

Univerzita Karlova
Pedagogická fakulta
Katedra psychologie

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Dospělé ženy s poruchou příjmu potravy

Adult women with eating disorder

Bc. Jana Zachová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Markéta Švamberk Šauerová, Ph.D.

Studijní program: Psychologie

Studijní obor: Psychologie

Odevzdáním této diplomové práce na téma Dospělé ženy s poruchou příjmu potravy potvrzuji, že jsem ji vypracovala pod vedením vedoucího práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále potvrzuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 13.4.2024

.....

Bc. Jana Zachová

V následujících řádcích bych chtěla poděkovat vedoucí této diplomové práce, doc. PhDr. Markétě Švamberk Šauerové, Ph.D., za laskavý přístup, inspirativní vhledy a především za čas, který věnovala pečlivému vedení mé práce. Velké díky patří respondentkám za jejich otevřenost, projevenou důvěru a ochotu se účastnit výzkumu. Nemohu opomenout ani poděkování Centru Anabell, z. ú., za to, že mi umožnilo provedení výzkumu. V neposlední řadě děkuji své rodině, přátelům a partnerovi za jejich trpělivost a podporu v průběhu mého studia.

ABSTRAKT

Cílem této diplomové práce je co možná nejlépe porozumět jedinečné zkušenosti dospělých žen s poruchou příjmu potravy a identifikovat klíčová témata, které se s tímto fenoménem pojí. Pro tuto práci byl zvolen kvalitativní přístup. Jako konkrétní metoda byla vybrána Interpretativní fenomenologická analýza, jejíž záměrem je porozumění žité zkušenosti člověka. Výzkumný vzorek tvoří pět žen, které se nyní nacházejí ve věku odpovídající střední dospělosti. Každá z nich má zkušenost s dlouhotrvající poruchou příjmu potravy. Sběr dat probíhal za pomoci polostrukturovaných rozhovorů a následná analýza odpovědí respondentek probíhala ve dvou krocích. Nejdříve byly zkoumány zkušenosti jednotlivých žen a jejich základní schémata, přičemž byly zdůrazněny podstatné vlastnosti a rysy respondentek. Na druhé úrovni byla identifikována společná témata a kategorie zkoumaných osob. Konkrétně se jedná o nefunkční rodinné prostředí a trauma, sycení základních potřeb zástupným způsobem, objektifikaci, izolaci a sebedestrukci. Hlavní zjištění byla následně ukotvena teoretickými koncepty a již existujícími výzkumy.

Klíčová slova: poruchy příjmu potravy, střední dospělost, interpretativní fenomenologická analýza, životní příběh, zkušenost

ABSTRACT

The aim of this master's thesis is to achieve the best possible understanding of the unique and individual experience of adult women with eating disorders and the identification of key themes associated with this phenomenon. A qualitative approach was chosen for this work. The specific method selected was Interpretative Phenomenological Analysis, which aims to understand the lived experience of individuals. The research sample consists of five women who are currently in middle adulthood. Each of them has experience with a long-standing eating disorder. Data collection was conducted through semi-structured interviews, and their subsequent analysis took place in two steps. Firstly, the experience of each woman and their basic schemas were examined, emphasizing essential characteristics and features of the respondents. Secondly, common themes and categories of the participants were identified. Specifically, these include dysfunctional family environment and trauma, meeting basic needs in a substitute way, objectification, isolation, and self-destruction. The main findings were then anchored in theoretical concepts and existing research.

Keywords: eating disorders, middle adulthood, interpretative phenomenological analysis, life story, experience

Obsah

Úvod	8
1 Teoretická část	10
1.1 Vymezení poruch příjmu potravy	10
1.1.1 Mentální anorexie	11
1.1.2 Mentální bulimie.....	12
1.1.3 Psychogenní přejídání.....	13
1.1.4 Ortorexie	14
1.1.5 Drunkorexie	15
1.2 Poruchy příjmu potravy u žen ve střední dospělosti.....	15
1.2.1 Prevalence.....	16
1.2.2 Specifika poruch příjmu potravy u žen ve středním věku	16
1.2.3 Chronický průběh u poruch příjmu potravy	18
2 Metodologická část.....	19
2.1 Kvalitativní přístup	19
2.2 Interpretativní fenomenologická analýza	20
2.3 Výzkumný cíl	21
2.4 Výzkumná otázka	21
2.5 Výzkumný soubor.....	22
2.6 Proces sběru dat	23
2.7 Reflexe výzkumníka	24
2.8 Etika výzkumu	25
2.9 Proces analýzy dat	26
3 Empirická část	29
3.1 Analýza zkušenosti jednotlivých respondentek.....	29
3.1.1 Lucie	29
3.1.2 Alžběta.....	35
3.1.3 Vendula.....	41
3.1.4 Radka	49
3.1.5 Hanka.....	55
3.2 Témata vyplývající z analýzy	62
3.2.1 Nefunkční rodinné prostředí a trauma	62
3.2.2 Sycení základních potřeb zástupným způsobem	65

