo se o zdravotní komplikace nebo projevy strádání organismu, z nichž většina se po uzdravení vrátila do normálu.

*Tak určitě si vzpomínám, že mi byla pořád zima. Pořád jsem si ve škole sedala na topení, nemohla jsem se zahřát, a to mám do dneška, že jsem v zimě vždycky oteklá, i když mám na sobě několik vrstev. Potom určitě mi začaly vypadávat vlasy, lámaly se mi nehty. (R1D, 50-53)*

*Napřed měla takový výkyvy, samozřejmě vypadávání vlasů, žádná menstruace, nálady úplně rozhozenost. (R1M, 17-18)*

*Začaly mi hrozně padat vlasy, lámaly se mi nehty. Ztratila jsem menstruaci. A hlavně, byla mi neuvěřitelná zima. (R2D, 11-12)*

*Dodnes mi zůstala jen nepravidelná menstruace. Menstruovala jsem od svých asi 10ti let, v těch 13ti jsem přestala, a cyklus se mi spustil až v období maturity, a to jen slabě. (R3D, 44-45)*

*Třeba mi pořád bublá v břiše. Nebo kručí, i když jsem najedená. A taky se mi pořád nedaří schovat ty nechutně vylezlý kyčle. (R4D, 26-27)*

O **psychických problémech** se zmínily tři respondentky (R1D, R4D, R4M), nejčastěji se jednalo o změny nálad, podrážděnost, deprese. Tyto problémy byly také zdrojem četných konfliktů s rodinou (popř. matkou).

*A komplikace, teda byly i z psychický stránky, byla jsem strašně protivná, na všechny. I ve škole, na mamku, pořád jsem byla podrážděná, smutná, doma jsem často seděla v koutě a myslela jsem jenom na jídlo, na to jak chci umřít, jak se nechci trápit, a tak. (R1D, 57-60)*

*A bojím se padesátky na váze. (R4D, 27)*

*...jsme si říkali doma, že asi má nějaký starosti, že pořád nechtěla jídlo a pořád byla taková smutná, a moc s náma nemluvila. (R4M, 4-5)*

**Nezájem o muže** byl podle dvou respondentek (R1D, R2D) také spojen s jejich nemocí. Soustředili se v té době pouze na jídlo a vše kolem něj.

*Já paradoxně vlastně jsem chtěla být na jednu stranu hubená kvůli těm klukům, ale pak v té době, kdy jsem byla nemocná, mě vlastně vůbec nezajímali. Protože jsem pořád myslela jen na jídlo, a kluci mi byli fuk. Ale v té době jsem neměla žádnéj vztah, tak to asi moc neovlivnilo, ta nemoc. (R1D, 61-64)*

*V průběhu mentální anorexie, byli chlapi to poslední, co jsem řešila. Měla jsem jen jednu krátkodobou známost. Muži mě tehdy absolutně nezajímali. (R2D, 15-16)*

U dvou respondentek (R1D, R1M) byla zmíněna situace, kdy **matka vyhrožuje návštěvou lékaře**. Jednalo se o tom v případě jedné dvojice, kdy tato reakce matky byla snahou přimět dceru k tomu, aby dostala strach z hrozící léčby, a začala svou neúnosnou situaci nějakým způsobem řešit.

*A já jsem nastavila váhu, aby vážila víc. Jenže mamka na to samozřejmě přišla, takže mi tehdy řekla, že jestli zhubnu jedno kilo ještě, že pojedeme k doktorovi. (R1D, 72-74)*

*Samozřejmě jsme se jí snažili podporovat ze všech stran, ale nedala si říct, protože samozřejmě pořád říkala, jak je tlustá. Tak jsem pak řekla, pokud nezačneš nějak jíst, nebo něco, tak tě k doktorovi odvezu já sama. Byla jsem schopná jí tolerovat tejdén, 14 dní maximálně, a odvézt jí. (R1M, 19-22)*

**Zlepšení díky podpoře rodiny** je kódem, který uvedlo celkem 6 respondentek (R1D, R2D, R2M, R3D, R3M, R4M). Podpora rodiny byla v těchto případech založena na jejich povzbuzení, ochotě vyslechnout, snaze pomoci, i v tak závažné situaci jako je onemocnění MA. Je překvapivé, že přestože některé respondentky matky neměly do té doby s MA co dočinění, zachovaly se instinktivně takovým způsobem, aby svým dcerám pomohly uvědomit si situaci a uzdravit se.

*Jenže tehdy mi v tom zlepšení hodně pomohla rodina, a kamarádi. Rodina mi hodně pomohla v tom, že se mi třeba přizpůsobili v tom vaření, začali vařit víc zdravě, a vyhověli mi v tom, že jsme začali odsávat tuk ze smažených věcí. A tím mě vlastně docela k tomu jídlu navedli, tou podporou. Nebo že třeba porce si můžu nandávat sama, tolik, kolik si myslím, že sním. (R1D, 76-81)*

*Rozhodně se mi snažili pomáhat. Rodina mi byla v mojí nemoci obrovskou podporou. Chodili za mnou do nemocnice, a pak mě jezdili navštěvovat i do léčebny. Bez kontaktu s nima, bych to nikdy nezvládla. (R2D, 60-62)*

*Snažila jsem se být před ní silná. Snažila jsem se jí motivovat. Snažila jsem se být jí oporou. (R2M, 17-18) Jezdila jsem za ní, jak nejčastěji to jen šlo. Když jí to lékaři dovolili, brala jsem jí domů na víkendy, které jsme si společně užili. Volala jsem jí každý den. Snažila jsem se jí pomoci. (R2M, 22-24)*

*Slíbila jsem jí (pozn.: matce), že kvůli ní budu teď už jíst, ale nechci ztloustnout, chci si váhu udržet. Bylo to pro mě těžký, jedla jsem vždycky před ní, povídaly jsme si o tom, a tak jsem to překonala. (R3D, 64-66)*

*...myslím, že jsem udělala, co jsem mohla, pro to, aby se z toho dostala. (R3M, 46-47)*

*To jsme jí tehdy právě hodně kontrolovali, jak jsem říkala, to bylo sice těžký, ale muselo to být, ona by to sama asi nedokázala, si to jídlo hlídat. (R4M, 66-67)*

Jedna respondentka (R1D) uvedla jako významnou okolnost své nemoci **myšlenky na sebevraždu**, které se týkaly nenávisti k její postavě a posedlosti tím, být hubená.

*V tu dobu jsem měla taky heslo, že radši budu mrtvá, než tlustá, a často jsem přemýšlela, co kdybych skočila pod auto, nebo pod vlak, co by se stalo, a tak. A když si na to vzpomenu, tak pořád vidím temno, vidím nůž s krví, vidím prášky, protože jsem si tehdy říkala, že kdybych se chtěla zabít, že spolykám prášky. (R1D, 89-93)*

Pro tutéž respondentku (R1D) byla podle její výpovědi velice důležitá **potřeba dodržovat své stravovací návyky**, které se však lišily od návyků její rodiny (popř. matky), a proto docházelo také k četným konfliktům mezi nimi.

*Nebo jsem si někde přečetla, že je ideální jíst po 2,5 hodinách, a tehdy jsem si to odpočítávala přesně na minuty, a nutně jsem to potřebovala dodržovat. A nedej bože, když bylo nějaký zpoždění, to jsem byla nepřičetná. A to jsem pak měla nervy i doma, že jsem potřebovala nutně oběd v určitou dobu, ale mamka ještě neměla vařeno, a já jsem dělala scény. (R1D, 98-103) Třeba v tom stylu, že jsem si naplánovala, co budu ten den jíst, aby to bylo nějak vyvážený, třeba jsem si naplánovala, že budu mít odpoledne ke svačině müsli s jogurtem, a třeba jsem byla doma, přišla mamka, a koupila čerstvý koláčky. A ve mně se to začalo mlátit, to jsem najednou bojovala s tím, jestli si dát podle plánu to zdravý jídlo, anebo si vzít ten koláček, protože je zrovna čerstvej. (R1D, 117-121)*

Překvapivé byly odpovědi týkající se možnosti opakovaných problémů s MA. Většina respondentek (R1D, R1M, R2D, R2M, R4D, R4M) projevila **přesvědčení o nevratnosti MA**. Přestože ne ve všech případech bylo toto vyslovené přesvědčení stoprocentní, vyjadřovaly se celkově spíše optimisticky.

*Ale myslím si, že bych do toho znova už nepadla tolik, jako tehdy, to moje rodina by si hodně začala všímat, kdybych začala blbnout. Takže teď si myslím, že už ne, ale tak dva roky zpátky, by se to možná ještě stát mohlo. (R1D, 124-126)*

*No určitě bych byla nerada, kdyby se to znova vrátilo, ale věřím tomu, že je natolik dospělá a rozumná, že si dokáže odůvodnit, proč jí, že nejí proto, aby měla o kilo víc nebo míň, ale že to tělo jídlo potřebuje i k životu, a že taky ženská se určitě nějak vyvíjí a formuje. (R1M, 35-38)*

*Ted' už vážně ne. Naučila jsem se jídlo milovat a miluju ho pořád. (R2D, 32)*

*Myslím si, že dcera už je z toho venku. Ano, sice teď je možná se svou postavou nespokojená, jak říká, ale moc jí to sluší. A doufám, že už se to nevrátí. (R2M, 30-32)*

*Těžko říct, na jednu stranu mě zahřeje, když vidím na váze nižší číslo, ale zase nemám problém se cpát vším možným a nemít u toho špatnej pocit. Úrodná půda na to je, ale osobně si nemyslím, že bych v blízky budoucnosti měla zase bláznit. Jsem se sebou spokojená. (R4D, 56-59)*

*To nevím, jestli je vyléčená na 100%, ale určitě nějak jo, jinak by nejedla, ona teď doma sní všechno, i ve škole říkala, že už jí, a že je v pohodě. Tak to snad už ne. (R4M, 39-41)*

Naopak **přesvědčení o vratnosti MA** projevila jedna respondentka (R3D), podle které je určitě možné, aby se u ní nemoc objevila znovu, dokonce se vyjádřila tak, že má dodnes tendenci udržovat si tělo štíhlé, skoro na hranici dřívější vyhublosti.

*V hlavě to totiž člověk má pořád, a myslím, že se anorexie vyléčit nedá. V současné době nemám váhu, odmítám se vážit, protože vím, že bych z toho měla deprese. Nosím velikost oblečení 36/38, mám hodně svalové hmoty, tuku minimum. Nikdy toho nesním tolik, abych si to musela vyčítat. Na to jsem moc zásadová a svědomitá. (R3D, 72-76)*

Tři respondentky (R1M, R3D, R3M) vyjádřily takový názor, že **problémy s jídlem i po odeznění MA** stále přetrvávají. Jedná se většinou o psychické problémy, o snahu udržovat si postavu alespoň štíhlou, když ne hubenou. Jsou to občasné myšlenky zaměřené na jídlo, které se u respondentek dcer čas od času objeví.

*Ale občas ještě teď má takový výkyvy, jako „ježiš, já mám břicho“. (R1M, 50)*  
*Občas plánuje hodně jídlo, že ještě něco někde podvědomě tam je, ale nemá celkově problémy s jídlem. (R1M, 53-54)*

*Jím málo, ale pro mě je to hodně. Jsem vystavená permanentnímu stresu, nestíhám nic, natož jídlo. (R3D, 50-51)*

*...a vím, že i dnes si postavu udržuje, prostě to tak má. (R3M, 113-114)*

U většiny respondentek k oficiální léčbě nedošlo, ale pouze k návštěvě dětského lékaře či psychologa. U jedné respondentky (R2D) však proběhla **opakovaná léčba MA**, odehrávající se v psychiatrické léčebně.



*Ano, když jsem vážila 40 kilo, nemocnice mě poslala do Léčebny v Havlíčkově Brodě, abych se šla léčit. Byla jsem tam 3 měsíce. Jak poprvé, tak i podruhé. Léčba probíhala formou vykrmování. (R2D, 17-19)*

Tatáž respondentka (R2D) také uvedla, že má zkušenost s **navazováním vztahů s lidmi s MA**, a to právě díky opakovanému pobytu v léčebně, kde poznala mnoho osob s podobnými problémy.

*Upřímně, pozitivní věc, co mi léčebna dala, byli skvělí kamarádi. Poznala jsem tam spoustu nových lidí, na které mám krásné vzpomínky. (R2D, 20-21)*

**Díky MA nalezení vztahu sama k sobě** je kód, který uvedly celkem dvě respondentky (R2D, R3D). Zmínily se o tomto prozření v tom smyslu, že díky překonání MA si uvědomily spoustu věcí týkajících se jejich nitra, a že jsou díky tomu schopné samy sobě lépe porozumět.

*Ale děkuji zase osudu za takovou zkušenost, změnilo mě to, a díky tomu jsem taková, jaká jsem teď. (R2D, 27-28)*

*Byla to etapa mého života, kterou jsem přijala, netajím se s ní. Kdybych si tím nikdy neprošla, tak bych nebyla tím, kdo jsem teď. (R3D, 77-79)*

Pro respondentku R2D byla důležitá **při MA podpora sourozencem**, a sice sestrou, se kterou má velmi dobrý vztah. Jedná se o kód podobný předchozímu týkající se zlepšení díky podpoře rodiny.

*Mám starší sestřičku. Bereme se jako sestry, vážíme si každého okamžiku, kdy jsme spolu. Hodně mě tehdy v nemoci podržela. (R2D, 49-50)*

Zajímavé byly také výpovědi dvou respondentek (R3D, R4D) ohledně **negativní zkušenosti s psychiatrem**. Přístup odborníků je při léčbě této problematiky velmi důležitý, a v těchto případech respondentkám nevyhovoval, což byl také důvod, proč do oficiální léčby nikdy nevstoupily, a je možné, že se se svými psychickými problémy budou potýkat i nadále.

*Paní na psychiatrii se mnou jednala jako s totální krávou. Jako bych neměla duši, svoje práva, svou osobnost, nic. Pro ni jsem byla jen blbka, která nemá co na práci, a tak nežere. Ptala se mě pořád jen na jídlo a mě to vytáčelo. (R3D, 55-57)*

*Právě, i psychiatr nebo psycholog pro děti je v Plzni dost vytíženej, a to si nemyslím, že by na poměry ČR byla Plzeň malý město. A třeba takový Strakonice, tam jsme objevili jen jednu paní. A mezi náma, takovou fúrii jsem snad nepotkala. (R4D, 38-41)*

**O pocitu nepochopení**, ze strany okolí, rodiny, spolužáků, ale i jiných dospělých, se zmínila respondentka R4D.

*Hlavně mají všichni strašně jednoduchý řešení a všichni jsou děsný profíci. (R4D, 47)*

Dvě respondentky (R4D, R4M) se vyjádřily také k doprovodným psychickým problémům, konkrétně k panické atace, kterou trpí jedna z účastnic. Ani pro tuto poruchu zatím nenašla vhodnou léčbu.

*Problém je v tom, že nekontrolovaně omdlívám, takže jsou i problémy se školou, s intrem. Prostě jdu a najednou bum a je to. Nepotřebuju žádný podnět, důvod, nic. A dozvím se, že jsem omdlela, až když se proberu, takže když omdlím třeba na přechodu, nebo ve sprše, je to docela děsný. (R4D, 134-138)*

*Ale u ní je to pořád něco, já nevím, jestli vám říkala, že teď zase má to, že omdlívá, a nevíme proč, jestli se jí prostě nějak vždycky udělá špatně, a někde omdlí, i třeba na ulici. (R4M, 24-26)*

### **5.3 Kategorie: Rodinné vztahy a vztah s matkou**

Definováním kategorie Rodinné vztahy a vztah s matkou bych chtěla objasnit specifickou výzkumnou otázku č. 3: Jaký byl/je vztah mezi dcerou s MA a její matkou? Do této kategorie zařazuji kódy, které nějak souvisí s celkovým modelem rodiny,

s jejími členy, strukturou, komunikací, vzájemnými vztahy, výchovou, apod. V této kategorii jsem definovala celkem 18 kódů.

Kód/Respondent	R1D	R1M	R2D	R2M	R3D	R3M	R4D	R4M
Matka jako nejdůležitější osoba	X				X		X	
Rozvod rodičů	X		X	X				
Otcova role spíše pasivní	X	X			X	X	X	X
Autoritativní styl výchovy	X	X						
Snaha matky vychovat dceru k obrazu svému	X		X			X		
Negativně prožívané odloučení dcery od matky	X	X			X	X	X	
Potřeba stálého kontaktu s matkou	X	X						
Matka jako důvěrnice		X				X		
Negativní vztah mezi matkou a otcem		X	X	X				
Pozitivní vztah s otcem			X	X				X
Ambivalentní vztah s matkou			X	X				
Důraz na výkon					X	X		X
Vegetariánství v rodině					X	X	X	
Důraz na pořádek a pečlivost					X	X	X	
Matka se obětuje pro otce					X	X		
Matka se obětuje pro rodinu					X			X
Dcera jako vymodlené dítě					X	X		

Přehnaná kontrola ze strany matky								X	X
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	---	---

Kód **matka jako nejdůležitější osoba** byl zmíněn celkem třemi respondentkami (R1D, R3D, R4D). Týká se velice blízkého vztahu, který má dcera s MA ke své matce, v těchto případech bylo řečeno, že ji považuje za neblížejšího člověka, který je vždy na prvním místě. V některých případech může být takový vztah až symbiotický.

*Takže moje rodina je prostě mamka. (R1D, 133) Tak já komunikuju hlavně s mamkou, to je moje kamarádka, a nejdůležitější člověk na světě. (R1D, 149-150)*

*Hlavně mamka je pro mě všechno na světě. (R3D, 81)*

*Tatka jezdil kamionem, býval doma jen na víkendy, takže mám pochopitelně bližší vztah s mamkou. (R4D, 63-64)*

Tři respondentky (R1D, R2D, R2M) při rozhovoru popisovaly **rozvod rodičů** v dané rodině jako významný faktor, který ovlivnil rodinné dění.

*No, naši se rozvedli, to jsem možná byl v první třídě, ale už spolu nežili dýl. To oni už spolu nežili, když jsem byla mimino. Já už jako malá jsem věděla, že nemám ten model táta – máma. (R1D, 143-145)*

*...a během anorexie se mi rozvedli rodiče. Nebylo to pro nás ani pro jednoho tohle vše jednoduché. (R2D, 33-34) Jedinou významnou změnu co jsem začala pociťovat kolem těch 14ti let, bylo, že má rodina nebyla moc šťastná. Rodiče se pořád hádali. A pak přišla ta nemoc. A nakonec se rodiče rozvedli. (R2D, 36-38)*

*Myslím, že jsme oba cítili, že spolu dál být nemůžeme, dlouho jsme rozvod odkládali kvůli dcerám. Ale chtěla jsem ho hlavně já, chtěla jsem to už ukončit a přestat se trápit. (R2M, 39-41)*

V celkem 6 případech (R1D, R1M, R3D, R3M, R4D, R4M) se respondentky zmiňovaly o tom, že v jejich rodině byla **otcova role spíše pasivní**. Tato pasivita

souvisela a souvisí jak s otcovou přítomností v rodině, tak s jeho podílením se na výchově, s komunikací s dětmi, apod.