3.2.3	Objektifikace	69
3.2.4	Izolace.....	72
3.2.4.1	Osamění ve vztazích	72
3.2.4.2	Zklamání v odbornících.....	75
3.2.5	Sebedestrukce	77
3.3	Koncepty emergující z analýzy	80
3.3.1	Trauma.....	80
3.3.2	Rodina jako sociální děloha.....	81
3.3.3	Vývojové potřeby Alberta Pessoa a Diane Boyden-Pessoové	86
3.3.4	Teorie objektifikace	89
3.3.5	Stigma.....	92
3.3.6	Pud smrti.....	94
4	Diskuse	96
4.1	Limity výzkumu	101
4.2.	Implikace pro další výzkum a využití v praxi	102
	Závěr.....	103
	Seznam použitých informačních zdrojů	104
	Seznam příloh	115

Seznam zkratek

APA	American Psychological Association
BMI	Body mass index (index tělesné hmotnosti)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch)
IPA	interpretativní fenomenologická analýza
MA	mentální anorexie
MB	mentální bulimie
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
PBPS	Pesso Boyden System Psychomotor (Pesso Boyden psychomotorická psychoterapie)
PPP	poruchy příjmu potravy

Úvod

Problematika poruch příjmu potravy je v současné době stále aktuální. Psychiatrická společnost České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně informovala o tom, že se jejich prevalence dle nedávné analýzy v průběhu 21. století zvýšila ze 3,5 % na 7,8 % (Galmiche et al., 2019). Prudký nárůst jedinců potýkajících se s poruchami příjmu potravy je možné vysvětlit jako důsledek několika společně koexistujících faktorů, z nichž nezanedbatelný vliv měla pandemie covidu-19. V důsledku stále zvyšující se prevalence je tato problematika široce zkoumána, většinová část výzkumu je stále orientovaná spíše medicínsky a kvantitativně. Poněkud plíživě se začínají objevovat studie zaměřené na zkušenosti s PPP v rámci specifických skupin populace, které nebyly doposud tak výrazné. Tyto studie například reflektují poruchy příjmu potravy u mužů (Strother, 2012; Gorell, 2019) či u jedinců identifikujících se jako členové LGBT+ komunity (Calzo, 2017; Nagata, 2020). S ohledem na slova Papežové (2018): „Poruchy příjmu potravy postihují v současnosti lidi všech věků, pohlaví, etnicit, ras, tělesných tvarů a váhových kategorií, sexuálních orientací a socioekonomických úrovní.“ považuji za zásadní poskytnout v odborném diskurzu dostatečný prostor skupinám, které byly dosud marginálněji zastoupeny, a pokusit se přiblížit zkušenost jednotlivých zástupců těchto skupin.

Inspirací pro volbu tématu diplomové práce mi bylo zaměstnání v Centru Anabell, z.ú., kde jsem během magisterského studia působila na pozici poradkyně ve službě odborného sociálního poradenství. Mým hlavním úkolem zde bylo poskytovat přímou poradenskou pomoc osobám, které trpí poruchami příjmu potravy nebo jsou ohroženy jejich vznikem. Na základě této praxe jsem si uvědomila, že se mé osobní zkušenosti odlišují od obecného dojmu prezentovaného v odborné literatuře, který naznačuje, že PPP převážně postihují mladé dívky a zřídka se objevují u dospělých žen. Poradenská sezení s dospělými klientkami, které se rozhodly poradnu navštívit a otevřít se se svým vlastním životním příběhem, ve mně vzbudily zájem o pochopení jejich individuálních potřeb a charakteristik. Lze se domnívat, že poruchy příjmu potravy u dospělých žen mohou podobně jako u mladších jedinců představovat mechanismus ke zvládnání vývojových výzev nebo reakci na otázky identity. Tyto ženy mohou být podrobeny stejným kulturním normám, které spojují pozitivní sebepojetí s určitými vzhledovými standardy a štíhlostí. Pravděpodobně také

mohou čelit větší (sebe)stigmatizaci kvůli domnělé nepřijatelnosti onemocnění v jejich věku a nemusí tak včas vyhledat odbornou pomoc a léčbu.

Diplomová práce zahrnuje část teoretickou, metodologickou a empirickou. V teoretické části je nejprve věnována pozornost vymezení jednotlivých typů poruch příjmu potravy a zaměření na jejich symptomatologii. V následující kapitole jsou popsána specifika poruch příjmu potravy u žen ve střední dospělosti, přičemž důraz je kladen na dosavadní výzkumná zjištění o této skupině. Metodologická část umožňuje čtenáři nahlédnout do procesu výzkumu, využitých metod a postupů. Empirická část prezentuje výsledky výzkumu, které zahrnují analýzu zkušeností jednotlivých respondentek, analýzu společných identifikovaných témat a jejich teoretické ukotvení pomocí existujících konceptů z oblasti psychologie. Cílem práce je přiblížit jedinečnou a individuální zkušenost dospělých žen s poruchou příjmu potravy.

1 Teoretická část

1.1 Vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) představují komplexní skupinu psychiatrických onemocnění, která zahrnuje různé dysfunkce ve vzorcích stravování a vnímání vlastní tělesné hmotnosti. Tato onemocnění nepříznivě ovlivňují nejen fyzické, ale i psychické zdraví jedince, a mají významný dopad na jeho celkový životní styl. Centrálním rysem poruch příjmu potravy je nezdravý vztah k jídlu, často spojený s intenzivním strachem z přibývání na váze, narušeným vnímáním vlastního těla a potřebou kontroly nad stravováním (APA, 2020).

Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (DSM-5) a Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) identifikují šest hlavních poruch příjmu potravy a stravování. Mezi tyto kategorie patří klinicky známé diagnózy jako mentální anorexie (dále jen MA), mentální bulimie (MB) a psychogenní přejídání. Pro účely této práce budou detailněji analyzována specifika těchto tří poruch spolu s dalšími dvěma poruchami, které dosud nejsou samostatně klasifikovány jako diagnózy, i přesto, že je možné se s nimi v odborné literatuře i v klinické praxi setkávat stále častěji.

Diagnostická kritéria uvedená v DSM-V a MKN-11 představují standardizované nástroje pro identifikaci a léčbu PPP. Přinášejí určitou konzistenci v diagnostice a usnadňují komunikaci mezi odborníky a vhodné zaměření léčebných postupů. Nicméně je možné na ně pohlížet také z kritického hlediska a brát v potaz i jejich omezení, která mohou komplikovat následnou terapii poruch. Především jde o to, že kritéria mohou být příliš přísná, takže mohou opomíjet jedince, kteří se s negativními aspekty PPP potýkají, i když nesplňují všechny podmínky pro diagnostiku (Hebebrand & Bulik, 2010). Definice jednotlivých poruch v DSM-V i MKN-11 mohou být jednoduše příliš úzké a nepokryjí veškeré varianty PPP, které mohou nabývat i velmi specifického klinického obrazu. Studie průběhu poruch současně naznačují, že se pacienti v průběhu času pohybují mezi různými kategoriemi, přičemž častý je přechod z MA do MB (Cooper & Dalle Grave, 2017). Je třeba také zvážit, že striktní dodržování diagnostických kritérií může mít za následek nedostupnost

vhodné léčby pro ty jedince, kteří PPP trpí, ale nebyli oficiálně diagnostikováni kvalifikovaným odborníkem z oblasti klinické psychologie nebo psychiatrie.

Má zkušenost z práce v sociální službě zaměřené na podporu této cílové skupiny naznačuje, že k zajištění kvalitní pomoci není vždy nutné podstoupit diagnostický proces a získat oficiální diagnózu. Nicméně adekvátní diagnostika může přinést výhody v orientaci nejen odborným pracovníkům, ale zejména samotným osobám s PPP. Může napomoci při nastavení vhodných léčebných opatření, podpořit lepší porozumění situaci a poskytnout naději, že obtíže jedince nejsou ojedinělé a lze je léčit. V následujících kapitolách je hledisko přehledových systémů bráno v potaz, ale nejsou zde podrobně vypsána jednotlivá diagnostická kritéria pro každou z poruch.

Mezi významné autority v oblasti poruch příjmu potravy v České republice patří například PhDr. František David Krch, prof. MUDr. Hana Papežová, CSc., doc. PhDr. Jana Kocourková, PhDr. Tamara Hrachovinová, CSc. a další. Vědecké poznatky některých z těchto odborníků jsou v diplomové práci prezentovány, avšak s důrazem na kritérium aktuálnosti jsou více využity zahraniční prameny a publikace.

1.1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je porucha, která je typická úmyslným snižováním tělesné hmotnosti (Krch, 2005). Charakterizuje ji výrazně nízká váha vzhledem k výšce, věku a vývojovému stupni jedince, jež není způsobena jiným zdravotním stavem nebo nedostupností potravy. U dospělých s MA je index tělesné hmotnosti (BMI) nižší než 17,5 kg/m² a tělesná hmotnost je alespoň o 15 % nižší, než by se dalo očekávat pro dané pohlaví, věk a výšku (World Health Organization, 2019). Nemocného navzdory jeho nízké váze provází silná úzkost z případného přibírání a současně jej provází porucha vnímání vlastního těla (Thiel et al., 2006).

Úbytku na váze je dosahováno pomocí redukce příjmu vysokokalorických potravin až po potravy jako takové. V důsledku toho se může vyvinout přísně ritualizované chování v oblasti příjmu potravy, jako je například omezení stravování na minimum „povolených“ potravin nebo příjem potravy pouze před/po určité denní hodině (Thiel et al., 2006). U

některých pacientů je takové omezování se v jídle doprovázeno zvýšeným zájmem o jídlo – myslí na něj, sbírají recepty, rádi vaří atd. (Krch, 2005). Averse, kterou k jídlu projevují, je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Hsu, 1990).