*Já jsem v kontaktu s tátou tak, že většinou když přijedu k mamce, ze školy, tak mu zavolám, že tady jsem, a pak to záleží, jak to vyjde časově. Ale vidáme se, třeba dvakrát do měsíce, že zajdeme třeba na kafe. (R1D, 162-164)*

*Já si myslím, že jako se vidí jednou za měsíc, řeknou si ahoj, a to je všechno. Jako nemají nic společného, ani nikdy neměli nic společného. (R1M, 74-75)*

*Táta se věnoval spíš hudbě, než rodině. On nebyl nikdy moc na výchovu a tyhle věci. O víkendech jezdil s kapelou na koncerty, a my jsme s mamkou jezdily na výlety. (R3D, 120-121)*

*Výchova a starost o děti byla vždycky spíš na mě, on v tomhle kolotoči byl většinou nezáčastněný, s nejstarší dcerou trávil čas, kdykoliv to šlo, ale přes týden chodil do práce a o víkendech většinou měli někde koncert s kapelou, tak to záleželo na čase. (R3M, 71-74)*

*Když jsem byla malá, tak jsme spolu moc nebyli, protože byl pořád někde na cestách a domu jezdil málo, tak jen občas, když přijel, si se mnou hrál, nebo tak. (R4D, 77-78)*

*A tehdy právě nebyl moc doma, když byla starší dcera malá, to jezdil do zahraničí, ale zase měl dobrý peníze, že jsme se měli všichni dobře. (R4M, 47-48)*

Při rozhovoru a otázkách týkajících se výchovného stylu v dané rodině se pouze dvě respondentky (R1D, R1M) vyjádřily tak, že v jejich rodině panoval spíše **autoritativní styl výchovy**. Ostatní respondentky popisovaly výchovu jako něco mezi autoritativním a liberálním stylem, nebo jako něco, co nebylo jasně vymezeno.

*Mamka mě vždycky vychovávala spíš kamarádsky, i když nějaký ty hranice jsem měla, prostě občas mi řekla, tohle dělat prostě nebudeš, a to si myslím, že je třeba, aby měl člověk nějaký ty mantinely. Ale jinak byla vždycky kamarádka, i mi říkala, že jestli budu mít jakýkoliv otázky, ať za ní přijdu, ať už to budou kluci, sexuální život, nebo škola. (R1D, 165-168)*

*Tak výchova byla vždycky na mě, určitě, snažila jsem se jí vychovat tak, aby byla samostatná, aby věděla, co se smí a co ne, aby měla ty mantinely nějak nastavený. Ale jinak jsme byly vždycky jako kamarádky, mohla mi všechno říct, s čímkoliv za mnou přijít a tak. (R1M, 76-79)*

Respondentky (R1D, R2D, R3M) se občas zmiňovaly také o **snaze matky vychovat dceru k obrazu svému**, což souviselo v těchto případech především s touhou po tom, aby dcera byla matce co nejvíce podobná, aby žila jako ona, chovala se jako ona, apod. Tato tendence může být v některých případech pro dceru přínosem, a v jiných naopak poněkud nebezpečná.

*Je taková energická, s ničím si nedělá hlavu, všechno zvládá, a to samé vždycky čekala i ode mě. Vychovala mě tak, abych si uměla se vším v životě poradit, jako ona. (R1D, 181-183)*

*Mamka vnímala mé dospívání v pohodě. Nosila jsem domů dobré známky, nechodila jsem nikde po nocích venku. Chovala jsem se tak, jak si mě vychovala. (R2D, 82-83)*

*Jsem samostatná, a k životu nepotřebuju pomoc muže, a dceru jsem vždycky vedla k tomu, aby to měla stejně a byla sama za sebe. (R3M, 104-106)*

**Negativně prožívané odloučení dcery od matky** bylo zaznamenáno v 5 případech (R1D, R1M, R3D, R3M, R4D), jedná se o stav, kdy respondentky dcery i matky vnímají jako nežádoucí a nepříjemné, když jsou déle odloučené. Poukazuje to opět na jejich silný vztah a na silnou potřebu být spolu, i když jsou obě dospělé a samostatné.

*Tak, myslím, že jí to hodně mrzelo, protože tu bydlíme jen my dvě spolu, a dřív jsem tu byla pořád, a najednou prázdno, že jsem vyletěla z hnízda. (R1D, 198-199)*

*Ale já asi jsem se s tím, že odešla, nesmířila do dneška, prostě je to jediný dítě. (R1M, 103)*

*Vnímala to hodně špatně, a nebyla sama. Natrápila jsem se na vysoké už dost, hlavně z nedostatku kontaktu s rodinou. (R3D, 159-160)*

*Když se odstěhovala na privát, na první vysokou, tak jsem byla moc smutná, byla jsem zvyklá, že jsme spolu byly pořád. (R3M, 110-111)*

*Ale to já jí říkám, že mi táhne na 18, že bych se měla spíš osamostatňovat. Ale tak zase je to určitě lepší, než kdybych jí byla volná. (R4D, 122-124)*

V návaznosti na kód týkající se negativně prožívaného odloučení dcery od matky, jsem stanovila také kód **stálá potřeba kontaktu s matkou**, o kterém se vyjádřily dvě respondentky (R1D, R1M). Jedná se o neustálou potřebu být v kontaktu, což je v tomto případě reakce na jejich odloučení, které je pro obě strany nepříjemné.

*A zase jsme hodně v kontaktu, že je lepší, když o mě ví, kde jsem, co dělám, že má ten přehled i tak. My si voláme každé den. (R1D, 203-204)*

*...i když mám pořád takovej ten ochranný pud, potřebuju vědět, kde je, co dělá, vždycky to tak bylo. Ona se i každé mi ozve, protože to ví, že se pak bojím, když nevím. Ale je to tím, že mám jen jí. (R1M, 104-106)*

**Matka jako důvěrnice** je kód, který byl uveden ve dvou případech (R1M, R3M), v obou případech se jedná o respondentky matky, které jsou přesvědčené, že se jim jejich dcery se vším svěřují, a vidí to jako velmi pozitivní aspekt jejich vztahu.

*My s dcerou se bavíme o všem, vždycky to tak bylo. (R1M, 61) Já vim, že už třeba odmala, měla tendenci, se svěřovat, což je dobře, a to jsem jí říkala, aby se nenechávala pro sebe, pokud má nějaký starosti, radosti. Takže jsme před sebou nikdy neměly žádný tajnosti, nebo ona určitě ne. (R1M, 64-67)*

*Povídáme si spolu o všem, a vždycky to tak bylo, dokázaly jsme se bavit i o anorexii. (R1M, 66-67)*

Tři respondentky (R1M, R2D, R2M) uvedly, že v rodině byl/je **negativní vztah mezi matkou a otcem**, který je také závažným faktorem ve vývoji rodinného uskupení. Může mít negativní vliv jak na oba aktéry tohoto vztahu, tak na jejich děti.

*Já s ním vůbec nejsem v kontaktu. Dcera jo, ale já s ním nemám nic společného. Ona je plnoletá, takže už nemáme důvod být spolu v kontaktu. (R1M, 62-63)*

*Bohužel, když jsem byla v pubertě, viděla jsem, že se pomalu ale jistě naše rodina rozpadá hlavně věčnými hádkami rodičů. Nic už nebylo jako dřív. (R2D, 52-54)*

*Nyní už k němu nic necítím. Měli jsme velké neshody, pořád jsme se hádali, nerozuměli jsme si. (R2M, 38-39)*

O **pozitivním vztahu s otcem** se vyjádřily také tři respondentky (R2D, R2M, R4M), týká se vztahu mezi dcerou a otcem, který tyto respondentky shledávají jako velmi dobrý. Nutno podotknout, že v případě respondentek R2D a R2M, přestože je negativní vztah mezi matkou a otcem, vztah mezi dcerou a otcem je pozitivní. Můžeme se tedy domnívat, že dcera poskytuje otci oporu v situaci, kdy nevychází s její matkou, a je v tomto případě na jeho straně.

*Ted' jsem ve velmi dobrém vztahu s otcem, s mamkou máme dobré vztahy, i když dříve byly mnohem lepší. (R2D, 39-40)*

*Tak v tuhle chvíli bych řekla, že mají velmi dobrý vztah, protože má dcera u něho žije a myslím, že je tam i spokojená. (R2M, 46-47)*

*Oni se mají rádi, vždycky si spolu rozuměli, oni si hodně umí ze sebe udělat srandu a tak. (R4M, 57-58)*

V případě respondentek R2D a R2M se objevily také zmínky poukazující na **ambivalentní vztah s matkou**. Na jednu stranu tento vztah respondentky popisují jako pozitivní, avšak objevují se i prvky jakéhosi neporozumění, odcizení a nedořešených záležitostí.

*Dávala mi veškerou lásku, podporu, optimismus. Je to člověk, který ale také ovšem postupem času, se mění. Všichni se měníme, ale mamča se za krátkou dobu změnila hodně. Nevychytám jí to, pokud je šťastná, nemám jí to za zlé. Hodně jsme se odcizily, když začala po rozvodu žít s novým přítelem a tátu, mě a ségru přesunula na druhou kolej. Ale i tak je to prostě moje máma a já jí miluju takovou, jaká je. (R2D, 64-68)*



*Popovídáme si, zasmějeme se spolu. Prostě máme snad spolu vztah jako matka s dcerou. Bohužel, už si nejsme tak blízké jako dřív, od doby, kdy jsem se odstěhovala ke svému příteli. Myslím, že to dcera nenese moc dobře. (R2M, 42-45)*

Znak **důraz na výkon**, který je velice podporovaný mnoha literárními zdroji, jakožto jeden z charakteristických znaků osob s MA, se v rozhovorech také objevil, a sice u tří respondentek (R3D, R3M, R4M). Důraz na výkon, ať už ze strany matky nebo dcery samotné, je významným kódem v této kategorii.

*Udělal jsem přijímačky na gympl jako 1. ze 350 dětí. Byla jsem na sebe pyšná. (R3D, 13) Začala jsem si přivydělávat jako zpěvačka. Vydělávala jsem hodně peněz, klidně třeba i 20 000 měsíčně. (R3D, 15-17)*

*...v některých věcech jsem ji musela doslova vycepovat, ale určitě se to vyplatilo, a to ona sama uznává, že to tak bylo dobře, a proto byla vždycky v životě úspěšná, ve všem, o co se snažila, byla nejlepší, všechno jí šlo a jde. (R3M, 81-84)*

*Tak chceme, aby ona měla vysokou školu. Víte co, já jsem prodavačka, nikdy jsem neměla pořádný vzdělání, tak hlavně aby ona to měla lepší, to bysme si přáli. (R4M, 83-85)*

Zajímavým faktorem v rámci stravovacích návyků respondentek je **vegetariánství v rodině**, které se vyskytuje ve výpovědích tří respondentek (R3D, R3M, R4D). Vegetariánství může hrát svou roli u rodiny ve spojení s MA, jedná se o omezování klasických stravovacích návyků, o jistou formu diety, kterou v případě respondentek R3D a R3M v podstatě matka předala své dceři.

*Máma v těhotenství nejedla maso, a mně taky maso nedávala. Nikdy jsem ho nejedla. (R3D, 92-93)*

*Já jím všechno kromě masa. I jsem vždycky vedla děti k tomu, aby jedly všechno, ale maso jsem jim nedávala. (R3M, 97-98)*

*Občas mají teda taťka s dědou řeči, že nejím maso, ale to je spíš ze zvyku, a oni ví, že mě nedonutí. (R4D, 112-113)*

Vedle faktoru důraz na výkon je důležitý také faktor **důraz na pořádek a pečlivost**, který se také často vyskytuje u jedinců s MA. U tří respondentek (R3D, R3M, R4D) se tento znak projevil. V případě R3D a R3M se opět jedná o vlastnost, kterou dcera zdědila po matce.

*Nikdy se nestalo, že bych neměla sešity nebo nějaké věci do školy. (R3D, 100)  
...všecko vždycky muselo být v pořádku, nikdy jsem nechodila ve špinavém oblečení nebo s roztrhanýma sešitama, jako spolužáci. A tahle její (pozn. matky) pořádnost ve mně nějak zůstala, jsem prostě taková, jak bych to řekla, pintlich no. (R3D, 129-131)*

*Vychovávala jsem a vychovávám své děti k tomu, aby byly samostatné, slušné, pořádné, cílevědomé, praktické. (R3M, 79-80)*

*A taky si naivně myslí (pozn. matka), že mě přeučí na pořádkuchtivého člověka. (R4D, 106-107)*

Vztah mezi matkou a otcem je v každé rodině důležitý. U dvou respondentek (R3D, R3M) se objevily jisté náznaky, že v jejich rodině se **matka obětuje pro otce**. V podstatě se jedná o jisté ústupky, o potlačení své osobnosti a svých přání pro to, aby byl druhý spokojený a aby bylo všechno v rodině v pořádku. Je to snaha matky udržovat manželství tím, že se přizpůsobí tomu druhému.

*Mamka musela leccos překousnout, táta je muzikant, a ty mají prostě svůj svět. Ale myslím si, že ho milovala, miluje a vždycky milovat bude, je hodně chápavá, tolerantní, a on to zase na ní oceňuje, že ho má ráda takového, jaký je. (R3D, 111-114)*

*Nikdy jsem to s ním neměla lehké, ale taky jsem si nikdy nestěžovala. (R3M, 95-96)*

Kódem podobným s předchozím je znak **matka se obětuje pro rodinu**. Jedná se v případech R3D a R4M o způsob, jakým matka udržuje rodinu v chodu, přizpůsobuje se jejím členům, a jedná tak, jak je nejlepší pro rodinu, a ne pro ni.

*Nikdy nechodila ven s kamarádkama, neměla žádné své kroužky a zájmy, starala se jen o mě. Nebyl jedinej úkol, kterej bych psala sama, nikdy mě nenechala ve štychu. (R3D, 117-119)*

*Je to všechno jiný, když máte děti, to už to berete jinak, už nemyslíte jen na sebe. (R4M, 72-73) A babička už je stará, už toho doma moc nezastane, taky to po ní nikdo nechce, takže je to spíš na mě. Ale když jsem já byla malá, tak jsme taky bydleli s babičkou a moje maminka se hodně doma nadřela, to tak prostě musí bejt. (R4M, 77-80)*

V případech R3D a R3M jsem zaznamenala zmínku o tom, že v rodině je **dcera jako vymodlené dítě**, které přišlo na svět s velkým očekáváním, a rodiče vkládali do jeho života mnoho nadějí a ideálů.

*Byla jsem vymodlený dítě. (R3D, 90)*

*Pak přišla dcera, z toho jsme měli velikou radost, dlouho jsme na ni čekali, a hodně jsme se natrápili do té doby. Pak bylo všechno lepší. (R3M, 55-57)*

Posledním kódem v této kategorii je **přehnaná kontrola ze strany matky**, která byla zmíněna v případech R4D a R4M. V tomto případě matka dceru přehnaně kontroluje již od puberty, a nyní ještě více, vzhledem k jejím četným psychickým problémům. Dcera to považuje za nepříjemné a obtěžující.

*...spíš měla o mě vždycky strach a hodně mě hlídala, chtěla všechno vědět, co dělám a tak, ale to už měla od mejh 14, a pak po tý anorexii ještě víc, a dneska jak mám ty panický stavy, tak je to ještě horší. (R4D, 86-88) No, ale celkově si myslím, že mamka z tý péče o čtrnáctiletou holku nevyrostla. (R4D, 124-125) Pořád má strach, je opatrná, někdy až paranoidní. Nemůžu jít sama ani na procházku, co kdybych náhodou omdlela a dala si hlavou o obrubník. (R4D, 131-133)*

*Tak nechci právě, aby nikam moc chodila, jenže to se jí zase nelíbí, tak jí nechci doma zavírat. (R4M, 55-56)*

## **5.4 Kategorie: Vztah s matkou v souvislosti s MA**

Definováním kategorie Vztah s matkou v souvislosti s MA bych chtěla objasnit specifickou výzkumnou otázku č. 4: Co přinesla MA do vztahu mezi dcerou s MA a její

matkou? Tato kategorie se týká tohoto vztahu v rámci nemoci, reakcí matky na MA, jejího chování k dceři během MA, popř. změn, k jakým během MA došlo v tomto vztahu. V této kategorii jsem definovala celkem 12 kódů.

Kód/Respondent	R1D	R1M	R2D	R2M	R3D	R3M	R4D	R4M
Snaha matky získat nad situací kontrolu	X	X				X	X	X
Snaha matky přimět dceru k jídlu	X		X	X	X	X		X
Matka nechápe, co dceru vedlo k MA	X	X		X			X	
Matka chápe, co dceru vedlo k MA					X	X		
Konflikty s matkou kvůli MA	X							
Sblížení s matkou díky zvládnutí MA	X		X	X	X	X		
Zvýšení zájmu matky o dceru v době propuknutí MA			X					
Matka má osobní zkušenost s MA			X		X	X		
Matka podporovala dceru v hubnutí				X				
Matka bere vinu za dceřinu nemoc na sebe				X				
Negativní emoční reakce matky na dceřinu nemoc				X		X	X	
Matka nerada mluví o problémech					X			

V pěti případech (R1D, R1M, R3M, R4D, R4M) se v rozhovorech vyskytly informace o stavu MA, kdy se projevila **snaha matky získat nad situací kontrolu**. V podstatě šlo o tendenci matky odvrátit rizika spojená s dceřiným onemocněním, ať už domluvou nebo výhružkami.

*Mamka si samozřejmě všimla, že hubnu, začala mi právě tehdy kontrolovat váhu. (R1D, 174) První reakce mamky byla, že jestli s tím sama něco neudělám, že mě odveze k doktorovi, jak jsem říkala. (R1D, 176-177)*

*Určitě jsme se snažili, hlídali jsme jí, kolik si nandává, jestli jí pravidelně, jestli to jídlo nevyhazuje někam, a tak. (R1M, 85-86)*

*Ale pořád jsme si o tom povídaly, takže jsem měla pocit, že to máme obě pod kontrolou. (R3M, 30-31)*

*Začali mě ale kontrolovat, abych pravidelně jedla, a já, když jsem viděla, jak je to ničí, jsem postupem času došla k tomu, že jsem měla vlastně krásnou postavu, než jsem začala hubnout. (R4D, 95-98)*

*Já jsem tam viděla všude právě ty hubený holky, jak to vypadá ošklivě, a jak jsou pak v nemocnici, a jen leží, tak to jsem řekla, že takhle naše dcera nesmí dopadnout, tak jsme se snažili jí pak pomáhat, no, s tím jídlem. (R4M, 11-14)*

**Snaha matky přimět dceru k jídlu** se objevila celkem u šesti výpovědí (R1D, R2D, R2M, R3D, R3M, R4M). Přestože souvisí s předešlým kódem a jedná se o reakci, která by se mohla jevit jako samozřejmá, považovala jsem za zajímavé uvést ji do celkového výčtu kódu spolu s citacemi z příslušných rozhovorů, kde dcery a matky osvětlují, jak se tato tendence projevovala.