Přestože se jedná o jedno z nejstarších psychiatrických onemocnění, s historickými záznamy sahajícími až do 19. století, prognóza pro pacienty trpící touto poruchou se v průběhu 20. století významně nezlepšila (Hay et al., 2012). Jedná se o onemocnění s komplexní etiologií, přičemž významnou roli hrají genetické faktory (Kipman et al., 1999). Studie prováděné na pacientech naznačují přítomnost charakteristických rysů, jako jsou perfekcionismus, vyhýbavé chování a úzkostlivost, které přetrvávají i po dosažení remise (Hill et al., 2016).

U MA se dále rozlišují dva specifické typy: restriktivní a purgativní typ. Zatímco u restriktivního typu dosahuje jedinec nízké tělesné hmotnosti především omezováním energetického příjmu, purgativní typ je charakterizován střídáním období extrémního hladovění s epizodami přejídání a následným kompenzačním chováním (APA, 2020).

1.1.2 Mentální bulimie

Dle MKN-11 je mentální bulimie charakterizována často se opakujícími epizodami přejedení. Během těchto epizod jedinec pocítuje subjektivní ztrátu kontroly nad jídlom, jí nápadně více nebo jinak než obvykle a pocítuje, že není schopen omezit množství snědeného jídla. Záchvatovité přejídání je doprovázeno opakovaným kompenzačním chováním, jehož cílem je zabránit přibývání na váze (World Health Organization, 2019). Jedná se o vyvolávání zvracení, zneužívání projímadel nebo močopudných léků, půsty nebo nadměrné cvičení. Většina osob si vyvolává zvracení prstem, avšak někteří používají různé nástroje. S postupujícím průběhem onemocnění mnoho pacientů dokáže zvracet reflexivně bez mechanické stimulace (Mehler, 2003).

Pocit přejedení u pacientů s MB je často velmi relativní. Přes dramatický prožitek ztráty kontroly nad jídlom bývá ze záznamů nemocných někdy zřejmé, že snědli jen o něco více, než chtěli nebo než byli zvyklí jíst. Subjektivní pocit ztráty kontroly nad jídlom se tak stává významnějším indikátorem přejedení než samotné množství snědeného jídla (Marádová,

2007). MB se od purgativní formy MA liší zejména tím, že jedinci s mentální bulimií obvykle vykazují BMI v rozmezí optimální tělesné hmotnosti nebo mohou trpět mírnou nadváhou (Papežová, 2010).

DSM-V již oproti DSM-IV nerozlišuje mezi purgativním subtypem MB (charakterizovaným samovolným vyvoláváním zvracení a užíváním laxativ, diuretik nebo jiných léků na podporu hubnutí) a nepurgativním subtypem (charakterizovaným hladověním, dodržováním striktních diet nebo nadměrnou fyzickou aktivitou). Hlavním důvodem této reklasifikace je nejednotná definice nepurgativních kompenzačních chování, jako je například hladovění nebo nadměrná fyzická aktivita. I když se v DSM-V tyto subtypy ke specifikaci poruchy již nepoužívají, v klinické praxi je stále doporučováno brát v úvahu odlišné projevy onemocnění (Jordan et al., 2013).

Longitudinální studie naznačují, že mentální bulimie vykazuje tendenci k chronickému průběhu s fluktuacemi v závažnosti symptomů v průběhu času, což zdůrazňuje potřebu kontinuálního sledování a terapeutických zásahů s cílem podporovat jedince s touto PPP. Navíc se ukazuje, že mentální bulimie koreluje s emočním stresem, psychiatrickou komorbiditou a zvýšeným rizikem úmrtnosti. (Stice et al., 2009).

1.1.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání – jinak také záchvatovité přejídání (z anglického binge-eating disorder) – se jako samostatná diagnostická jednotka objevuje až ve vydání MKN-11 a DSM-V. V současné době se jedná o nejčastější typ PPP (Kviatková et al., 2016). Klíčovým rysem poruchy je opakované přejídání spojené s konzumací potravy v množství výrazně větším, než by ostatní snědli za podobných okolností během určitého období, a s pocitem ztráty kontroly nad příjmem potravy. Množství jídla snědeného během záchvatu představuje kalorický příjem 1500–4500 kcal. Charakteristické je i zrychlení tempa konzumace potravy a pokračování v příjmu potravy i po dosažení pocitu sytosti, až do nepříjemného přejedení a bolesti. Postižení jedinci konzumují jídlo i v situaci, kdy necítí hlad. Jedí o samotě a pocítují za svoje chování stud. Po proběhlé epizodě následují pocity znechucení, deprese a viny (Kviatková et al., 2016). Na rozdíl od MB se u psychogenního

přejídání nevyskytují žádné eliminační metody, jako je snaha uměle vyvolat zvracení, hladovět či zneužívat laxativa (Hilbert, 2019).

Výzkum ukazuje, že osoby se záchvatovitým přejídáním vykazují vysokou míru psychiatrických komorbidit, jež zahrnují poruchy nálady, poruchy související s užíváním návykových látek a úzkostné poruchy (Grilo et al., 2008). Dále je psychogenní přejídání spojeno s fyzickými komorbiditami, včetně komplikací souvisejících s obezitou, jako jsou cukrovka II. typu, kardiovaskulární onemocnění a reprodukční problémy (Krug et al., 2019). Současně je přejídání propojeno s charakteristickými osobnostními rysy, jako je snížená schopnost emocionální regulace nebo sebekritika, které mohou přispívat k vzniku a udržování této poruchy (Kaleji et al., 2021).

1.1.4 Ortorexie

Ortorexie je charakterizována posedlostí a extrémním zaměřením na konzumaci potravin, které jsou považovány za zdravé. Osoby s touto poruchou vykazují patologickou fixaci na zdravou stravu, často charakterizovanou přísnými pravidly, vyhýbáním se určitým skupinám potravin a intenzivním zaměřením na kvalitu a čistotu potravin. V jejich chování se také objevuje tendence kategorizovat potraviny jako „dobré“ a „špatné“. V případě, že se takový člověk od preferované stravy odchýlí, objevuje se u něj pocit úzkosti či studu (Háman et al., 2015). Tato fixace na zdravou stravu může vést ke společenské izolaci, podvýživě a narušení kvality života (Bartrina 2007).

Ortorexia nervosa je termín, který v roce 1997 zavedl Sreven Bratman. Lze jej do českého jazyka volně přeložit jako *posedlost zdravým stravováním* (McGregor, 2017). I když byla ortorexie poprvé definována již před více než 20 lety, není oficiálně uznána jako porucha příjmu potravy ani v MKN-11 ani v DSM-V. Přitom v běžné populaci se vyskytuje poměrně často (Ramacciotti et al., 2011). Stanovit přesnou prevalenci této poruchy je kvůli nedostatečně standardizovaným diagnostickým kritériím obtížné (Niedzielski & Kazmierczak-Wojtaś, 2021).

Studie zaměřené na vztah mezi ortorexií a dalšími duševními poruchami a osobnostními rysy potvrdily spojení mezi ortorexií a obsedantně kompulzivními symptomy, perfekcionismem

a zaměřením na vzhled a obraz těla (Yılmaz et al., 2020). Lidé s touto poruchou se zapojují do různých způsobů stravování, jako je vegetariánství či veganství. Postupným stupňováním dietních omezení mohou dosáhnout eliminace celých skupin potravin. Často drží nejrůznějších půsty, které jsou považovány za způsob detoxikace organismu. Popsaná eskalace je spojena se ztrátou hmotnosti, přičemž touha po jejím snižování nemusí být přítomna, popřípadě je skryta a podřízena myšlenkám na zdravé jídlo (Dunn & Bratman, 2016).

1.1.5 Drunkorexie

Drunkorexie je termín označující fenomén, při kterém jedinec systematicky omezuje svůj kalorický příjem s úmyslem zvýšit konzumaci alkoholu. Tento behaviorální vzorec má za cíl minimalizovat přírůstek hmotnosti a zároveň maximalizovat úroveň alkoholické intoxikace (Thompson-Memmer & Bardone-Cone, 2019). Porucha sdílí rysy MA a MB, jako je vynechávání jídel, hladovění, vyprovokované zvracení, intenzivní fyzická aktivita a další, s přidaným „benefitem“ konzumace alkoholu. Studie, které zkoumaly tento fenomén, ilustrují jeho vyšší prevalenci mezi studenty vysokých škol, zejména mezi ženami (Azzi et al., 2021).

Dosavadní výzkum drunkorexie poukazuje na její komplexní povahu a nutnost dalšího zkoumání s cílem podrobněji odhalit její odlišnosti od tradičních poruch příjmu potravy (Knight et al., 2017). Byla prokázána její spojitost se zvýšeným stresem, úzkostí a pocitem osamělosti, což naznačuje možné psychologické základy tohoto chování. Současný výskyt drunkorexie s dalšími psychickými poruchami, jako je například deprese, dále podtrhuje složitost tohoto fenoménu (Fitzsimmons-Craft, 2017).

1.2 Poruchy příjmu potravy u žen ve střední dospělosti

V následující kapitole je problematika PPP představena v kontextu žen ve střední dospělosti. Zvláštní pozornost je věnována prevalenci PPP v této skupině, jejich specifickým aspektům u středně dospělých žen a chronickému průběhu těchto poruch.

Přes skutečnost, že jsou PPP obvykle diagnostikovány v období adolescence, nelze opomenout fakt, že se tyto diagnózy a stavy jim podobné mohou objevovat v jakémkoliv věku. Poruchy příjmu potravy ve střední dospělosti mohou být klasifikovány do dvou kategorií: poruchy s časným nástupem (představující pokračující formu poruchy v chronickém průběhu) a poruchy s pozdním nástupem (které se poprvé objevují v pozdějším stádiu života) (Luca et al., 2015).