*A taky se mi hodně přizpůsobila (pozn. matka) doma, s tou zdravou výživou, protože hlavně chtěla, abych jedla. (R1D, 179-180)*

*Rodiče se mě snažili donutit do jídla. Pořád a stále, ale já je zkrátka neposlouchala. (R2D, 56)*

*Snažila jsem se dceru přinutit k tomu, aby jedla. Jenže ona mě vůbec nechtěla poslouchat. Pořád dokola jsem jí říkala: „jez“, pořád. Ale ona to nechtěla ani slyšet. (R2M, 8-10)*

*Mamka na mě dávala pozor, pořád se mnou o jídle mluvila, o tom, jak jím, kdy jím, snažila se mi kontrolovat příjem. (R3D, 137-138)*

*Léčila se doma, to byla léčba domluvou spíš, snažila jsem se ji přimět k jídlu, myslím, že i něco nabrala, a šlo to celkem dobře, ale na 100% to nevím, jestli třeba nedělala, že by jedla jen doma, a jinak nic. (R3M, 28-30)*

*Ale nešlo to hned, s tím jídlem, jsme jí teda začali kontrolovat, myslím, že tak pár měsíců to trvalo určitě, než se dala dohromady, a pořád jsme jí říkali, že to nemá zapotřebí, a tak. (R4M, 18-2)*

U poloviny respondentek (R1D, R1M, R2M, R4D) se projevíly pocity, že **matka nechápe, co dceru vedlo k MA**. V odpovědích dcer se objevily názory typu – matka mi nerozumí, a u matek zase různé dohady, proč se jejich dcery uchýlily k takovému chování.

*Celkově to určitě nechápe, to mi říkala několikrát, proč to vůbec dělám, nebo proč jsem to dělala. To je její postoj, že nechápe, proč jsem chtěla umřít vlastně, kvůli tomu jídlu. A vždycky říkala, že jsem hubená holka, že to nemám zapotřebí. (R1D, 205-207)*

*...ale prostě pořád měla pocit, že je tlustá, pořád se vážila, měřila, nejedla, chtěla prostě pořád víc hubnout, i když už nebylo co, to jsem nechápala, jsem jí říkala, co tam chceš ještě hubnout. (R1M, 29-31)*

*Je to pro mě něco nepochopitelného, ještě pochopím, že ty holky chtějí trochu zhubnout, vypadat hezky, ale proč to nechají zajít tak daleko, že nejí nic a vypadají jako kostry, to nechápu. (R2M, 2-4)*

*...ona (pozn. matka) to nechápala nikdy, vždycky kvůli tomu byla smutná, že nechci jíst, a ptala se proč, a tak. Takže myslím, že dodneška to nechápe, proč jsem to dělala. (R4D, 126-128)*

Naproti tomu se vyskytl i případ, konkrétně i R3D a R3M, kdy **matka chápe, co dceru vedlo k MA**. V této situaci to bylo způsobené tím, že matka si sama MA prošla, což budu ještě zmiňovat v samostatném kódu. Každopádně měla pak podle výpovědí pro nemoc své dcery lepší pochopení.

*Chápe to (pozn. matka), to mi dala najevo. Chápe, že chci mít hezkou postavu, že mi cvičení a občas nějaká ta dieta udělají dobře, prostě jsme tak nastavené. A jsem hrdá na to, že to tak máme. (R3D, 165-167)*

*Já tomu rozumím, proč to dělala, prostě chtěla mít pod kontrolou svoje tělo. Vždycky byla neuvěřitelně samostatná, cílevědomá, ambiciózní. (R3M, 37-38)*

Respondentka R1D se zmiňovala také o **konfliktech s matkou kvůli MA**, které se nejčastěji týkají právě toho, že dcera odmítala změnit své stravovací návyky během nemoci a nechtěla začít přibírat na váze, což matku rozčilovalo.

*Během té nemoci, si myslím, že jsem byla vůči mamce taková protivná. A občas byly situace, kdy na mě vyjela, nebo byla naštvaná. Hodně jí vadilo to, že si hlídám tu váhu, byla z toho hotová. (R1D, 208-210) V té době, kdy jsem byla nemocná, jsem měla různé záchvaty, nebo i po tom, jsem jí pořád říkala, když jsme se hádaly, že to nikdy nemůže pochopit, jak mi bylo, že to nikdo nechápe, co se mi honilo hlavou. A to jsem jí i řekla, kolikrát, že do toho prostě nevidí. (R1D, 218-221)*

Několik respondentek (R1D, R2D, R2M, R3D, R3M) uvedlo, že u nich došlo ke **sblížení s matkou díky zvládnutí MA**. Popisovaly, že díky překonání nemoci a všech nesnází, které s ní souvisí, se dcera s matkou sblížily a jejich vztah se ještě více prohloubil.

*Tak určitě se ten vztah nezměnil k horšímu, to si spíš myslím, že nás to stmelilo. (R1D, 212-213)*

*Určitě mohu říct, že když jsem trpěla mentální anorexií, spojily jsme se do jedné. Braly jsme se jako nejlepší kamarádky. (R2D, 87-88)*

*Je pravda, že když má dcera trpěla anorexií, my jsme si k sobě našly krásný vztah. Teď už se to sice trochu změnilo, ale i tak, nedám na svou dceru nikdy dopustit. (R2M, 70-71)*

*Změnilo určitě, hodně nás to sblížilo, ještě víc, jestli to teda vůbec šlo. (R3D, 169)*

*Myslím, že ta anorexie náš vztah leda tak utužila ještě více, semknuly jsme se, a nikdy nás nic nerozdělí, to vím jistě. (R3M, 118-119)*

Respondentka R2D se zmínila o **zvýšení zájmu matky o dceru v době propuknutí MA**. Tento její postřeh byl zajímavý v tom, že uvedla, že se díky jejímu onemocnění o ni matka začala zajímat více než předtím, a že se jejich vztah zlepšil, protože matka potom měla pocit, že ji dcera stále potřebuje.

*S mamčou mám dobrý vztah. Změny proběhly, když si našla přítele. Odcizily jsme se od sebe. Ovšem když jsem měla anorexiu, starala se o mě, jak nejlépe uměla a za to jí jsem moc vděčná. (R2D, 42-44)*

Velmi ožehavým tématem teoretické části této práce je zmínka o jakési „dědičnosti“ MA z matky na dceru. Tvzení, že **matka má osobní zkušenost s MA**, se také objevilo v rozhovorech. U respondentky R2D se vyskytly jakési domněnky o tom, že její matka má problémy se stravováním v současné době. Případ respondentek R3D a R3M byl jasnější, matka sama v rozhovoru uvedla, že si MA v mládí prošla, o čemž svou dceru informovala.

*Je to trošičku ode mě možná zlé, ale řekla bych, že mamča sama nyní trpí menší poruchou jídla. Vždycky prostě vypadala jako správná žena. Měla hezký zadek, prostě normální postavu. Ale nyní je zkrátka hubenější o hodně víc, než dřív. Vyvrací mi to, ale hlídat jí také nemůžu. (R2D, 72-75)*

*Máma mě vzala na psychiatrii, a tenkrát mi prvně řekla, že byla v léčebně a že nechce, abych tak dopadla taky. Máma se léčila také kvůli anorexii, když byla zhruba v mém věku. (R3D, 53-55)*

*Tak dcera Vám určitě řekla, že s anorexií mám svou osobní zkušenost. Když mi bylo asi 16, začala jsem mít mindráky ze své postavy, byla jsem totiž dost při těle. Tak jsem začala hubnout, a skončila jsem v 17 letech v léčebně, na psychiatrii, skoro jsem umřela. (R3M, 1-4)*



Respondentka R2M mimo jiné přiznala, že jako **matka podporovala dceru v hubnutí**. Probíhalo to tak, že když dcera začala hubnout, matka jí chválila postavu a oceňovala to, jak dcera vypadá.

*Podle mě to začalo už tím, že chtěla něco shodit. Já jí v tom podporovala. Když nějaké to kilo shodila, pochválila jsem jí, protože jí to moc slušelo. (R2M, 5-6) Když zhubla prvních 15 kg, byla jsem na ní vážně hrdá. Moc jí to slušelo. (R2M, 11)*

U stejné respondentky R2M se ukázalo také to, že jako **matka bere vinu za dceřinu nemoc na sebe**. Zmínila se o tom, že za důvod dceřina onemocnění a jejích psychických problémů považuje svůj rozvod s jejím otcem, se svým manželem. Rozvodu předcházely četné hádky, o kterých se výše zmiňovala i dcera, a je jisté, že je velmi špatně snášela a měly negativní dopad na celou rodinu.

*Ale po čase mi došlo, že mohlo jít o signál toho, že problémy, co jsem řešila se svým bývalým manželem, jí hodně moc ranily. Možná proto se tak změnila. (R2M, 19-21)*

**Negativní emoční reakce matky na dceřinu nemoc** se objevila ve výpovědích respondentek R2M, R3M a R4D. Zmíněné účastnice výzkumu uvedly, že matka v jejich případě nemoc prožívala velmi negativně, brala si to osobně, trápila se a nevěděla, jak své dceři pomoci, jak ji přimět uzdravit se.

*Hodně se toho stalo, spoustu nocí jsem kvůli dceři proplakala. Prosila jsem dokonce Boha, aby mojí holčičce pomohl. Aby jí konečně otevřel oči. Nikdy bych už tohle nevrátila. Nikdy. (R2M, 66-68)*

*Měla jsem o ni velký strach, to je jasné. Pořád jsem jí domlouvala, pořád jsem na to myslela, co s ní. A myslím, že jsem to prožívala, skoro jako kdybych tou nemocí trpěla znova. (R3M, 34-36)*

*...pořád řešíme nějaký moje problémy, spíš psychický, mám pořád něco, mamku už to unavuje a neví co se mnou. Napřed ta anorexie, a teď ty panický stavy, to nechápe už vůbec. A často je z toho zoufalá no. (R4D, 67-69)*

Posledním kódem čtvrté kategorie je zmínka o tom, že **matka nerada mluví o problémech**. Jedná se o informaci z rozhovoru s respondentkou R3D, bylo zajímavé, že navzdory tomu, že její matka sama v mládí onemocněla MA, údajně v dnešní době, ještě po odeznění MA u své dcery, nerada o takových věcech mluví a nerada na ně vzpomíná.

*Jak už jsem říkala, ona je introvert, dívím se, že vůbec přistoupila na tenhle rozhovor, vím, že se nerada o těchto problémech baví. (R3D, 141-142)*

Celkové shrnutí výsledků a zodpovězení výzkumných otázek je uvedeno v příloze.

## 6 Diskuze

Cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jaké jsou aspekty vztahu mezi dcerou s MA a její matkou, v kontextu dceřiny nemoci. Tento cíl byl spojen také s hlavní výzkumnou otázkou. Byly popsány všechny okolnosti tohoto vztahu v souvislosti s MA. Ve výzkumných otázkách specifických jsem se pak podrobněji zaměřila na vznik a vývoj nemoci, průběh nemoci, rodinné vztahy a změny, které nastaly v rámci MA.

Dále bych ráda zmínila některá úskalí a nedostatky mé bakalářské práce. Prvotním problémem bylo „shánění“ respondentek. Přestože jsem navázala prostřednictvím webových stránek a místního fóra zaměřeného na PPP kontakt s mnoha dívkami, jen čtyři dívky byly ochotné se se mnou sejít i osobně. Některé dívky mi na zprávu ohledně výzkumu vůbec neodepsaly, jiné zase spatřovaly jako velký problém to, že by do výzkumu měla být zapojena i jejich matka. Ze všech mých kontaktů jsem se tedy dále domlouvala pouze s uvedenými čtyřmi dívkami, které byly většinou velmi ochotné k tomu, abych za nimi přijela a udělala s nimi a s jejich matkami rozhovor. Vždy jsem jela do místa respondentčina bydliště, což bylo velmi časově a finančně náročné. Rozhovory probíhaly v pořádku, dcery byly většinou kamarádké a ochotné mi cokoliv sdělit. S jejich matkami to bylo zrovna tak, byly pouze stručnější. Co se týče kresebných technik, v této fázi se objevil další problém. Nakonec jsem obrázky

získala celkem od čtyř respondentek (R1D, R1M, R2D, R2M). S dalšími dvěma dvojicemi byl problém, do kreslení se nechtělo v těchto případech ani jedné z nich. Připadalo mi v takovém případě neetické a nezdvořilé je do kresby nějakým způsobem nutit nebo přemlouvat, a proto jsem vždy odpověděla, že jejich rozhodnutí respektuji, a že i přesto velice děkuji za poskytnutí rozhovoru.

## Závěr

Výsledky bakalářské práce poukazují na důležité aspekty vztahu dcery s mentální anorexií a její matky, které mohou mít souvislost se vznikem a rozvojem tohoto onemocnění. Takovými aspekty jsou např. nedokonale zvládnutý proces prvotní separace dcery od matky, nesprávně utvořená představa o body image, výskyt mentální anorexie u matky, vysoké nároky a očekávání, jaká jsou na dceru kladeny ze strany matky, nadměrná kontrola ze strany matky, perfekcionismus, nesprávně pojímaná představa o ženské roli, apod. V této práci popisují také prožívání nemoci jak dcerou, tak její matkou, vzájemné reakce, míru porozumění a další okolnosti související s mentální anorexií. Byly zde zmíněny také důležité znaky rodiny jako celku a jejího fungování. Pro lepší proniknutí do problematiky jednotlivých případů byly popsány kresby, získané od poloviny respondentek. Výsledky výzkumu nelze aplikovat na celou populaci trpící mentální anorexií, vzhledem k subjektivnímu pojetí uvedených aspektů jednotlivými respondentkami. Jedná se spíše o popis aspektů vztahu mezi dcerou s mentální anorexií a její matkou.

Výsledky výzkumu lze chápat jako rozvinutí dosavadních poznatků, které se většinou týkaly spíše rodiny jako celku, a nezaměřovaly se tolik na konkrétní vztah s matkou. Tato bakalářská práce může být tedy přínosem pro toto téma, a přispívá k rozšíření poznatků o dané problematice.

## Seznam použité literatury

1. Beattie, H. (1988). Eating Disorders and the Mother-Daughter Relationship. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (4). 453 – 460.
2. Claude-Pierre, P. (2001). *Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy*. Praha: Pragma.
3. Corneau, G. (2004). *Anatomie lásky: vztahy otec – dcera, matka – syn, a jejich vliv na budoucí partnerské vztahy*. Praha: Portál.
4. Čálek, O. et al. (1998). *Psychoterapie V: sborník přednášek*. Praha: Triton.
5. Fialová, L., & Krch, F. D. (2012). *Pojetí vlastního těla – zdraví, zdatnost, vzhled*. Praha: Karolinum.
6. Kocourková, J. et al. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*. Praha: Galén.
7. Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.
8. Krch, F. D. (2003). *Bulimie: Jak bojovat s přejídáním*. Praha: Grada Publishing.
9. Křivohlavý, J. (2014). *O šťastné rodině*. Kostelní Vydří: Karmelitánské nakladatelství.
10. Matoušek, O. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství.
11. Minuchin, S. (2013). *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál.
12. Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm.
13. Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy*. Praha: Grada Publishing.
14. Raboch, J. et al. (2004). *Česká psychiatrie a svět: sborník přednášek a abstrakt V. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí*. Praha: Galén.
15. Raboch, J., Zrzavecká, I., Doubek, P., & pořadatelé (2006). *Nemocná duše – nemocný mozek: Klinická zkušenost a fakta: sborník přednášek a abstrakt VI. sjezdu České psychiatrické společnosti s mezinárodní účastí*. Praha: Galén.
16. Sekera, O. (2010). *Rodina v nečase*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě, Pedagogická fakulta.
17. Stern, D. N. (2007). *První vztah: matka a kojenec*. Praha: Dobra.

18. Špaňhelová, I. (2003). *Dítě: Vývoj a výchova od početí do tří let*. Praha: Grada Publishing.
19. Trapková, L., & Chvála, V. (2009). *Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha*. Praha: Portál.