1.2.1 Prevalence

Stále platí, že prevalence PPP je nejvyšší u adolescentních dívek a mladých žen (APA, 2020). Průměrný věk počátku poruchy kolísá; v případě MA se jedná o věk 18,9 let, u MB kolem 19,7 let a u psychogenního přejídání až kolem 25,4 let. Zatímco prevalence MA klesá po dosažení 26 let, v případě MB stoupá až do věku 47 let. Zcela nejčastější PPP napříč věkovými kategoriemi je psychogenní přejídání (Rohde et al., 2017).

Ženy ve středním věku představují dosud relativně opomíjenou skupinu ve výzkumech zaměřených na incidenci a prevalenci PPP. Limitace spočívají v omezeném počtu studií a malých vzorcích zkoumaných subjektů. Proto je třeba přistupovat k prezentovaným číslům s určitou opatrností. Většina žen s PPP ve středním věku se potýká s chronickým průběhem poruchy, přičemž počátek obtíží u nich nastává typicky během období nejvyššího rizika vzniku (Cumella & Kally, 2008). Nicméně v jedné třetině případů obtíže vznikají až po uplynutí rané dospělosti, včetně období střední dospělosti (Keel et al., 2007). Nejnovější studie referují o tom, že prevalence PPP mezi ženami ve střední dospělosti představuje rozmezí 2,1–7,7 % (Mangweth-Matzek et al., 2023). Tyto studie naznačují, že prevalence PPP klesá s věkem, avšak ani ve vyšším věku se nepřibližuje nule.

1.2.2 Specifika poruch příjmu potravy u žen ve středním věku

Specifika žen ve středním věku, které se potýkají s PPP, mohou být ovlivněna různými faktory – psychologickými, sociokulturními a biologickými – včetně životních okolností. Mnoho z nich se shoduje s těmi, které je možné identifikovat u mladších žen. Střední věk je nicméně charakterizován specifickými vývojovými výzvami, jako je stárnutí a menopauza,

kteře ženy více vzdalují od kulturních ideálů krásy a mládí a které mohou vést k větší nespokojenosti s vlastním tělem (Zerbe, 2003).

Psychické obtíže, zejména poruchy nálady a afektů, významně ovlivňují vznik a trvání PPP u žen ve středním věku (Oh & Kim, 2023). Některé studie ukazují, že u žen s PPP ve středním až pozdějším věku existuje menší pravděpodobnost problémů souvisejících s užíváním látek, se sebepoškozováním a s pokusy o sebevraždu, ale lze u nich zaznamenat více problémů s úzkostí, depresí a jinými poruchami nálady. Existence komorbidních duševních onemocnění může dále komplikovat psychologický profil těchto osob, což zdůrazňuje důležitost holistického přístupu k léčbě (Mangweth-Matzek et al., 2013).

Stres, trauma a environmentální vlivy představují časté spouštěcí mechanismy u PPP, které započaly až ve střední dospělosti. Dle studie Lapida et al. (2010) 54 % pacientů zažilo před vznikem PPP významnou stresující událost. Spouštěče, jako je rozchod s partnerem, úmrtí rodiče, neuspokojivá finanční situace a viditelně stárnoucí tělo spolu s tlakem společnosti zůstat štíhlá a mladistvá, výrazně přispívají k vysoké hladině a stresu. Kvůli tlakům na kariérní postup a rodinné závazky si ženy s PPP ve středním věku jen obtížně nacházejí čas na léčbu. Také se mohou cítit více zakořeněny ve svých návycích a mohou mít menší vhlad do toho, že se jich téma PPP týká (Book, 2023).

Významným biologickým faktorem specifickým pro ženy ve středním věku je menopauza. Menopauzální stav může ovlivnit symptomy PPP v důsledku změn tvaru a hmotnosti těla, které je vzdalují od mladistvého a štíhlého standardu krásy (Thompson & Bardone-Cone, 2019). Hormonální fluktuace spojené s menopauzou mohou ovlivnit metabolismus, vzhled těla a jeho celkové fyziologické funkce, jež mohou potenciálně přispět ke vzniku PPP v této demografické skupině. V náchylnosti k PPP ve středním věku dále hrají roli genetické a fyziologické predispozice (Halmi, 1994). Důležitým tématem u těchto žen je otázka reprodukčního zdraví, jelikož PPP obecně může vést k nepříznivým gynekologickým výsledkům, včetně neplodnosti (Rodgers et al., 2022).

Sociokulturní vlivy hrají zásadní roli při vzniku a udržování PPP, formují vnímání tělesného obrazu, standardy krásy a sebehodnocení žen (Stice & Shaw, 1994). Mnoho žen ve středním věku se tak potýká s přijetím tělesných změn, které se v tomto období přirozeně vyskytují.

Mohou se srovnávat nejen se svým mladším já, ale s i jinými mladšími ženami. Některé z nich tvrdí, že s postupujícím časem začínají pociťovat větší devalvaci ze strany společnosti. Způsobuje to u nich pocit studu, žalu, ztráty a intenzivnější zaměření na vzhled svého těla (Book, 2023).

1.2.3 Chronický průběh u poruch příjmu potravy

Ukazuje se, že u 20 % pacientů se PPP vyvine do chronické formy, přičemž jeden z pěti pacientů s mentální anorexií či bulimií zůstává nemocný 10 a více let. Zároveň platí, že čím delší je setrvání v nemoci, tím obtížnější je následné zlepšení stavu, popřípadě úplné zotavení z poruchy (Noordenbos, 2011). Chronický průběh poruchy přináší závažné fyzické a psychické komplikace (Theander, 1992). Dlouhodobě narušené stravovací vzorce mohou mít vliv na vážné problémy s výživou a metabolismem, což má za následek oslabení imunitního systému a zvýšenou náchylnost k infekcím a nemocem. Dlouhotrvající porucha se promítá i do sociální sféry života dotyčných. Ti zažívají časté pocity izolace a samoty, omezuje se jejich sociální síť – ztrácí své přátele a někdy i partnery. Dalším aspektem je ekonomické zatížení spojené s chronickou PPP. Ztráta zaměstnání nebo snížená pracovní produktivita v důsledku zdravotních komplikací může vést k finanční nestabilitě a sociálnímu vyloučení. Život jedince s chronickou formou poruchy se může omezit na pouhé myšlenky o jídle a váze. PPP se v jistém smyslu stává jeho způsobem života (Hoek, 2006).

2 Metodologická část

2.1 Kvalitativní přístup

V psychologii existují témata (emoce, prožívání, etické hodnoty, motivace), která jsou obtížně uchopitelná kvantitativními metodami (Miovský, 2006).

Za účelem zachycení fenoménu PPP u dospělých žen v celé své šíři za současné snahy zachovat jedinečnost jednotlivých zkušeností jsem pro svůj výzkum zvolila kvalitativní design. Miovský (2006, s 18.) uvádí, že „kvalitativní přístup je v psychologických vědách přístupem využívajícím principů jedinečnosti a neopakovatelnosti, kontextuálnosti, procesuálnosti a dynamiky a v jeho rámci cíleně pracujeme s reflexivní povahou jakéhokoliv psychologického zkoumání.“

Kvalitativní přístup předpokládá, že realita je konstruovaná, mnohotvárná a má holistickou povahu (nelze ji rozdělit na části a ty postupně zkoumat). Výzkumník spoluvytváří realitu, na kterou je možné nazírat z mnoha perspektiv. Proces poznávání je tedy současně procesem neustálé interpretace. Proto je realitu nutné spíše interpretovat nežli objevovat. Je potřeba zdůraznit, že osobní vztah s účastníky výzkumu je základním předpokladem úspěchu. Autenticitu tohoto vztahu lze zařadit mezi základní kritéria validity výzkumu. Žádný výzkumník není bez předsudků a nezátížený svými zkušenostmi a osobní historií, s čímž je třeba ve výzkumu počítat (Miovský, 2006).

V oblasti PPP sehrál kvantitativní výzkum klíčovou roli a poskytl cenné informace pro prevenci, diagnostiku a léčbu těchto poruch. Tyto přístupy však byly úzce spojeny s pozitivismem a snahou nalézt „objektivní pravdu“ o tomto jevu (Oluyori, 2014). Nevenen a Broberg (2000) poukazují na omezení kvantitativního výzkumu, kterým je například přísná strukturovanost sběru dat, kvůli nimž účastníci studií mohou komentovat pouze to, na co jsou přímo dotazováni, což může vést k fragmentovanému obrazu poruchy. Kvalitativní přístup může díky zaměření na zkušenost přispět k lepšímu porozumění jednotlivci s PPP. Přestože existuje několik studií, jež využívají metodu interpretativní fenomenologické analýzy ve vztahu k PPP, zůstávají stále málo početné ve srovnání s velkým množstvím kvantitativních studií.

2.2 Interpretativní fenomenologická analýza

Jako konkrétní metoda v rámci kvalitativního designu byla pro tuto práci využita interpretativní fenomenologická analýza (dále jen IPA). Jedná se o postup, který poskytuje více prostoru pro kreativitu a svobodu výzkumného procesu než jiné kvalitativní přístupy (Willig, 2001). Významným zaměřením IPA je porozumět žité zkušenosti člověka. Prostřednictvím této analýzy je možno detailně prozkoumat, jakým způsobem člověk utváří význam své zkušenosti, což výzkumníkovi umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu, tj. fenoménu (Smith et al., 2009). Osvědčuje se v případech, kdy je předmětem výzkumu neobvyklá skupina, situace nebo zdroj sběru dat (Kostníková & Čermák, 2013).