## **Seznam příloh**

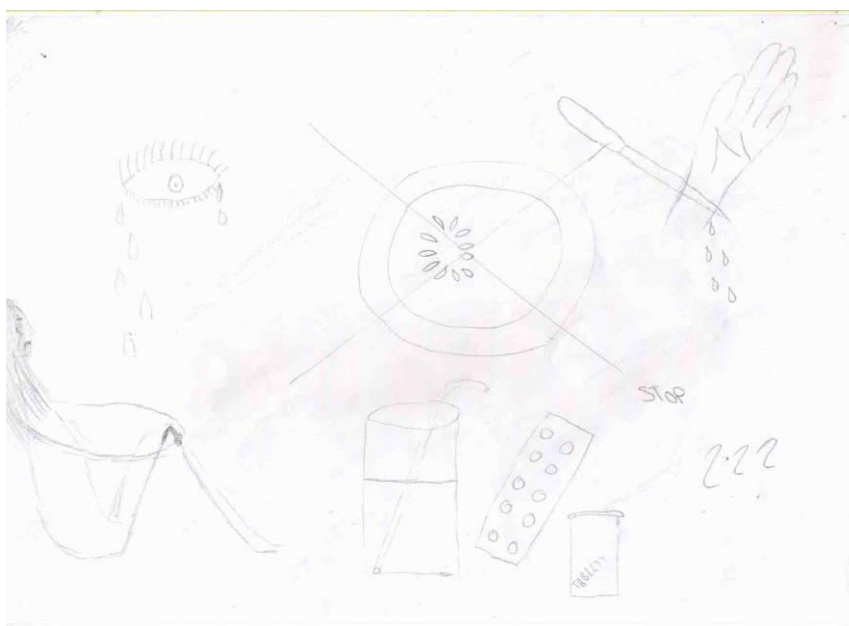
1. Kresby
2. Popis kreseb
3. Shrnutí výsledků
4. Otázky k rozhovorům
5. Ukázky rozhovorů

## Přílohy

### 1 Kresby

Respondent: R1D

Kresba 1



Kresba 2





Respondent: R1M

Kresba 1



Kresba 2



Respondent: R2D

Kresba 1

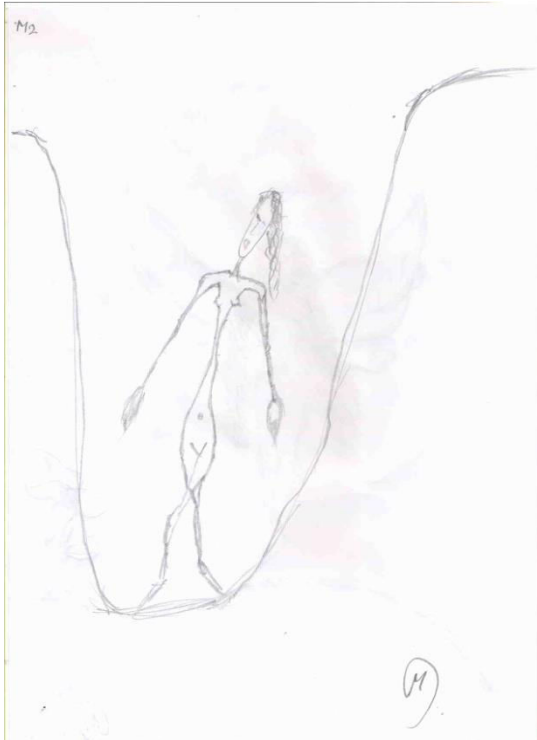


Kresba 2



Respondent: R2M

Kresba 1



Kresba 2



## 2 Popis kreseb

### 2.1.1 R1D a R1M

Jak jsem již uvedla v popisu použitých výzkumných metod, instrukce ke kresbě pro dceru byla následující: *„Na jednu stranu papíru nakresli tužkou sama sebe, jak se vidíš s odstupem času, jaká jsi byla v době, když ti bylo nejhůř, když jsi byla po krk v anorexii, kdy to pro tebe bylo nejtěžší. Na druhou stranu papíru pak nakresli tužkou sama sebe, jak se vidíš dnes, jaká jsi, jak se cítíš, jak vypadáš teď.“*

Na prvním obrázku respondentka R1D zobrazila sama sebe v levém dolním rohu, jak sedí v koutě místnosti, s koleny pod bradou, smutná, se slzami na tváři, což mělo značit její tehdejší stav, sama sebe mi na obrázku popsala tak, že byla velice zoufalá, nedokázala myslet na nic jiného než na jídlo, a nevěděla, co má dělat. Zbytek obrázku zaplnila předměty – oko se slzami, koláč, který je přeškrtnutý, ruka s nožem přiloženým na zápěstí a kapkami krve, plato prášků a krabička s nápisem Tablety, sklenice s vodou a brčkem. Předměty mají podle R1D symbolizovat její myšlenky na sebevraždu, smutek, zakázané jídlo. Do pravého dolního rohu, tedy do identifikační oblasti, R1D nakreslila tři otazníky, což může znamenat, že tehdy nevěděla, kým je. Předměty na prvním obrázku spolu nejsou nijak propojené, je tam velký zmatek, chaos, nesoulad. Druhý obrázek R1D pojala velice formálně. Na levou polovinu nakreslila sama sebe, znázornila však pouze hlavu, dlouhé vlasy, úsměv, velké oči. Na druhou polovinu nakreslila hrnek s teplým nápojem a kousek dortu s vidličkou, a pod to velké slunce, které však působí poněkud nepřírozeně. Celé toto vyjádření jejího současného stavu, o kterém R1D tvrdí, že je vyrovnaný a klidný, s nepřítomností nemoci, je velice formální, jinými slovy, demonstuje to, jak si respondentka představuje, že by v současnosti sama sebe měla vidět. Na tomto obrázku jsou opět velké známky nepropojenosti, neuchopeného sebepojetí. Nedokreslená postava symbolizuje nesoulad s tělem, který tedy podle obrázku stále trvá. Nakreslený teplý nápoj a dort pouze poukazují na to, že jídlo hraje v životě respondentky stále hlavní roli, a že její zdravotní stav není stoprocentně jasný, není zde pochyb, že problémy s jídlem má a možná bude mít pořád.

Instrukce pro matku byly podobné, jako pro dceru, pouze jinak formulované: „Na jednu stranu papíru nakreslete tužkou svou dceru, jak ji vidíte s odstupem času, jaká byla podle Vás v době, když jí bylo nejhůř, když byla po krk v anorexii, kdy to pro ni bylo nejtěžší. Na druhou stranu papíru pak nakreslete tužkou svou dceru, jak ji vidíte dnes, jaká je, jak se podle Vás cítí, jak vypadá teď.“

R1M nakreslila na prvním obrázku do středu postavu, která je neurčitého pohlaví, mračí se, její tělo nemá žádné proporce, postava je celkově chudá a plochá. Do dolního pravého rohu umístila jídelní talíř s příborem a zákusky, a všechno jídlo přeškrtnla. Na druhý obrázek, který se od prvního příliš neliší, nakreslila postavu, která je jasně ženského pohlaví, má dlouhé vlasy, usmívá se, dokonce má znázorněné i šaty, k čemuž matka dodala, že její dcera dnes, když je zdravá, vypadá více žensky. V pravém dolním rohu je opět jídlo, tentokrát není přeškrtnuté. Co se týče matčina pojetí dceřiny nemoci, je jisté, že matka sama má problémy se sebepojetím, na což poukazuje velice chudé a prosté zobrazení obou postav. Celý problém dcery je zde zjednodušeně zobrazený, jedná se o velice pragmatický pohled matky na celou nemoc, je zjevné, že pro ni je situace taková, že dříve zde byly problémy s jídlem, a dnes již nejsou, jen díky tomu, že jídlo už nemusí být přeškrtnuté. Tím pádem matka dává najevo, že nechápe hlubší souvislosti onemocnění, a že považuje situaci za uzavřenou, a svou dceru za uzdravenou.

### 2.1.2 R2D a R2M

V případě R2D můžeme vidět větší změnu, zejména v tom, že na prvním obrázku autorka vůbec nepoukazuje na jídlo, ani na problémy s jídlem, ale spíše na svůj psychický stav. Zobrazuje zde sama sebe jako postavu, která má vcelku obvyklé proporce, je však smutná, pláče. Nad ní je v horním pravém rohu mrak s bleskem, který míří na ní, a z mraku prší. V pravém dolním rohu je nakreslena postava jakéhosi dítěte, které na dívku ukazuje a posmívá se jí. Toto vyobrazení zobrazuje autorčino zakotvení, přestože je zde smutná, stojí nohama pevně na zemi a uvědomuje si vážnost své situace. Postava posměváčka vybízí k dalším otázkám, týkajícím se jejího sociálního zařazení do kolektivu ostatních dětí v té době, a celkově jejích kontaktů s vrstevníky.

Na druhém obrázku můžeme vidět tutéž postavu, stojící nohama na zemi, její tělo vypadá uvolněněji, vyrovnaněji, usmívá se, má zvlněné vlasy, v ruce drží balonek na provázku. V pravém horním rohu je slunce, v levém dolním rohu kočka, kterou postava také drží na provázku. Toto zobrazení, přestože je velmi infantilní, poukazuje na to, že autorka vnímá souvislosti více, než R1D, jde správným směrem, vidí sama sebe dnes jako více atraktivní ženu. Celkově obrázek vyzařuje pozitivně a klidně.

Matka této respondentky, R2M, znázornila na prvním obrázku svou dceru jako lehce zdeformovanou postavu v hluboké jámě, která sahá až nad její hlavu. Postava má zvláštní proporce, je velice vyhublá, vypadá nezdravě, až neskutečně. Na druhém obrázku autorka znázornila svou dceru jako andělsky krásnou ženu, která má téměř dokonalé tvary, dlouhé vlnité vlasy a velká křídla, která jí vyrůstají ze zad. Postava se vznáší nad zemí, usmívá se. V pravém dolním rohu se objevuje jakási květina, která působí spíše masožravě, což může být odkaz na nedávné psychické problémy, od kterých se však žena/anděl vzdaluje a odlétá. Na obrázcích je patrné umělecké cítění matky, svou dceru vidí jako ženu, která na ni dříve působila jako postava bez osobnosti, bez duše, a nyní je podle ní člověkem, který našel svou vnitřní krásu.

### **3 Shrnutí výsledků**

V této části mé bakalářské práce bych ráda shrnula dosavadní poznatky, které jsem získala z provedeného kvalitativního výzkumu. Jsem si vědoma, že všechny zmíněné informace budou do jisté míry zatíženy mým subjektivním pohledem na věc a na rozhovory s respondentkami, považuji je však za pravdivé a v jednotlivých případech dostatečně objektivní k popsání potřebných jevů a k zodpovězení výzkumných otázek. Nejdříve budu odpovídat na výzkumné otázky specifické, v závěru této kapitoly se pak zaměřím na hlavní výzkumnou otázku.

#### **Specifická výzkumná otázka č. 1: Jaké byly/jsou okolnosti vzniku a rozvoje MA v kontextu vztahu mezi dcerou s MA a její matkou?**

Odpověď na následující výzkumnou otázku je podložena informacemi z kategorie Okolnosti vzniku a rozvoje MA. Tato kategorie se zaměřuje na vznik a raný

průběh onemocnění, na příčiny vzniku, příčiny motivace k pokračování, reakce rodiny, popř. matky, a jiné podobné aspekty.

Příčiny onemocnění uváděné respondentkami byly různé, od nespokojenosti s vlastním tělem, omezené možnosti např. při nákupu oblečení, zdravotní obavy v případě srdečních obtíží zhoršovaných obezitou, až po touhu být moderní a mít postavu jako mají modelky. Objevují se často důvody, odkazující na touhu naplňovat kulturní ideály ohledně vzhledu ženské postavy, který je udáván mimo jiné módním průmyslem. Obezita, která se často vyskytuje před nástupem MA, byla spojena s posměšky vrstevníků, pocity neatraktivity, nedostatku kontaktu s opačným pohlavím, a výčitkami kvůli velikosti svých tělesných proporcí. Všechny tyto souvislosti mají za následek nízké sebevědomí, které si dívky pomocí redukce váhy a vstupu do světa MA začaly postupně zvyšovat. MA může být zahájena také jako reakce na nepřijetí tradiční ženské role, může být projevem jisté emancipace, kdy si dívka přeje dokázat, že je sama o sobě silná a soběstačná, a že nepřijímá tradičně stanovenou představu o ženách, jejichž úkolem je plodit děti a starat se o domácnost.

Prvním krokem k hubnutí, hlídání váhy, kontroly potravy a měření tělesných tvarů může být příslib matky, že bude držet dietu spolu s dcerou, a tak ji podpoří v jejím snažení. Pochvala od vrstevníků, týkající se hubené postavy danou dívku později ještě více namotivuje k dalšímu snažení. V této fázi si připadá konečně atraktivní a doceněná, začíná mít dobrý pocit z vynechání jídla.

První reakce matky na rapidní úbytek váhy u dcery bývá většinou negativní, objevuje se strach, snaha dceři otevřít oči a vysvětlit jí, že její chování začíná být nebezpečné. Pokud dcera nereaguje, nastupují výhrůžky, např. týkající se návštěvy lékaře, psychologa či psychiatra a umístění dcery do psychiatrické léčebny. Pokud ani tehdy dcera nejeví zájem o zlepšení, matka se snaží dále domlouvat, přesvědčovat, dokonce i prosit. V takové situaci je často zoufalá, bezradná, problematice nerozumí, pokud ji tedy sama neprožila a nemá v tomto ohledu vlastní zkušenosti, které by mohla dceři předat. Dcera se snaží své nové jídelní návyky utajovat a má silnou potřebu je stále dodržovat, což matka snáší negativně, objevují se zde četné konflikty. V tomto období si matka a dcera většinou vzájemně příliš nerozumí.

## **Specifická výzkumná otázka č. 2: Jaké aspekty měl/má vztah mezi dcerou s MA a její matkou, v období propuknutí nemoci?**

Na tuto výzkumnou otázku lze odpovědět prostřednictvím kategorie Okolnosti propuknutí a průběhu MA, v níž zohledňuji pocity dívky během nemoci, pocity matky, chování celé rodiny, a vyhlídky respondentek do budoucna, týkající se MA a stravování obecně.

V období plného propuknutí MA se u nemocných dívek často vyskytují myšlenky na jídlo a výčitky s ním spojené, zdravotní problémy, psychické změny, zejm. změny nálad, podrážděnost, deprese. Objevuje se také nezáměr o muže a o cokoliv, co nesouvisí s jídlem, egocentrismus, myšlenky na sebevraždu, pocit nepochopení okolím a možné jsou i doprovodné psychické problémy.

Postoj matky je takový, že se snaží jakýmkoli způsobem dceři pomoci, přinutit ji k jídlu a přenést se přes vzájemné konflikty. Jejich vztah je založen na smlouvání, dohadování se, na častém lhaní ze strany dcery, která se snaží různými způsoby matčiny pravidla obejít a žít a jíst si po svém.

Pokud dojde k návštěvě psychiatra, která zanechá na dívce negativní dojem, nepříjemné vzpomínky nebo pocit ponížení, může to být velký problém v jejím dalším jídelním směřování, je tedy možné, že se její nemoc po takové zkušenosti ještě více prohloubí. V některých případech může dojít i na léčbu v psychiatrické léčebně, která bývá i opakovaná. Přestože je léčba sama vnímána často negativně, zejm. kvůli tomu, že je zde dívka jako pacientka nucena změnit své stravovací návyky a snažit se vrátit k normálnímu životu, což se jí v dané situaci nezamlouvá a čemuž se brání, díky léčbě může navázat kontakty s jinými lidmi s podobnými problémy. Tyto kontakty mohou vést až k přátelství na základě shodných zážitků. Důležitá je při léčbě také podpora ze strany rodiny, časté návštěvy, telefonování, psaní dopisů, apod. Ve většině případů je právě rodina tím, co dívku k léčbě přesvědčí, a díky podpoře rodičů, popř. sourozenců, je schopna se MA zbavit.

Názory na vratnost MA jsou sporné, v některých případech je dívka i její rodina přesvědčena o tom, že by znovu nemohla spadnout do tak závažného psychického stavu, že se vyrovnala se svou postavou i s jídlem, a naopak v jiných případech sama dívka přiznává, že má i po odeznění nemoci problémy se stravováním, že si stále hlídá



postavu, velmi často sportuje a drží různé diety. Dívky druhého případu také uvádí, že i když toto onemocnění opustilo jejich tělo, existuje stále v jejich mysli.

Dívky také často tvrdí, že právě díky tomuto onemocnění byly schopné nalézt vztah samy k sobě, ke svému tělu, a pečovat o něj lépe, než předtím, protože si uvědomily závažnost MA.

### **Specifická výzkumná otázka č. 3: Jaký byl/je vztah mezi dcerou s MA a její matkou?**

Tuto výzkumnou otázku budu zodpovídat pomocí kategorie s názvem Rodinné vztahy a vztah s matkou. Kódy zařazené do této kategorie se dotýkaly oblasti rodiny, rodinných vztahů, struktury rodiny, změn, ke kterým v dané rodině došlo, a pak také konkrétněji vztahu s otcem, s matkou, vztahu mezi matkou a otcem, apod.

Rodinné vztahy byly všemi respondentkami popisovány spíše pozitivně. Ve dvou případech ze čtyř dvojic respondentek jsou rodiče rozvedení, jejich rozvod probíhal v různém věku dcer, a různě ovlivnil jejich životy. Rozvod může mít dopad na dceřinu představu o rodinném modelu, která se tak zúží pouze na matku, a tím se jejich vztah ještě více prohloubil, téměř až do symbiotického spojení, které ani jedna z členek není schopna narušit bez negativních emočních psychických reakcí. Tato rodinná událost, pokud k ní dojde později, v období dceřina dospívání, může být také spouštěčem jejího onemocnění. Rozvod rodičů může mít za následek také negativní vztah mezi matkou a otcem, který je pak přenášen i na jejich děti.

Dcera může být také označena jako „vymodlené dítě“, potomek, na jehož příchod rodiče dlouho čekali, a jejíž narození jim změnilo život natolik, že si neuvědomili, jak velké naděje a očekávání do své dcery vkládají. Často k ní pak právě tímto stylem přistupují po zbytek života a kladou na ni nevědomě příliš velké požadavky.

Matka je v těchto případech pojímána zároveň jako nejdůležitější osoba, člověk, na kterém je dcera závislá, i v době, kdy spolu tyto dvě ženy nežijí v jedné domácnosti a dcera je již dospělá. Stále je zde silná potřeba kontaktu, jehož nedostatek je prožíván velice negativně, stejně tak, jako vzájemné odloučení. Tyto informace poukazují na nedostatečnou schopnost separace dcery od matky. Vztah s matkou může být v těchto případech i ambivalentní, dcera na jednu stranu matku popisuje jako úžasného

člověka, a na druhou stranu kritizuje její životní rozhodnutí a chování k dceři. Matka je také důvěrnice, které se dcera svěřuje se vším, co se jí v životě přihodí. Matka je často popisována jako hrdinka, která se obětuje pro svého muže a pro rodinu, ochotně ustoupí, aby všem splnila jejich očekávání, a svoje vlastní potřeby a přání staví až na poslední místo. Tato vlastnost je její dcerou obdivována a s velkou pravděpodobností bude i napodobována. Často se zde vyskytuje také přehnaná kontrola právě ze strany matky, která má tendenci svou dceru sledovat, hlídat, starat se o ni, i v době, kdy je dospívající či dospělá. Tato hyperprotektivita ze strany matky je dceři nepříjemná, ale ví, že z ní není úniku.

Vztah s otcem je popisován jako neutrální až velice pozitivní. Záleží na situaci, a na míře jeho přítomnosti v rodině. V případech, kdy byl otec v rodině přítomen po celé dětství dcery, je vztah silnější, a v době, kdy je testován negativním vztahem otce s matkou, je pravděpodobné, že dcera utvoří jistou formu koalice právě s otcem. V případech, kdy otec nebyl v dětství své dcery přítomen, je patrné, že jeho role v jejím životě i v jejím onemocnění je spíše pasivní, takový otec je emočně chladný, neutrální, a jeho celkový kontakt s dcerou není tak intenzivní, jako s matkou.

Co se týče výchovy, může být popisována jako autoritativní, otevřená, s důrazem na jasně stanovené hranice, ale zároveň s kamarádkým přístupem. V některých případech se objevuje silná tendence matky vychovat dceru tak, aby se jí podobala, aby zdělila její vlastnosti a schopnosti, což může být pro dceru velice omezující. Tato výchova se také často projevuje vštěpováním zásad týkajících se pořádku, pečlivosti, a je zde velice silný důraz na výkon dcery, na to, aby všechno výborně zvládala a měla ve všem skvělé výsledky. Mohou se zde vyskytovat také sklony k nezdravým stravovacím návykům, jako je např. vegetariánství, které jsou dětem předkládány již od raného dětství.

#### **Specifická výzkumná otázka č. 4: Co přinesla MA do vztahu mezi dcerou s MA a její matkou?**

Tato výzkumná otázka se týká konkrétních okolností vztahu v souvislosti s onemocněním MA, možných proměn ve vztahu, reakcí matky na dceřinu nemoc, a to

jak o nemoci smýšlí obě tyto ženy. Kódy příslušné k této otázce byly zařazeny do kategorie Vztah s matkou v souvislosti s MA.

Jak matka reaguje na to, že její dcera má problémy s jídlom, bylo již výše zmíněno. Pociťuje strach, zoufalství, beznaděj, snaží se všemožně dceru přinutit k jídlu a zachránit ji před vážnějšími zdravotními obtížemi, popř. smrtí. Tato mateřská reakce je naprosto přirozená. Matka se tímto snaží mít celou situaci bezpečně pod kontrolou, teprve pak se uklidní a začne s dcerou vyjednávat o tom, jak to bude dál. Časté jsou však konflikty mezi oběma ženami, každá má v tu chvíli jiný cíl – dcera chce dál hubnout a matka chce opak. Častý je celkově zvýšený zájem matky o dceru, právě kvůli jejímu onemocnění, což nahrává další úvaze – je možné, že dcera upadne do MA právě proto, aby na sebe upozornila a přitáhla pozornost matky, které se z různých důvodů vzdaluje. Může to být volání o pomoc, o přítomnost matky, o obnovení silného spojení z raného dětství, které bylo přerušeno dceřiným dospíváním a mnoha dalšími okolnostmi.

Názor matky na MA je různý, spíše se projevuje neporozumění a nepochopení ze strany matky, která má starost o zdraví své dcery. V případech, kdy má sama matka nějakou osobní zkušenost s onemocněním MA, je reakce jiná. I když může být překvapena, její pohled na nemoc je jiný, lépe může pochopit, co dceru vedlo k takovému jídelnímu chování, protože si právě tím sama prošla. V takovém případě, pokud si matka ovšem uvědomuje závažnost situace a je schopna o problému s dcerou hovořit, může dceři vysvětlit, v čem je ona pro ni špatným příkladem a co by měla dělat, aby se vyvarovala toho, co si ona sama prožila. To, že dceři vyjádří jisté porozumění, může být pro obě ženy úlevou, a mohou pak o situaci snadněji hovořit. Pokud si však matka neuvědomuje vážnost situace, u sebe, ani u dcery, je jejich spojení velmi nebezpečné, je pak časté, že matka podporuje dceru v hubnutí, chválí jí její dietní snažení a tím jí ještě více strhává do MA.

Objevuje se také možnost, že matka bere vinu za dceřino onemocnění na sebe, snaží se uvědomit si, co udělala špatně, zda šlo o chybu v celkovém přístupu, ve výchově, apod. Díky tomu, že však matka i dcera onemocnění společně zvládnou, se často sblíží, stmelí, a ještě více si pak rozumějí.

**Hlavní výzkumná otázka: Jaká je povaha vztahu mezi dcerou s MA a její matkou, v kontextu dceřiny nemoci?**

Odpovědí na hlavní výzkumnou otázku bude v podstatě syntéza odpovědí na otázky předešlé. Ve výzkumných otázkách specifických se jednalo o konkrétní oblasti vztahu dcery s MA a její matkou, v této otázce se však ptám na vztah jako celek. Budu se zde tedy zabývat popsáním okolností tohoto vztahu, který je provázaný s dceřiným onemocněním.

Rizikovým obdobím ve vztahu mezi matkou a dcerou je rané dětství dcery, kdy by se měla úspěšně dokončit její prvotní separace od matky. Pokud k tomu nedojde, mohou se objevit pozdější problémy, zejm. spojené s odloučením od matky, dospíváním a situacemi, kdy si dcera musí v životě poradit sama. V takovém případě se může stát, že se dcera uchýlí právě k MA, aby tak matku k sobě znovu připoutala, vzbudila její zájem a dosáhla z její strany takové péče, jaká jí byla poskytována právě v raném dětství.

Další okolností vztahu v souvislosti s MA je výskyt onemocnění u matky, tím pádem jsou tendence k nesprávným jídelním návykům, problémy s vlastním sebepojetím, nízké sebevědomí a nespokojenost s vlastním tělem, zakořeněny přímo v rodině, a je tehdy pro dceru velmi těžké neuvažovat stejně jako osoba, kterou byla primárně vychovávána. Často tak nevědomě matka své dceři předává jisté vlastnosti, schopnosti a návyky, které pro ni mohou být nebezpečné v případě, že se rozvinou až v MA.

Co se týče nároků, které rodina a zejm. matka kladou na svou dceru, tím spíše jsou vyšší, pokud je dcera jedináček, nebo prvorozená. Takto očekávané dítě se může stát předmětem, skrze který si rodiče, zejm. matka, budou chtít uspokojit své nesplněné potřeby, touhy a sny. Zároveň však budou chtít pro dceru jen to nejlepší, aby měla všechno na světě, všechno uměla, byla úspěšná, zdravá, a v případě matky, která je zvyklá fungovat pro rodinu a odkládat své vlastní potřeby na později také to, aby si dcera uměla věci odříkat v rámci nějakého většího dobra. Aby byla střídáma, pořádná, čistotná, pečlivá, tzn. v podstatě dokonalá. Tato touha po dokonalém dítěti, která je mu již od dětství vštěpována jako něco, čeho by se mělo držet, je také velice nebezpečná. Perfekcionismus, jaký u dcery rodiče svým chováním vzbuzují, jí snadno

zavede k touze po perfektní postavě, k uspokojení tím, že si odřekne večeři, protože nepotřebuje jíst, je dokonalá.

Obtížné je pro dceru zvládnout také nadměrnou kontrolu ze strany matky, která může být až dusivě nepříjemná. Matka se v takovém vztahu, zmítána strachem o své dítě a jeho zdraví, snaží dceru neustále hlídat, aby se jí něco nestalo, ať by to mělo být cokoliv. Pro dceru v takovém případě může být útočištěm právě jídlo a zaměření se na jídelní návyky, které si začne hlídat sama, stejným způsobem, jakým byla hlídána svou hyperprotektivní matkou.

Rozhodující je jistě také to, jak matka předá dceři pohled na ženskost jako takovou, jakou jí poskytne představu o ženské roli a ženský vzor v domácnosti. Dcera ji totiž v dospívání a dospělosti bude s největší pravděpodobností napodobovat. Pokud má před sebou obraz matky, která se neustále prohlíží v zrcadle, jí pouze nízkokalorická jídla a klade důraz na štíhlost, dcera bude tyto znaky považovat za správné aspekty ženskosti.

Všechny tyto nesprávné výchovné postoje, které podněcují v dcerách psychické problémy a v tomto případě i sklony k MA, většinou probíhají nevědomě, a mnoho matek se k nim nepřiznává. Dají se pouze vypozařovat z některých pasáží jejich verbálního projevu. Vztah dcery a matky jako takový, při probíhající MA, je plný nejistoty, strachu, obav, nedorozumění, hádek, vyjednávání, a výhrůžek. Matka, která je často nic netušící, a sama od sebe si není schopna vysvětlit, jak je možné, že právě její dceru tato nemoc postihla, se uchyluje k zoufalým činům, jako je vyhrožování, smlouvání, často se snaží stanovit dceři hranice, aby začala jíst jako dřív. Hlídá příjem potravy, váhu, tělesné proporce. Špatně snáší dceřiny stravovací návyky, depresivní nálady a podrážděnost. Často pociťuje, že se jejich vztah změnil, že jako matka udělala něco špatně, a že onemocnění své dcery zavinila. S dcerou není schopna komunikovat jako dříve, a pokud si MA sama neprošla, nedokáže ani v tu chvíli nahlédnout do jejího vnitřního světa. Dcera je v takové situaci sobecká, egocentrická, zajímá ji pouze jídlo a cítí, že vše dělá správně, že je na dobré cestě k tomu, aby byla štíhlá právě tak, jak sama chce. Matka je v tomto případě pouze překážka v jejím snažení, a vadí jí, že se jí snaží na cestě k cíli zabránit. Toto období se často prolomí během léčby, v době, kdy si dcera uvědomí, do jaké životu nebezpečné situace se dostala, a když se rozhodne, že

chce být zdravá a vyléčit se. V takovém případě matka přepne na roli podporující ženy, která udělá vše pro to, aby dceři vyhověla, „hlavně když bude jíst“. Podpora ze strany matky, jakožto nejdůležitějšího člověka je pro dceru přínosem, je jí příjemná, má pocit, že není na všechno sama a že se má o koho opřít. Není proto neobvyklé, že se s matkou díky překonání všech těchto problémů ještě více sblíží. Otázkou zůstává, jestli je to pro ně dobré, a jestli si dcera časem nenajde jinou záminku, jak vztah s matkou ještě více utužit, než právě MA.

## 4 Otázky k rozhovorům

### 4.1.1 Otázky k rozhovoru s dcerou

#### Otázky k rozhovoru – dcera

1) Krátká charakteristika probanda

-pohlaví: žena

-věk:

-práce/studium:

-přibližná délka trvání onemocnění:

-přibližné vymezení věku, kdy onemocnění trvalo:

2) Mentální anorexie

-Jak bys charakterizovala vznik tvé nemoci (kdy a čím to podle tebe všechno začalo?)

-Kdy sis poprvé uvědomila, že trpíš mentální anorexií?

-Jak bys charakterizovala vývoj té nemoci (průběh, doba trvání, komplikace, apod.)?

-Jaké zdravotní komplikace/následky onemocnění se u tebe projevily v minulosti/projevují dodnes?

-Jak mentální anorexie ovlivnila tvé vztahy s muži, partnerství, apod.? Měla jsi nějaké vztahy v průběhu nemoci?

-Podstoupila jsi/podstupuješ nějakou oficiální léčbu? Jak to probíhalo? Co ti léčba dala, a na co naopak nerada vzpomínáš?

-Máš nějakou zkušenost také s mentální bulimií? Pokud ano, můžeš ji blíže popsat?

-Doplňující otázky (v případě, že je respondentka již déle z mentální anorexie vyléčená):

Jak pohlížíš na svou nemoc jako takovou, s určitým odstupem?

Kdyby ses mohla vrátit do doby, kdy jsi byla nemocná, co bys udělala jinak?

Myslíš, že by se určité symptomy onemocnění mohly u tebe objevit i nyní?

### 3) Rodina

-Jak bys charakterizovala svou rodinu (struktura, členové, fungování, apod.)?

-Jak bys popsala vývoj tvé rodiny, od tvého narození (podle toho, co si sama pamatuješ – např. významné události, změny, apod.)?

-Jak spolu podle tebe v rodině komunikujete (kdo s kým více, kdo s kým méně, jak komunikace vypadá)?

-Jak bys popsala vztah tvých rodičů (co nejobjektivněji)?

-Jak bys popsala tvůj vztah s matkou (vývoj, změny, konflikty, komunikace, její chování a postoj k tobě)?

-Jak bys popsala tvůj vztah s otcem (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k tobě)?

-Pokud máš sourozence, jak bys popsala svůj vztah s ním? (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k tobě)?

-Jak bys charakterizovala výchovu tvých rodičů (od narození až po současnost – její styl, následky, výhody X nevýhody, apod.)?

-Jak se tvá rodina dozvěděla o tvé nemoci, a jaká byla jejich první reakce?

-Jak se k tobě rodina chovala během onemocnění (např. snažili se ti pomáhat, pokud ano, jak)?

### 4) Mentální anorexie a vztah dcery s matkou

-Kdybys měla tvou matku charakterizovat jako člověka, jako osobnost, jak bys ji popsala?

- Jaký byl/je podle tebe vztah matky k tvému otci (jak se k němu chová, jak o něm mluví, co k němu cítí)?
- Jaký je podle tebe postoj tvé matky k jídlu obecně (jaké v rodině zaváděla stravovací návyky, jak se sama stravuje)?
- Jak podle tebe vnímá tvá matka svou ženskou roli ve vaší rodině?
- Jak podle tebe tvá matka vnímala tvé dospívání a tvůj odchod z domova (pokud k němu došlo)?
- Jak podle tebe vnímá tvá matka celkově tvé onemocnění (její postoj k mentální anorexii)?
- Změnilo tvé onemocnění nějakým způsobem váš vzájemný vztah s matkou (pokud ano, jak)?

#### 4.1.2 Otázky k rozhovoru s matkou

##### Otázky k rozhovoru – matka

- 1) Krátká charakteristika probanda
  - pohlaví: žena
  - věk:
  - práce:
- 2) Mentální anorexie
  - Jak byste popsala obecně toto onemocnění, jaké jsou vaše informace o něm?
  - Jak byste charakterizovala vznik nemoci vaší dcery (kdy a čím to podle Vás všechno začalo)?
  - Kdy jste si poprvé uvědomila, že vaše dcera trpí mentální anorexií a jaká byla vaše první reakce?
  - Jak byste charakterizovala vývoj dceřiny nemoci (průběh, doba trvání, komplikace, apod.)?
  - Jak jste vy osobně prožívala onemocnění své dcery?
  - Co vám podle vás prostřednictvím své nemoci dcera chtěla sdělit?
  - Jak jste prožívala léčbu dceřiny nemoci (pokud proběhla)?



-Doplňující otázky (v případě, že je dcera respondentky již déle z mentální anorexie vyléčená):

Jak pohlížíte na dceřinu nemoc jako takovou, s určitým odstupem?

Kdybyste se mohla vrátit do doby, kdy byla dcera nemocná, co byste udělala jinak?

Máte pocit, že je dcera zcela vyléčená, a že by se u ní nemoc znovu nemohla objevit?

### 3) Rodina

-Jak byste charakterizovala svou rodinu (struktura, členové, fungování, apod.)?

-Jak byste popsala vývoj vaší rodiny, od uzavření Vašeho manželství (např. významné události, změny, apod.)?

-Jak spolu podle vás v rodině komunikujete (kdo s kým více, kdo s kým méně, jak komunikace vypadá)?

-Jak byste popsala váš vztah s manželem?

-Jak byste popsala váš vztah s dcerou (vývoj, změny, konflikty, komunikace, Vaše chování a postoj k ní)?

-Jak byste popsala vztah vaší dcery a jejího otce (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k ní)?

-Pokud máte další děti, jak byste popsala vztah vaší dcery a jejích sourozenců (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jejich chování a postoj k ní)?

-Jak byste charakterizovala váš a manželův výchovný styl ve Vaší rodině (proč jste zvolili právě tento, jaké vidíte výsledky)?

-Jaká byla reakce celé vaší rodiny, když jste se dozvěděli o dceřině nemoci?

-Jak se celá vaše rodina chovala k vaší dceři během její nemoci (např. snažili jste se jí pomáhat, pokud ano, jak)?

### 4) Mentální anorexie a vztah dcery s matkou

-Kdybyste se měla charakterizovat jako člověka, osobnost, jak byste se popsala?

-Jaký je váš vztah k vašemu manželovi (jak se k němu chováte, jak o něm mluvíte, co k němu cítíte)?

-Jaký je váš postoj k jídlu obecně (jaké jste v rodině zavedla stravovací návyky, jak se sama stravujete)?

-Jak vy osobně vnímáte svou ženskou roli ve vaší rodině?

-Jak jste vnímala období dceřina dospívání a její odchod z domova (pokud k němu došlo)?

-Jaký je váš celkový postoj k onemocnění vaší dcery a mentální anorexii obecně?

-Změnila nemoc vaší dcery nějak váš vzájemný vztah (pokud ano, jak)?

## 5 Ukázky rozhovorů

Pro ukázkou byly vybrány rozhovory s dvojicemi R1D + R1M a R2D + R2M.

### 5.1.1 Rozhovor s R1D

#### Rozhovor č. 1 - dcera

##### **Krátká charakteristika probanda**

**-pohlaví: žena**

**-věk: 25**

**-práce/studium: studium (policejní akademie)**

**-přibližná délka trvání onemocnění: 0,5 – 1 rok**

**-přibližné vymezení věku, kdy onemocnění trvalo: 14 – 15 let**

#### **1) Mentální anorexie**

**Jak bys charakterizovala vznik tvé nemoci (kdy a čím to podle tebe všechno začalo?)**

Ono to bylo tak, že v té době, když mi bylo 14, tak jsem vážila o 20 kg víc, než mám teď. Takže jsem byla poměrně taková kulička, takže mi začalo vadit, co se týče samozřejmě kluků, že si tě nikdo nevšímá s takovým tělem, protože jsi neatraktivní, nebo mě štválo, že si nemůžeš skoro ani oblečení koupit, mě skoro nic nikde nebylo, a ještě já jsem kardiak, takže by pro mě bylo blbý kvůli srdci nějak dál tloustnout, a jednou mi i doktorka řekla, že kdybych dál tloustla, že by

to nebylo dobrý. A tak jsem se nějak rozhodla, že zkusím pár kilo zhubnout, jen abych se zbavila prostě té tloušťky, jsme se dohodly s mamkou, že zhubneme spolu trošku. A to si vzpomínám tehdy, byl moderní hodně ten nápoj, ultra fit and slim, to se pilo, na redukci váhy, to jsme si vždycky rozmíchaly ve vodě. Takže to byl začátek, pak jsem samozřejmě si začala sledovat kalorie, naučila jsem se kalorický tabulky, počítat si ten příjem, a hodně jsem omezila, sladký, tučný, mastný, smažený věci, a tak. A začala jsem cvičit, každé večer jsem cvičila, dokonce jsem měla přesně vymezený čas, kdy se jí, a kdy se cvičí. Jo, a po šestý hodině večer už jsem nejedla. Tak se stalo, že jsem přes léto shodila asi 20 kg, což není vůbec zdravý, no. To jsem měla najednou 50 kg, když jsem přišla v září do školy, a všichni mi to chválili, jak jsem krásně zhubla. A to mě namotivovalo ještě víc, takže jsem si řekla, že by to chtělo ještě dalších 10 kg, že to ještě není dost. Potom jsem na podzim teda hodně zpřísnila ten příjem kalorií, to už jsem nejedla skoro nic. Nikdy se mi teda nestalo, že bych nejedla vůbec, to jsem jedla hodně malý porce, a nic tučného, pořád jen ovoce a zeleninu, celozrnný pečivo, ale kolikrát ve škole jsem měla třeba jen tic tac ke svačině. Samozřejmě doma jsem musela předstírat, že jím všechno, takže jsem si schovávala jídlo do ubrousků, nebo různě po pokoji, a pak jsem ho chodila vyhazovat do záchodu, aby to vypadalo, že jím. A občas, když jsem na to zapomněla, se stalo, že mi třeba mamka našla pod polštářem kus řízku, to pak bylo zle. Kolikrát jsem i ve škole, když jsem chodila na základce do školní jídelny, jsem dělala to, že jsem si nacpala plnou pusu tím jídlem, ale nespokla jsem to, a pak jsem dělala, jakože smrkám, a vyplivla jsem to do toho kapesníku a to jsem pak vyhodila. On se člověk v tomhle stádiu už pak naučí všechno kamuflovat, lhát, jen aby nemusel jíst. Ale vím, že jsem tehdy hrozně nechtěla, aby na to někdo přišel, tak jsem si pořád vymýšlela tyhle triky. A taky jsem pořád cvičila jako blázen, i když jsem neměla sílu, tak jsem cvičila i několik hodin denně.

#### **Kdy sis poprvé uvědomila, že trpíš mentální anorexií?**

Já si myslím, že už v té škole tehdy po prázdninách jsem si začala uvědomovat, že je něco špatně, když ty ostatní lidi tam normálně jí a svačí, a já ne. A že mi

padají vlasy, že nejsem prostě v pohodě. Takže podle mě jsem to věděla, ale nechtěla jsem si to připustit. Protože kdykoli se mě někdo zeptal, co se děje, tak jsem řekla, že jsem úplně v pohodě, že jen hodně cvičím a jím zdravě.

**Jak bys charakterizovala vývoj tvé nemoci (průběh, doba trvání, komplikace, apod.)?**

Tak já myslím, že nemoc začala koncem června 2004, když mi bylo 14, a trvala přes celý prázdniny, potom září, říjen, listopad, prosinec. Já to řeknu takhle, ono je hrozně těžký nad tím tak přemýšlet, protože je těžký stanovit nějakou přesnou dobu. Já jsem třeba v týchle době neměla už skoro vůbec menstruaci, ale třeba mamka si pamatuje, že v prosinci, na konci toho roku, na Štědrej den už jsem jako jedla, že jsem si dala i ten salát s tím řízkem, ale bylo to určitě málo. Ono se to zdá, že ta nemoc trvala dýl, protože i když pak jíš, tak pořád máš ty problémy, pořád nad tím přemýšlíš, ale přímo jako oficiálně konec, kde by to přestalo, to nevím. Určitě ve škole jsem ještě bláznila, po prázdninách tehdy, ve škole jsem rozdávala svačiny, a tak. Možná, že už ten listopad, prosinec, že to už jsem začala víc jíst, ale v tý hlavě to bylo pořád. Pořád jsem si to hodně hlídala, i podle kalorických tabulek, a pořád jsem cvičila jako magor. Takže konec jako takovej to určitě nebyl, protože jsem blbla dál. A není to tak dávno, co jsem si ještě vyčítala, že jsem si dala větší porci jídla, než jsem musela.

**Jaké zdravotní komplikace/následky onemocnění se u tebe projeví v minulosti/projevují dodnes?**

Tak určitě si vzpomínám, že mi byla pořád zima. Pořád jsem si ve škole sedala na topení, nemohla jsem se zahřát, a to mám do dneška, že jsem v zimě vždycky oteklá, i když mám na sobě několik vrstev. Potom určitě mi začaly vypadávat vlasy, lámaly se mi nehty. Jinak jsem měla žaludeční problémy, ale ty už zmizely, jakoby s tou nemocí. Pak co se týče menstruace, ta se mi sice vrátila, po nějakým čase, a hodně se ustálila, když jsem začala brát antikoncepci, ale dneska už jí neberu, a mám to pořád rozhozený, někdy mám menstruaci měsíc v kuse, pak jí zase nemám dlouho. Je to prostě tak, no. A komplikace, teda byly i z psychický stránky, byla jsem strašně protivná, na všechny. I ve škole, na

mamku, pořád jsem byla podrážděná, smutná, doma jsem často seděla v koutě a myslela jsem jenom na jídlo, na to jak chci umřít, jak se nechci trápit, a tak.

**Jak mentální anorexie ovlivnila tvé vztahy s muži, partnerství, apod.? Měla jsi nějaké vztahy v průběhu nemoci?**

Já paradoxně vlastně jsem chtěla být na jednu stranu hubená kvůli těm klukům, ale v pak v té době, kdy jsem byla nemocná, mě vlastně vůbec nezajímali. Protože jsem pořád myslela jen na jídlo, a kluci mi byli fuk. Ale v té době jsem neměla žádný vztah, tak to asi moc neovlivnilo, ta nemoc. A do té doby jsem neměla taky žádný vztahy, takže jsem to neměla s čím porovnávat. Ale myslím si, že kdybych měla partnera v té době, kdy jsem hubla, a kdyby to byl fakt partner, tak si myslím, že by mi pomohl, že by mě z toho vytáhnul. A když jsem měla přítele, bývalýho, na vejšce, tak on věděl, že jsem měla kdysi tyhle problémy, a všimla jsem si, že měl třeba tendenci se dívat, jestli si nedávám moc malý porce. Protože tím, jak jsem byla na té vejšce, pryč od rodiny, tak jsem znova zhubla, protože jsem si začala sama korigovat to jídlo.

**Podstoupila jsi/podstupuješ nějakou oficiální léčbu? Jak to probíhalo? Co ti léčba dala, a na co naopak nerada vzpomínáš?**

Já jsem teda měla to štěstí, že jsem nebyla léčená nikdy, ale přiznám se, že u doktora jsem byla, protože mamka mi kontrolovala váhu samozřejmě. A já jsem nastavila váhu, aby vážila víc. Jenže mamka na to samozřejmě přišla, takže mi tehdy řekla, že jestli zhubnu jedno kilo ještě, že pojedeme k doktorovi. Jenže já jsem to kilo samozřejmě zhubla, během týdne, nebo dvou, takže mě vzala napřed k dětskému lékaři, kterej mi řekl, že kdyby se to nezlepšilo, že to budeme řešit nějak. Jenže tehdy mi v tom zlepšení hodně pomohla rodina, a kamarádi. Rodina mi hodně pomohla v tom, že se mi třeba přizpůsobili v tom vaření, a začali vařit víc zdravě, a vyhověli mi v tom, že jsme začali odsávat tuk ze smažených věcí. A tím mě vlastně docela k tomu jídlu navedli, tou podporou. Nebo že třeba porce si můžu nandávat sama, tolik, kolik si myslím, že sním.

**Máš nějakou zkušenost také s mentální bulimií? Pokud ano, můžeš ji blíže popsat?**

To ne, to já jsem teda nikdy nezvracela, protože to nesnáším. Je pravda, že jsem to měla jako takovou zálohu, že kdyby nebyla jiná možnost, tak že bych si ten prst do krku strčila, ale nikdy na to nedošlo. Jednou jsem si koupila projímadlo, ale to nefungovalo, protože jak jsem nic nejedla, tak jsem neměla co dát pryč jakoby.

**Doplňující otázky (v případě, že je respondentka již déle z mentální anorexie vyléčená):**

**Jak pohlížíš na svou nemoc jako takovou, s určitým odstupem?**

No je to hrůza, byla to hrůza, nikdo, kdo to nezažil, tomu nikdy nemůže úplně porozumět, protože v tu dobu ti nikdo nevidí do hlavy, co se tam děje. Já mám pocit, že jsem byla úplně na dně, že jsem si sáhla fakt na dno, vím, jaký to je, a že už to nikdy nechci zažít. V tu dobu jsem měla taky heslo, že radši budu mrtvá, než tlustá, a často jsem přemýšlela, co kdybych skočila pod auto, nebo pod vlak, co by se stalo, a tak. A když si na to vzpomenu, tak pořád vidím temno, vidím nůž s krví, vidím prášky, protože jsem si tehdy říkala, že kdybych se chtěla zabít, že spolýkám prášky. A teď jsem v pohodě, většinou se usmívám, taková optimistka, věřím, že bude všechno v pohodě.

**Kdyby ses mohla vrátit do doby, kdy jsi byla nemocná, co bys udělala jinak?**

Já vlastně když jsem začala nějak trochu víc jíst tehdy, tak jsem pořád přemýšlela, jak to udělat, abych ale zůstala hubená. Takže jsem koketovala třeba s dělenou stravou, nebo pak jsem chvíli vedla takový styl, že jsem celý den nejedla, a pak jsem se najedla večer akorát. Nebo jsem si někde přečetla, že je ideální jíst po 2,5 hodinách, a tehdy jsem si to odpočítávala přesně na minuty, a nutně jsem to potřebovala dodržovat. A nedej bože, když bylo nějaký zpoždění, to jsem byla nepříčetná. A to jsem pak měla nervy i doma, že jsem potřebovala nutně oběd v určitou dobu, ale mamka ještě neměla vařeno, a já jsem dělala scény. Takže to byl další extrém. A pak když jsem teda začala jíst, tak jsem měla hrozný výčitky z toho, že bych měla sníst celou porci. Takže

jsem si tam vždycky kousek oddělila, a říkala jsem tomu „daň z jídla“. A tu část oddělenou jsem prostě nesnědla, že to už by bylo moc. To si takhle s odstupem říkám, že bylo vážně šílený, je pravda, že jsem to dělala ještě před pár lety. A teď už jím normální porce, víckrát denně, ale jím úplně všechno. A třeba hrozně miluju sladký.

**Myslíš, že by se určité symptomy onemocnění mohly u tebe objevit i nyní?**

Já občas když si dám víc jídla, než by mi v tu chvíli stačilo, když mi to fakt chutná, že si i přidám, tak to mám pak vždycky výčitky. Jako třeba příklad, dneska, jsem si dala ke snídani pár kousků koláče, plus ještě špičku likérovou, takže docela toho bylo dost, a dala jsem si to s chutí, ale pak jsem si hned říkala, to jsem nemusela tolik toho koláče, a tak. Takže, v současné době, jím všechno normálně, ale v té hlavě to pořád trochu mám. Ale můžu říct, že ještě před rokem a půl, jsem to ještě dost řešila to jídlo. Třeba v tom stylu, že jsem si naplánovala, co budu ten den jíst, aby to bylo nějak vyvážený, třeba jsem si naplánovala, že budu mít odpoledne ke svačině müsli s jogurtem, a třeba jsem byla doma, přišla mamka, a koupila čerstvý koláčky. A ve mně se to začalo mlátit, to jsem najednou bojovala s tím, jestli si dát podle plánu to zdravý jídlo, anebo si vzít ten koláček, protože je zrovna čerstvej. A člověk by si mohl říct normálně, dám si kafe, dám si koláček. Ale mě to tam začalo hned takhle hrát, jo – ne, jo – ne. A to si myslím, že je ještě to blbý, to je pořád ta nemoc v hlavě. Ale myslím si, že bych do toho znova už nespada tolik, jako tehdy, to moje rodina by si hodně začala všímat, kdybych začala blbnout. Takže teď si myslím, že už ne, ale tak dva roky zpátky, by se to možná ještě stát mohlo. Kolikrát ty problémy s jídlem od těch 14, i když už jsem měla tu nemoc jakoby za sebou, tam občas byly, většinou to bylo způsobené nějakými problémama ve škole třeba, nebo když jsem měla nějaký osobní problém. Ale myslím, že naplno by to nešlo zpátky, mě to jídlo začalo fakt chutnat, naplno si ho vychutnávám.

**2) Rodina**

**Jak bys charakterizovala svou rodinu (struktura, členové, fungování, apod.)?**

Já svojí rodinu úplně zbožňuju. Jsem jedináček, naši jsou teda rozvedení, takže vlastně žiju jenom s mamkou tady v bytě. Takže moje rodina je prostě mamka. S taťkou se teda vídáme, ale ne moc často, to spíš záleží, jak se shodneme časově. A výborný vztahy mám teda s rodinou od mamky. S rodinou od táty tak dobrý vztahy nemám, ani tam nikdy moc nebyli, upřímně. Ale babička s dědou, vlastně mamky rodiče, oni bydlí tady kousek, a vždycky když přijedu ze školy domů, tak je navštívím, i kdybych měla za nima zajít jen na hodinu posedět, tak vždycky je chci vidět. Takže svojí rodinu mám na prvním místě, a z mamky strany ještě strejda je tady poblíž, že se hodně vídáme. A pak velká část rodiny je na Moravě, tam jezdíme párkrát do roka. Taky se občas pohádáme no, klasika, výměna názorů nebo tak, já občas dokážu být hodně drzá, když na to přijde, i když bych neměla teda.

**Jak bys popsala vývoj tvé rodiny, od tvého narození (podle toho, co si sama pamatuješ – např. významné události, změny, apod.)?**

No, naši se rozvedli, to jsem možná byla v první třídě, ale už spolu nežili dýl. To oni už spolu nežili, když jsem byla mimino. Já už jako malá jsem věděla, že nemám ten model táta – máma. A já myslím, že ty důvody jsme řešily s mamkou párkrát, že prostě zjistili, že spolu žít nemůžou, že by to nedělalo dobrotu. Oni si asi nerozuměli, plus jeho povahový vlastnosti, a tak. A my tři jako rodina jsme spolu byli opravdu jen minimálně, a já nemám ani potřebu aby to tak bylo.

**Jak spolu podle tebe v rodině komunikujete (kdo s kým více, kdo s kým méně, jak komunikace vypadá)?**

Tak já komunikuju hlavně s mamkou, to je moje kamarádka, a nejdůležitější člověk na světě. A říkáme si všechno, vždycky to tak bylo, kromě teda té doby, kdy jsem byla nemocná, to jsem prostě měla svůj svět, a nechtěla jsem, aby o tom nikdo věděl. Ale jinak více méně, jsme pořád v kontaktu, i když nejsem doma, a když jsem třeba ve škole.

**Jak bys popsala vztah tvých rodičů (co nejobektivněji)?**



To oni v kontaktu nejsou vůbec, já myslím, že spolu nemají v tuhle chvíli už nic společného, kromě mě teda.

**Jak bys popsala tvůj vztah s matkou (vývoj, změny, konflikty, komunikace, její chování a postoj k tobě)?**

Mamka je pro mě jako kamarádka, který fakt věřím. To vždycky vim, že mi třeba poradí, a hlavně ví, jak na mě. Někdy když třeba se mi nedaří, nebo mám chuť něco vzdát, tak mamka ví jak mě vyburcovat, abych do toho šla. Občas se taky pohádáme, ale to bude asi i tím, že jsem povahou trochu po mamce, takže když já mám svůj názor, a ona má svůj názor, tak se to střetne, ale to si myslím, že má každá rodina. A já zas vim, že by mamka za mě dala život.

**Jak bys popsala tvůj vztah s otcem (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k tobě)?**

Já jsem v kontaktu s tátou tak, že většinou když přijedu k mamce, ze školy, tak mu zavolám, že tady jsem, a pak to záleží, jak to vyjde časově. Ale vídáme se, třeba dvakrát do měsíce, že zajdeme třeba na kafe.

**Jak bys charakterizovala výchovu tvých rodičů (od narození až po současnost – její styl, následky, výhody X nevýhody, apod.)?**

Mamka mě vždycky vychovávala spíš kamarádsky, i když nějaký ty hranice jsem měla, prostě občas mi řekla, tohle dělat prostě nebudeš, a to si myslím, že je třeba, aby měl člověk nějaký ty mantinely. Ale jinak byla vždycky kamarádka, i mi říkala, že jestli budu mít jakýkoliv otázky, ať za ní přijdu, ať už to budou kluci, sexuální život, nebo škola. A nestalo se mi asi nikdy, že by mi neodpověděla nebo mě nějak odbila, a ptala jsem se jí hodně. A myslím, že se mě snažila vychovávat, abych byla schopnej člověk, předat mi nějaký morální zásady, ale kamarádským přístupem. A vim, že jsou určitý věci, který kdybych udělala, tak mamku zklamu, že by to byla pro ni ztráta důvěry. Třeba mamka nemá ráda lež.

**Jak se tvá rodina dozvěděla o tvé nemoci, a jaká byla jejich první reakce?**

Mamka si samozřejmě všimla, že hubnu, začala mi právě tehdy kontrolovat váhu. A i ostatní si toho všimli, že nejím, že jsem smutná, nebo protivná, podrážděná, že pořád řeším jídlo, že mě to ovládá, a že to sama nezvládnou.

První reakce mamky byla, že jestli s tím sama něco neudělám, že mě odveze k doktorovi, jak jsem říkala.

**Jak se k tobě rodina chovala během onemocnění (např. snažili se ti pomáhat, pokud ano, jak)?**

Já jsem měla opravu maximálně podporu v tom, abych se uzdravila, mamka mě pořád hlídala, jako policajt. Ale vim, že to myslela dobře, že se o mě bála. A taky se mi hodně přizpůsobila doma, s tou zdravou výživou, protože hlavně chtěla, abych jedla.

### **3) Mentální anorexie a vztah dcery s matkou**

**Kdybys měla tvou matku charakterizovat jako člověka, jako osobnost, jak bys ji popsala?**

Moje mamka je hodná, kamarádká, pohodářka. Je taková energická, s ničím si nedělá hlavu, všechno zvládá, a to samé vždycky čekala i ode mě. Vychovala mě tak, abych si uměla se vším v životě poradit, jako ona.

**Jaký je podle tebe postoj tvé matky k jídlu obecně (jaké v rodině zaváděla stravovací návyky, jak se sama stravuje)?**

Určitě nikdy u nás doma nezaváděla nic, co by nějak ladilo s tou mojí nemocí. To spíš pak když chtěla, abych začala jíst, tak se mi hodně přizpůsobila s vařením, že začala vařit ty lehčí a zdravější jídla, abych jedla. Dokonce bylo období, kdy chtěla u toho jídla být, aby viděla, že fakt jim. A když zjistila, že ve škole to jídlo třeba vyhazuju, tak mi řekla, že jestli to takhle půjde dál, že řekne učitelce, aby mě hlídala, jestli jim svačiny. A v tomhle ta podpora rodiny je strašně důležitá, tam když člověk nemá to zázemí, tak se těžko vyléčí. A myslím, že i tohle je důvod, proč jsem nikdy nebyla na léčení taky.

**Jak podle tebe vnímá tvá matka svou ženskou roli ve vaší rodině?**

Já myslím, že tu ženskou roli mi předala určitě, i když asi nikdy nebudu vařit jako mamka. Z mého pohledu, si myslím, že to bylo asi docela těžký, vychovávat dítě, a být zároveň máma a táta, a dávat tomu dítěti tu ženskou složku, i tu mužskou složku. Ale mamka je v tomhle hodně samostatná, nebo někdy požádala rodiče, aby jí pomohli, ale v tomhle jinak dokázala dost, a předala mi

všechno, ať už se to týká úklidu, nebo i toho jak se bavit s chlapama, co chlapi nesnáší, a ty věci, z toho ženského pohledu.

**Jak podle tebe tvá matka vnímala tvé dospívání a tvůj odchod z domova (pokud k němu došlo)?**

Tak, myslím, že jí to hodně mrzelo, protože tu bydlíme jen my dvě spolu, a dřív jsem tu byla pořád, a najednou prázdko, že jsem vyletěla z hnízda. Ale mamka zas není ten typ, že by se tu sesypala, nebo se zhroutila, že tu nejsem. Myslím, že jako první týdny to bylo divný, ale že to vzala potom v pohodě. A že teď už to bere s nadhledem. A jsem pryč vlastně 6 let, že sem jezdím občas, tak že si asi zvykla, že si i dělám věci po svém. A zase jsme hodně v kontaktu, že je lepší, když o mě ví, kde jsem, co dělám, že má ten přehled i tak. My si voláme každý den.

**Jak podle tebe vnímá tvá matka celkově tvé onemocnění (její postoj k mentální anorexii)?**

Celkově to určitě nechápe, to mi říkala několikrát, proč to vůbec dělám, nebo proč jsem to dělala. To je její postoj, že nechápe, proč jsem chtěla umřít vlastně, kvůli tomu jídlu. A vždycky říkala, že jsem hubená holka, že to nemám zapotřebí.

**Změnilo tvé onemocnění nějakým způsobem váš vzájemný vztah s matkou (pokud ano, jak)?**

Během té nemoci si myslím, že jsem byla vůči mamce taková protivná. A občas byly situace, kdy na mě vyjela, nebo byla našťvaná. Hodně jí vadilo to, že si hlídám tu váhu, byla z toho hotová. Mluvila o tom i s jejím nejlepším kamarádem, a bála se tehdy dost. To se mísil strach s nějakou našťvaností u ní. A že by mi někdy řekla, že jsem tlustá, to vůbec ne. Naopak, vždycky mi říkala, že jsem hezká, hubená holka. Tak určitě se ten vztah nezměnil k horšímu, to si spíš myslím, že nás to stmelilo. Tak občas to vidím, že akorát má tendenci mě sledovat, v tom jídlu, ale to dělá i děda a babička. Jestli si nandávám, kolik si toho беру, abych měla všechno na tom talíři. Ne, že by to přešlo, bavíme se o tom, i jsme se vždycky bavily. Ale jinak se to vrátilo do normálu. Ne, že bychom dělali, že se nic nestalo, ale ani to není, že bychom se k tomu pořád vraceli. V tý

době, kdy jsem byla nemocná, jsem měla různé záchvaty, nebo i po tom, jsem jí pořád říkala, když jsme se hádaly, že to nikdy nemůže pochopit, jak mi bylo, že to nikdo nechápe, co se mi honilo hlavou. A to jsem jí i řekla, kolikrát, že do toho prostě nevidí. Ale vztah jako takovej, to nijak nepoškodilo.

## 5.1.2 Rozhovor s R1M

### Rozhovor č. 1 - matka

#### 1) Krátká charakteristika probanda

-pohlaví: žena

-věk: 48

-práce: okresní soud

#### 2) Mentální anorexie

**Jak byste popsala obecně toto onemocnění, jaké jsou vaše informace o něm?**

Moje informace, tak asi jako obecně má každá, z televize, ze zpráv, čtu o tom občas, je to prostě ošklivá psychická nemoc, která postihuje mladé holky. Prostě v dnešní době, chtějí být hubenější, než jsou, a pak si odpírají jídlo.

**Jak byste charakterizovala vznik nemoci vaší dcery (kdy a čím to podle vás všechno začalo)?**

Pro mě to úplně začalo tím, že když se narodila, tak nejedla. Takže byl problém s jídlem odmala, každá matka prostě chce vidět jak její dítě jí, a holka otevřela pusku a nic. Tím, že ona měla odmala problémy s tím jídlem, že nejedla, tak člověk měl pak radost, že jí. Ona tehdy byla na operaci srdce, protože jí tekla krev všude do těla, tak nejedla. Takže pak začala vlastně jíst, po tom roce, a po té operaci co měla za sebou, takže začala jíst a začala přibívat. To jsme nějak nereflekovali úplně, ale asi se jí zřejmě potom když byla starší, začali kamarádi a spolužáci ve škole posmívat, nebo prostě narážky nějaký, že je tlustá, proto prostě přestala jíst.

**Kdy jste si poprvé uvědomila, že vaše dcera trpí mentální anorexií a jaká byla vaše první reakce?**

No, protože už je to 11 let, bylo to v roce 2004, ten začátek asi úplně nevím, nepozorovala jsem, že by byla nějaká změna. Jako jedla, ale málo, ale nepozorovala jsem, že by třeba vyhazovala jídlo přede mnou, nebo tak. A pak teda byla svatba, že se ženíl můj nejlepší kamarád, a tam teda jsem si všimla, že nejí. Nebo jedla jenom hroznové víno, celý den. Tak jsme to začali řešit.

**Jak byste charakterizovala vývoj dceřiny nemoci (průběh, doba trvání, komplikace, apod.)?**

Napřed měla takový výkyvy, samozřejmě vypadávání vlasů, žádná menstruace, nálady úplně rozhozenost. Takže jsem říkala, že ještě chvíli, a budeme to řešit nějak radikálně. Samozřejmě jsme se jí snažili podporovat ze všech stran, ale nedala si říct, protože samozřejmě pořád říkala, jak je tlustá. Tak jsem pak řekla, pokud nezačneš nějak jíst, nebo něco, tak tě k doktorovi odvezu já sama. Byla jsem schopná jí tolerovat tejdén, 14 dní maximálně, a odvézt jí. Jsem říkala, že není možný, aby se zlikvidovala jen proto, že jí nějak blbec začal říkat, že je tlustá.

**Jak jste vy osobně prožívala onemocnění své dcery?**

Jak jsem to prožívala? Říkala jsem si, proč jí takzvaně ruplo v bedně, jestli je to fakt těma hloupejma řečma, nebo jestli sama k tomu došla takhle, k takovému rozhodnutí, víte co, je to dlouho. Nevybavuju si, že bych jí tlačila, možná jo, k tomu, aby se z toho dostala.

**Co vám podle vás prostřednictvím své nemoci dcera chtěla sdělit?**

No chtěla bejt prostě hubenější, než byla, chtěla se asi líbit klukům, kamarádům, to nevím, ale prostě pořád měla pocit, že je tlustá, pořád se vážila, měřila, nejedla, chtěla prostě pořád víc hubnout, i když už nebylo co, to jsem nechápala, jsem jí říkala, co tam chceš ještě hubnout.

**Jak jste prožívala léčbu dceřiny nemoci (pokud proběhla)?**

Ona léčená teda nebyla, akorát jsme byli u doktora, když to přesáhlo prostě meze, tak jsem jí posadila do auta, a jeli jsme. Tam se teda stanovily meze, a řeklo se, co budeme dělat, že jí budu kontrolovat, že musí jíst prostě.

**Doplňující otázky (v případě, že je dcera respondentky již déle z mentální anorexie vyléčená):**

### **Jak pohlížíte na dceřinu nemoc jako takovou, s určitým odstupem?**

No určitě bych byla nerada, kdyby se to znova vrátilo, ale věřím tomu, že je natolik dospělá a rozumná, že si dokáže odůvodnit, proč jí, že nejí proto, aby měla o kilo víc nebo míň, ale že to tělo jídlo potřebuje i k životu, a že taky ženská se určitě nějak vyvíjí a formuje. A že jinak bude vypadat v 15ti, jinak v 25ti, jinak ve 40ti, jinak po dětech, prostě ženský tělo je na to jinak uzpůsobený. Takže si říkám, jak to musí bejt hrozný, kolikrát se na to dívám v televizi nebo v časopise, jak ty dívky dneska s tím bojujou, víc a víc. A maj to v tý hlavě nějak převrácený, to prostě jediná naděje je psychiatr. Když dneska vidíte ty modelky, to je hrůza. Asi by si i rodiče měli dát pozor před dětma, jak mluví, o tom jídle, a o sobě.

### **Kdybyste se mohla vrátit do doby, kdy byla dcera nemocná, co byste udělala jinak?**

Já jsem v celku razantní člověk, a nenechala bych to nikdy dojít do stádia, kdy by ležela někde na kapačkách. Hlavně mám kolem sebe lidi, který to sami se mnou konzultovali a řešili, a kamarádi jí domlouvali, si myslim.

### **Máte pocit, že je dcera zcela vyléčená, a že by se u ní nemoc znovu nemohla objevit?**

Musim říct, že ještě do dneška, ne teda že by měla problémy, má normální stravovací návyky, jí pětkrát denně malý porce, sladký teda jí fenomenálně, což se divim. Ale občas ještě teď má takový výkyvy, jako „ježiš, já mám břicho“. Tak jí vždycky říkám, podívej se, ty jestli máš břicho, tak ty ostatní nevim, co maj, vždyť jsi hubená jak tyčinka. Ale jinak jako si myslim, že celkově v pohodě. Občas plánuje hodně jídlo, že ještě něco někde podvědomě tam je, ale nemá celkově problémy s jídlem.

## **3) Rodina**

**Jak byste charakterizovala svou rodinu (struktura, členové, fungování, apod.)?**

Moje rodina je moje dcera v první řadě, pak moji rodiče, a můj sourozenec. Dcera vždycky byla na prvním místě.

**Jak byste popsala vývoj vaší rodiny, od uzavření Vašeho manželství (např. významné události, změny, apod.)?**

No, rozvedli jsme se, za dva roky to bude 20 let, takže dceři bylo 6, nebo 7 let. Ale to si myslím, že na ní nemělo úplně vliv, tím jak byla malá, že to tak nevnímala úplně. Tím, že měla kolem sebe moje kamarádky, vrstevníky, a zůstala mezi dospělými, jí to asi tak nepřišlo, nebo aspoň mi to nikdy nenaznačila, nevyčetla.

**Jak spolu podle vás v rodině komunikujete (kdo s kým více, kdo s kým méně, jak komunikace vypadá)?**

My s dcerou se bavíme o všem, vždycky to tak bylo.

**Jak byste popsala váš vztah s manželem?**

Já s ním vůbec nejsem v kontaktu. Dcera jo, ale já s ním nemám nic společného. Ona je plnoletá, takže už nemáme důvod být spolu v kontaktu.

**Jak byste popsala váš vztah s dcerou (vývoj, změny, konflikty, komunikace, Vaše chování a postoj k ní)?**

Určitě máme kamarádskej vztah, asi to tak bylo vždycky. Já vim, že už třeba odmala, měla tendenci, se svěřovat, což je dobře, a to jsem jí říkala, aby si nenechávala pro sebe, pokud má nějaký starosti, radosti. Takže jsme před sebou nikdy neměly žádný tajnosti, nebo ona určitě ne. Já bych to na ní poznala, ona je taková, že neumí lhát. Samozřejmě teď si občas lezem na nervy, protože ona žije už v Praze, jak je tam ve škole, teď přijede, já tady už jako mám ten svůj klid, a pořádek, jsem na to zvyklá, a ona mi to rozhodí vždycky, na chvíli, je to jiný no, už je jí 25. Ale podle sebe si myslím, že máme pořádek dobrej vztah. Ona když bude mít nějaký problém, tak zvedne telefon a zavolá mě. Ale od mejch rodičů teda tam byl druhej problém, tam byla zase rozmazlovaná od malička.

**Jak byste popsala vztah vaší dcery a jejího otce (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k ní)?**

Já si myslím, že jako se vidí jak jednou za měsíc, řeknou si ahoj, a to je všechno. Jako nemají nic společného, ani nikdy neměli nic společného.

**Jak byste charakterizovala váš a manželův výchovný styl ve vaší rodině (proč jste zvolili právě tento, jaké vidíte výsledky)?**

Tak výchova byla vždycky na mě, určitě, snažila jsem se jí vychovat tak, aby byla samostatná, aby věděla, co se smí a co ne, aby měla ty mantinely nějak nastavený. Ale jinak jsme byly vždycky jako kamarádky, mohla mi všechno říct, s čímkoliv za mnou přijít a tak.

**Jaká byla reakce celé vaší rodiny, když jste se dozvěděli o dceřině nemoci?**

Tak první reakce byla asi babičky, která mi teda volala, protože tehdy dcera byla u nich v létě na prázdninách, a volala mi, že nejí. Tak jsem se ptala, jak jako nejí, nebo co se děje, a ona, že si všimla, že nejí, že se něco určitě stalo, že hodně zhubla a tak. To jsem se pak ptala dcery, ať mi to teda vysvětlí, jenže ona mi řekla, že babička přehání, ať to neberu vážně.

**Jak se celá vaše rodina chovala k vaší dceři během její nemoci (např. snažili jste se jí pomáhat, pokud ano, jak)?**

Určitě jsme se snažili, hlídali jsme jí, kolik si nandává, jestli jí pravidelně, jestli to jídlo nevyhazuje nikam, a tak.

#### **4) Mentální anorexie a vztah dcery s matkou**

**Kdybyste se měla charakterizovat jako člověka, osobnost, jak byste se popsala?**

Já nevím, jak bych se popsala, jsem samostatná, energická, myslím, že i společenská, mám hodně kamarádů, jsem realista. Beru věci, jak jsou.

**Jaký je váš postoj k jídlu obecně (jaké jste v rodině zavedla stravovací návyky, jak se sama stravujete)?**

Já jsem jí vedla k tomu, aby jedla všechno. Když byla malá, tak měla díru mezi komorami v srdci, a protejkala jí krev všude možně, a nechtěla pít mlíko. Takže ve 4 měsících byla na operaci, a pak začala jíst všechno. Třeba spoustu let nejedla hovězí maso, vepřový, ale to je asi tím jak se jí změnila chuť, tím věkem. Taky spoustu věcí nejí dodneška, to já taky.

**Jak vy osobně vnímáte svou ženskou roli ve Vaší rodině?**



No, snažila jsem se jí to předat, doufám, že jsem neudělala chybu. Ona určitě je ze 70% podobná mě, než svému otci. Je jiná v tom, jak studuje tu druhou vysokou školu už, věnuje se tomu, divadlu, komparzu, má jiný zájmy. A vařit jako moc neumí, pravda, ne jako já, ale to já zase měla předaný od mojí matky, takže v tom je to jiný. Ona se spíš spoléhá na to, že o víkendu přijede, nají se, já jí vyperu, vyžehlim. Ale jinak si myslím, že je připravená na to, žít jako dospělá ženská.

**Jak jste vnímala období dceřina dospívání a její odchod z domova (pokud k němu došlo)?**

Jak jsem to vnímala, no. Ona v tomhle je po mě, nemá problém navázat kontakty s novými lidma, mít nové přátele, a ani orientovat se v tom, jak žít bez maminky, v novém prostředí. Já taky s tímhle nemám problém, nebo teď už jo, jak jsem starší. Ale já asi jsem se s tím, že odešla, nesmířila do dneška, prostě je to jediný dítě. Ale vím, že je plnoletá, i když mám pořád takovej ten ochranný pud, potřebuju vědět, kde je, co dělá, vždycky to tak bylo. Ona se i každý den mi ozve, protože to ví, že se pak bojím, když nevím. Ale je to tím, že mám jen jí. Zvykla jsem si, že už je v Praze, že občas přijede domu, vím, že má i svůj názor na plno věcí. Ze začátku to bylo těžký, když se odstěhovala, jsem si pořád říkala, co tam ta moje holka dělá.

**Jaký je váš celkový postoj k onemocnění vaší dcery a mentální anorexii obecně?**

Já se k tomu stavím tak, že je to hrůza, jak si ničila tělo, a kvůli čemu? Kvůli tomu, že jí někdo řekl, že je tlustá? Já si myslím, že něco takového se muselo stát, jinak to nechápu. Ale to už je za náma, bych řekla, že dneska už je to pryč, a že prostě si tím prošla, zvládli jsme to, a snad už bude dobře, no.

**Změnila nemoc vaší dcery nějak váš vzájemný vztah (pokud ano, jak)?**

To si myslím, že se nezměnilo. My jsme měly dobrej vztah i předtím, pak bylo chvilku dusno, nevěděla jsem co s ní, dala jsem jí jasný ultimátum, prošli jsme si tím, ale čistej stůl máme, víme, že je to za náma, a ten vztah je pořád dobrej, to zas se nezměnilo, myslím, že v pohodě. Taky si občas lezem na nervy, to se stává, ale ona taky nikoho jinýho, pořádně nemá, než mě.

### 5.1.3 Rozhovor s R2D

#### Rozhovor č. 2 - dcera

##### 1) Krátká charakteristika probanda

-**pohlaví:** žena

-**věk:** 19

-**práce/studium:** nezaměstnaná

-**přibližná délka trvání onemocnění:** 2 roky

-**přibližné vymezení věku, kdy onemocnění trvalo:** 16-18 let

##### 2) Mentální anorexie

**Jak bys charakterizovala vznik tvé nemoci (kdy a čím to podle tebe všechno začalo?)**

Bylo to v průběhu deváté třídy. Chtěla jsem zhubnout. Měla jsem 80 kg. Tak jsem začala zdravě hubnout, řídila jsem se dietama, co jsem našla na internetu, cvičila jsem. Bohužel, čím víc jsem viděla, že jdou kila dolů, chtěla jsem ještě víc shodit.

**Kdy sis poprvé uvědomila, že trpíš mentální anorexií?**

Mě osobně to trvalo hodně dlouho, než jsem to pochopila. Pořád jsem si připadala tlustě, i když jsem měla 45 kg. Jenže pak už jsem na sobě začala pozorovat, že je se mnou něco špatně a mě pak došlo, že jsem opravdu nemocná.

**Jak bys charakterizovala vývoj tvé nemoci (průběh, doba trvání, komplikace, apod.)?**

Tak začalo to fakt nevinně. Jak jsem řekla, šlo mi jen o to zhubnout několik kg, abych se líbila sobě i ostatním. Ale postupem času se mi to prostě vymklo. Začala jsem se až moc hlídat. Vážila jsem se klidně i 5x denně. Přestala jsem úplně jíst sladké, pila jsem jen čistou vodu. Pak jsem vydávala ze sebe třikrát více energie, než kterou jsem dostávala z jídla. A tím jsem začala kolabovat. Začaly mi hrozně padat vlasy, lámaly se mi nehty. Ztratila jsem menstruaci. A hlavně, byla mi neuvěřitelná zima.

**Jaké zdravotní komplikace/následky onemocnění se u tebe projevily v minulosti/projevují dodnes?**

Ztráta menstruace, lámání nehtů, padání vlasů. Popraskaná a vysušená pokožka, mastná pleť. Teď už žádné takové problémy nemám.

**Jak mentální anorexie ovlivnila tvé vztahy s muži, partnerství, apod.? Měla jsi nějaké vztahy v průběhu nemoci?**

V průběhu mentální anorexie, byli chlapi to poslední, co jsem řešila. Měla jsem jen jednu krátkodobou známost. Muži mě tehdy absolutně nezajímali.

**Podstoupila jsi/podstupuješ nějakou oficiální léčbu? Jak to probíhalo? Co ti léčba dala, a na co naopak nerada vzpomínáš?**

Ano, když jsem vážila 40 kilo, nemocnice mě poslala do Léčebny v Havlíčkově Brodě, abych se šla léčit. Byla jsem tam 3 měsíce. Jak poprvé tak i podruhé. Léčba probíhala formou vykrmování. Musela jsem se celý den jen krmit spoustou jídla. Abych přibrala. Upřímně pozitivní věc, co mi léčebna dala, byli skvělí kamarádi. Poznala jsem tam spoustu nových lidí, na které mám krásné vzpomínky. Negativní bylo, že mi z toho všeho jídla, bylo někdy opravdu špatně.

**Máš nějakou zkušenost také s mentální bulimií? Pokud ano, můžeš ji blíže popsat?**

Nikdy jsem se nenacpala a neběžela to vše vyzvracet. Nikdo mi to tehdy nevěřil, ale to co jsem snědla, jsem prostě vycvičila.

**Doplňující otázky (v případě, že je respondentka již déle z mentální anorexie vyléčená):**

**Jak pohlížíš na svou nemoc jako takovou, s určitým odstupem?**

Byla to velká blbost. Nikdy jsem si nemyslela, že by u mě někdy k tomuhle došlo. Hodně dlouho mi trvalo, než jsem zase začala mít ráda jídlo. Ale děkuji zase osudu za takovou zkušenost, změnilo mě to, a díky tomu jsem taková, jaká jsem teď.

**Kdyby ses mohla vrátit do doby, kdy jsi byla nemocná, co bys udělala jinak?**

Všechno bych udělala jinak, jakmile bych zjistila, že se neumím kontrolovat, začala bych to nějakým způsobem řešit, šla bych k doktorovi, k psychologovi. Nemělo to zajít až do léčebny.

**Myslíš, že by se určité symptomy onemocnění mohly u tebe objevit i nyní?**

Teď už vážně ne. Naučila jsem se jídlo milovat a miluju ho pořád.

### **3) Rodina**

**Jak bys charakterizovala svou rodinu (struktura, členové, fungování, apod.)?**

Mám starší ségru, která se odstěhovala v průběhu mé nemoci, a během anorexie se mi rozvedli rodiče. Nebylo to pro nás ani pro jednoho tohle vše jednoduché. Svou rodinu mám ráda, i když není perfektní, a i když máme problémy nebo neshody.

**Jak bys popsala vývoj tvé rodiny, od tvého narození (podle toho, co si sama pamatuješ – např. významné události, změny, apod.)?**

Jedinou významnou změnu, co jsem začala pociťovat kolem těch 14 let, bylo, že má rodina nebyla moc šťastná. Rodiče se pořád hádali. A pak přišla ta nemoc. A nakonec se rodiče rozvedli.

**Jak spolu podle tebe v rodině komunikujete (kdo s kým více, kdo s kým méně, jak komunikace vypadá)?**

Teď jsem ve velmi dobrém vztahu s otcem, s mamkou máme dobré vztahy, i když dříve byly mnohem lepší. Se sestrou se vídám, jak nejčastěji to jde. Vycházíme spolu.

**Jak bys popsala vztah tvých rodičů (co nejobjektivněji)?**

Jsou rozvedení. Táta má mamku pořád rád, ale bohužel ona už je jinde. Snesou se.

**Jak bys popsala tvůj vztah s matkou (vývoj, změny, konflikty, komunikace, její chování a postoj k tobě)?**

S mamčou mám dobrý vztah. Změny proběhly, když si našla přítele. Odcizily jsme se od sebe. Ovšem když jsem měla anorexii, starala se o mě, jak nejlépe uměla a za to jí jsem moc vděčná. Nyní se často vídáme a povídáme si. I přesto, že si teď nejsme moc blízké, miluji svou mámu.

**Jak bys popsala tvůj vztah s otcem (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k tobě)?**

Tak během několika let proběhly obrovské změny. Nejdřív jsem se s otcem nechtěla vůbec po tom všem bavit, ten jejich rozvod se mnou dost zamával, ale i přesto jsme si k sobě opětně našli cestu. Nyní u taťky žiju a jsem spokojená.

**Pokud máš sourozence, jak bys popsala svůj vztah s ním? (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k tobě)?**

Mám starší sestřičku. Bereme se jako sestry, vážíme si každého okamžiku, kdy jsme spolu. Hodně mě tehdy v nemoci podržela. Jí patří taky velký dík.

**Jak bys charakterizovala výchovu tvých rodičů (od narození až po současnost – její styl, následky, výhody X nevýhody, apod.)?**

Oba dva rodiče se snažili mě i sestře udělat hezké dětství. Starali se o nás, jak rodiče mají. Brali nás i na dovolené k moři. Bohužel, když jsem byla v pubertě, viděla jsem, že se pomalu ale jistě naše rodina rozpadá hlavně věčnými hádkami rodičů. Nic už nebylo jako dřív. Dětské brýle se prostě sundaly a já pochopila, že je v naší rodině něco špatně. A taky to nakonec dopadlo rozvodem.

**Jak se tvá rodina dozvěděla o tvé nemoci, a jaká byla jejich první reakce?**

Rodiče se mě snažili nutit do jídla. Pořád a stále, ale já je zkrátka neposlouchala. Což byla chyba. Kdybych to tenkrát udělala, nic takového by se nestalo. Pořád se snažili o to, abych zase byla taková, jako jsem byla dřív, jenže já je nevnímala. Lituju toho.

**Jak se k tobě rodina chovala během onemocnění (např. snažili se ti pomáhat, pokud ano, jak)?**

Rozhodně se mi snažili pomáhat. Rodina mi byla v mojí nemoci obrovskou podporou. Chodili za mnou do nemocnice, a pak mě jezdili navštěvovat i do léčebny. Bez kontaktu s nimi, bych to nikdy nezvládla.

#### **4) Mentální anorexie a vztah dcery s matkou**

**Kdybys měla tvou matku charakterizovat jako člověka, jako osobnost, jak bys ji popsala?**

Moje matka je zkrátka anděl. V době anorexie, se ke mně chovala naprosto úžasně. Dávala mi veškerou lásku, podporu, optimismus. Je to člověk, který ale také ovšem postupem času, se mění. Všichni se měníme, ale mamča se za krátkou dobu změnila hodně. Nevyčítám jí to, pokud je šťastná, nemám jí to za zlé. Hodně jsme se odcizily, když začala po rozvodu žít s novým přítelem a tátu, mě a ségru přesunula na druhou kolej. Ale i tak je to prostě moje máma a já jí miluju takovou, jaká je.

**Jaký byl/je podle tebe vztah matky k tvému otci (jak se k němu chová, jak o něm mluví, co k němu cítí)?**

Díky rozvodu spolu rodiče prakticky přestali mluvit. Mamka po tom všem se k tátovi chová podle mě chladně, ovšem posoudit to také zase nemůžu. Jediné co u soudu řekla, je to, že k němu cítí nenávisť, a to mě hodně mrzelo, bylo to prostě příliš.

**Jaký je podle tebe postoj tvé matky k jídlu obecně (jaké v rodině zaváděla stravovací návyky, jak se sama stravuje)?**

Je to trošičku ode mě možná zlé, ale řekla bych, že mamča sama nyní trpí menší poruchou jídla. Vždycky prostě vypadala jako správná žena. Měla hezký zadek, prostě normální postavu. Ale nyní je zkrátka hubenější o hodně víc, než dřív. Vyvrací mi to, ale hlídat jí také nemůžu. Je dospělá, měla by sama nejlépe vědět, co má či nemá dělat. Jinak když jsme byli jako rodina spolu, vařila mamča jako každá jiná máma. Mamka umí vařit supově.

**Jak podle tebe vnímá tvá matka svou ženskou roli ve vaší rodině?**

Nejsme už rodina, těžké něco k téhle otázce říct. Přejde mi, že když jsme byli rodina, byla mamka víc žena, byla spokojená se sebou, jaká je. Ale teď se snaží měnit tak, aby se to líbilo jejímu příteli, aby se mu líbilo, jak vypadá, jak se chová, a tak. To mi nepřejde dobré.

**Jak podle tebe tvá matka vnímala tvé dospívání a tvůj odchod z domova (pokud k němu došlo)?**

Mamka vnímala mé dospívání v pohodě. Nosila jsem domů dobré známky, nechodila jsem někde po nocích venku. Chovala jsem se tak, jak si mě vychovala. Myslím si, že než přišla anorexie, vše bylo v pořádku. Můj odchod

z domova byl, když už rodiče byli rozvedení a sama mamka už někoho měla. Brala to v klidu.

**Jak podle tebe vnímá tvá matka celkově tvé onemocnění (její postoj k mentální anorexii)?**

Sama je teď už vděčná za to, že je to všechno za námi.

**Změnilo tvé onemocnění nějakým způsobem váš vzájemný vztah s matkou (pokud ano, jak)?**

Určitě mohu říct, že když jsem trpěla mentální anorexií, spojily jsme se do jedné. Braly jsme se jako nejlepší kamarádky. Teď je to už jiné, ale je to pochopitelné. Každá máme svůj život.

#### 5.1.4 Rozhovor s R2M

##### Rozhovor č. 2 - matka

###### 1) Krátká charakteristika probanda

-pohlaví: žena

-věk: 41

-práce: prodavačka

###### 2) Mentální anorexie

**Jak byste popsala obecně toto onemocnění, jaké jsou vaše informace o něm?**

Popsala bych to slovy, že jsem viděla, co to udělalo s mojí dcerou. Víím o tom v tuhle chvíli skoro všechno. Je to pro mě něco nepochopitelného, ještě pochopím, že ty holky chtějí trochu zhubnout, vypadat hezky, ale proč to nechají zajít tak daleko, že nejí nic a vypadají jako kostry, to nechápu.

**Jak byste charakterizovala vznik nemoci vaší dcery (kdy a čím to podle Vás všechno začalo)?**

Podle mě to začalo už tím, že chtěla něco shodit. Já jí v tom podporovala. Když nějaké to kilo shodila, pochválila jsem jí, protože jí to moc slušelo. Jenže potom začala hubnout čím dál víc, a já když jsem jí řekla, ať už toho nechá, ona mě neposlechla.

**Kdy jste si poprvé uvědomila, že vaše dcera trpí mentální anorexií a jaká byla vaše první reakce?**

V tu chvíli jsem nevěděla, co mám dělat. Snažila jsem se dceru přinutit k tomu, aby jedla. Jenže ona mě vůbec nechtěla poslouchat. Pořád dokola jsem jí říkala: „jez“, pořád. Ale ona to nechtěla ani slyšet.

**Jak byste charakterizovala vývoj dceřiny nemoci (průběh, doba trvání, komplikace, apod.)?**

Když zhubla prvních 15 kg, byla jsem na ní vážně hrdá. Moc jí to slušelo. Říkala jsem jí, že už to vážně stačí, že už hubnout nemusí, že jí to moc sluší. Ale jí to bylo pořád málo. Potom začala pořád jen cvičit, a cvičit a jídlo se jí na talíři objevovalo jen pomálu. Začala jsem mít o svou holčičku velký strach. Začala jsem tušit, že se zkrátka s ní něco děje. A že jestli to takhle půjde dál, že to nemusí dobře skončit.

**Jak jste vy osobně prožívala onemocnění své dcery?**

Hrozně osobně. Všechno, co se za tu dobu událo, když dcera trpěla mentální anorexií, mě hrozně bolelo u srdce. Snažila jsem se být před ní silná. Snažila jsem se jí motivovat. Snažila jsem se být jí oporou.

**Co vám podle vás prostřednictvím své nemoci dcera chtěla sdělit?**

Osobně ani nějak netuším. Ale po čase mi došlo, že mohlo jít o signál toho, že problémy, co jsem řešila se svým bývalým manželem, jí hodně moc ranily. Možná proto se tak změnila.

**Jak jste prožívala léčbu dceřiny nemoci (pokud proběhla)?**

Emočně. Jezdila jsem za ní, jak nejčastěji to jen šlo. Když jí to lékaři dovolili, brala jsem jí domů i na víkendy, které jsme si společně vždy užili. Volala jsem jí každý den. Snažila jsem se jí pomoci.

**Doplňující otázky (v případě, že je dcera respondentky již déle z mentální anorexie vyléčená):**

**Jak pohlížíte na dceřinu nemoc jako takovou, s určitým odstupem?**

Myslím si, že má dcera si prošla neuvěřitelným peklem. Ovšem to já také, ale nikdo nemůže vědět, jak se ta holčička tam mohla cítit. Jsem ráda, že už je vše v pořádku a že, je má dcera taková, jaká je.



**Kdybyste se mohla vrátit do doby, kdy byla dcera nemocná, co byste udělala jinak?**

Když bych se mohla v tu dobu vrátit, hned jak bych viděla, že nechce jíst, nebo že přehnaně moc cvičí, zarazila bych jí. Kdyby to tenkrát šlo vrátit zpět.

**Máte pocit, že je dcera zcela vyléčená, a že by se u ní nemoc znovu nemohla objevit?**

Myslím si, že dcera už je z toho venku. Ano, sice teď je možná se svou postavou nespokojená, jak říká, ale moc jí to sluší. A doufám, že už se to nevrátí.

### **3) Rodina**

**Jak byste charakterizovala svou rodinu (struktura, členové, fungování, apod.)?**

Mám dvě krásné dcery, které miluju. V nynější době mám úžasného přítele.

**Jak byste popsala vývoj vaší rodiny, od uzavření Vašeho manželství (např. významné události, změny, apod.)?**

Od té doby, co jsem si tenkrát vzala svého bývalého manžela, se staly dvě významné události. A to bylo narození našich dcer. Pak tedy došlo i na rozvod.

**Jak spolu podle vás v rodině komunikujete (kdo s kým více, kdo s kým méně, jak komunikace vypadá)?**

S dcerami komunikuju, jak nejvíc to jde. Mám ráda obě dvě stejně. S bývalým manželem se nestýkám. Jen pokud je to nutné, ohledně nějakého papírování.

**Jak byste popsala váš vztah s manželem?**

Nyní už k němu nic necítím. Měli jsme velké neshody, pořád jsme se hádali, nerozuměli jsme si. Myslím, že jsme oba cítili, že prostě spolu dál být nemůžeme, dlouho jsme rozvod odkládali kvůli dcerám. Ale chtěla jsem ho hlavně já, chtěla jsem to už ukončit a přestat se trápit.

**Jak byste popsala váš vztah s dcerou (vývoj, změny, konflikty, komunikace, Vaše chování a postoj k ní)?**

Myslím si, že s mou dcerou nemáme špatný vztah. Popovídáme si, zasmějeme se spolu. Prostě máme snad spolu vztah jako matka s dcerou. Bohužel, už si nejsme tak blízké jako dřív, od doby, kdy jsem se odstěhovala ke svému příteli.

Myslím, že to dcera nenese moc dobře, ale snaží se a chápe, že takhle je to pro mě lepší.

**Jak byste popsala vztah vaší dcery a jejího otce (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jeho chování a postoj k ní)?**

Tak v tuhle chvíli bych řekla, že mají velmi dobrý vztah, protože má dcera u něho žije a myslím, že je tam i spokojená.

**Pokud máte další děti, jak byste popsala vztah vaší dcery a jejích sourozenců (vývoj, změny, konflikty, komunikace, jejich chování a postoj k ní)?**

Tak jak jsem řekla, mám dvě dcery. A podle mého názoru se k sobě chovají tak jako normální sestry. Vídají se spolu, mají se rády.

**Jak byste charakterizovala váš a manželův výchovný styl ve vaší rodině (proč jste zvolili právě tento, jaké vidíte výsledky)?**

Snažili jsme se dát holkám vše, co potřebovaly. Nechtěli jsme, aby snad byly nějak rozmazlené, nebo tak, ale v rámci peněz a možností, jsme se snažili o to, aby naše dcery měly spokojené dětství.

**Jaká byla reakce celé vaší rodiny, když jste se dozvěděli o dceřině nemoci?**

Všichni jsme z toho byli nešťastní. Nevěděli jsme, co se bude dít dál, nebo jak to skončí. Měli jsme o ni velký strach.

**Jak se celá vaše rodina chovala k vaší dceři během její nemoci (např. snažili jste se jí pomáhat, pokud ano, jak)?**

Všichni jsme se dceři snažili pomoci. Opravdu celá rodina, byla pro dceru velkou oporou, a sama řekla, že prý bez nás by to nedokázala se z toho dostat.

#### **4) Mentální anorexie a vztah dcery s matkou**

**Kdybyste se měla charakterizovat jako člověka, osobnost, jak byste se popsala?**

Jsem klidná, optimistická žena, která má ráda legraci. Jsem usměvavá, vyrovnaná, někdy nervní, ale to jsme asi každý.

**Jaký je váš vztah k vašemu manželovi (jak se k němu chováte, jak o něm mluvíte, co k němu cítíte)?**

Nemám k bývalému manželovi žádný vztah. S přítelem jsem šťastná.

**Jaký je váš postoj k jídlu obecně (jaké jste v rodině zavedla stravovací návyky, jak se sama stravujete)?**

Tak snažila jsem se rodině vždy dobře uvařit. Nyní já sama jím dobře.

**Jak vy osobně vnímáte svou ženskou roli ve vaší rodině?**

To je těžké na tohle odpovědět. Nyní žiji v jiné rodině. A myslím si, že mě rodina bere takovou, jaká jsem.

**Jak jste vnímala období dceřina dospívání a její odchod z domova (pokud k němu došlo)?**

Má dcera byla vždy moc šikovná. Strašně moc ráda kreslila a její výtvary byly opravdu moc krásné. Učila se, domů nosila dobré známky. Chovala se jako normální dítě. Její odchod z domova jsme vyřešili v pohodě mezi sebou.

**Jaký je váš celkový postoj k onemocnění Vaší dcery a mentální anorexii obecně?**

Myslím si, že pro dceru a pro nás pro všechny to bylo velmi zlé období. Hodně se toho stalo, spoustu nocí jsem kvůli dceři proplakala. Prosila jsem dokonce i Boha, aby mojí holčičce pomohl. Aby jí konečně otevřel oči. Nikdy bych už tohle nevrátila. Nikdy. Věřím v to, že už je to vážně všechno za námi.

**Změnila nemoc vaší dcery nějak váš vzájemný vztah (pokud ano, jak)?**

Je pravda, že když má dcera trpěla anorexií, my jsme si k sobě našly krásný vztah. Teď už se to sice trochu změnilo, ale i tak, nedám na svou dceru nikdy dopustit.