Východisky se IPA opírá o tři teoretické zdroje, kterými jsou fenomenologie, hermeneutika a idiografický přístup. Souvislost s fenomenologií se projevuje v rovině hledání individuální, jedinečné zkušenosti člověka, jeho žité zkušenosti a v psychologii pak především prozkoumáváním toho, jakým způsobem je svět zažíván konkrétními lidmi v konkrétním kontextu a čase. (Smith, 2004). Od čisté fenomenologie se však IPA odlišuje tím, že v rámci její aplikace není potřeba výzkumníkovy prekoncepty nutně usměrňovat. Ukazují se totiž jako nezbytné k formulaci významu zkušenosti participanta. Subjektivita je zde vnímána jako přednost – je reflektována a zároveň nám umožňuje vstup do zkušenosti své i druhého (Kostníková & Čermák, 2013).

Součástí výzkumného procesu IPA je práce s hermeneutickým kruhem, který lze stručně charakterizovat jako způsob interpretace, díky němuž lze každé jednotlivé části porozumět jen na základě celkové souvislosti a naopak – celkové souvislosti lze porozumět jen s pochopením jednotlivých částí celku (Nørreklit, 2006). Důležitým aspektem v celém procesu je pak dvojité hermeneutika: respondent projevuje snahu porozumět své zkušenosti s daným fenoménem a zároveň výzkumník směřuje k porozumění tomu, jak respondent ke svému porozumění došel (Smith, 2004). Porozumění tedy může vycházet jedinečně z interpretace. V průběhu analýzy se oba subjekty od sebe vzdalují a výzkumník dává do analýzy více ze sebe. To, co pochází z něj, se spojí s žitou zkušeností respondenta a výsledek analýzy tak pochází ze společného úsilí (Smith et al., 2009).

Posledním pilířem IPA je idiografický přístup, který se projevuje zaměřením na jedince a na jeho prožitek specifické situace či události. Začínáme nejprve detailním prozkoumáním jednoho případu a pokračujeme v něm do té doby, než dosáhneme určitého stupně porozumění. Teprve pak následuje analýza dalšího případu (Smith, 2004). Pokud je perspektiva jedince bohatá, je vhodné zabývat se pouze touto perspektivou, protože i jediný subjekt může nabídnout jedinečný úhel pohledu na určitý fenomén (Smith et al., 2009).

2.3 Výzkumný cíl

Výzkumný cíl představuje explicitní záměr výzkumníka shromáždit data takovým způsobem, aby byl schopen odpovědět na stanovenou výzkumnou otázku (Hendl, 2016). Cílem IPA je prozkoumat osobní a sociální svět účastníků, jenž se zaměřuje na významy, které přiřazují svým zkušenostem (Smith, 2008). Tento přístup je zvláště užitečný pro zkoumání složitých, nejasných a emocionálně nabitých témat (Smith, 2015). Proto je vhodné ho použít ve snaze komplexně porozumět fenoménům zejména v oblasti zdravotnictví a nemoci (Pringle et al., 2011).

Předložená diplomová práce si klade za cíl porozumět jedinečné a subjektivní zkušenosti dospělých žen s PPP. Vzhledem k tomu, že téma ještě nebylo dostatečně prozkoumáno, je předložené výzkumné šetření explorativního charakteru. Výzkumný cíl je zaměřen především na zachycení a popsání specifických oblastí a témat, která jsou pro ženy s touto zkušeností důležitá, ale také na to, jakým způsobem spolu mohou případně souviset.

2.4 Výzkumná otázka

Výzkumná otázka v IPA zní: Jak určitý jedinec nebo skupina vnímají nebo prožívají určitou situaci, s níž jsou konfrontováni, a jakým způsobem této zkušenosti přisuzují smysl? I když má teorie svůj potenciál v procesu identifikace tématu, které dosud nebylo podrobně prozkoumáno, a může přinést důležité informace o budoucích respondentech výzkumu (Smith et al., 2009), primární výzkumná otázka v IPA obvykle neemerguje ze studia literatury k dané problematice (Smith & Osborn, 2003).

V IPA je výzkumná otázka zaměřena fenomenologicky – směřuje k porozumění individuální zkušenosti a významu. Měla by explorovat, nikoliv objasňovat (Kostínková & Čermák, 2013). S ohlednutím ke skutečnosti, která říká, že se IPA zabývá výhradně zkušeností a usiluje o porozumění určitému fenoménu, je výzkumná otázka formulována otevřeně (Smith & Osborn, 2003). Výzkumná otázka, která byla na počátku sběru dat stanovena, zní:

Jaká je zkušenost s dospělých žen s dlouhotrvající poruchou příjmu potravy?

2.5 Výzkumný soubor

Vzhledem k povaze fenomenologického výzkumu, jehož podstatou je detailní analýza zkušenosti, je smysluplné zaměřit se na menší počet participantů, kteří dobře reprezentují zkoumaný fenomén (Larkin et al., 2006). Na výzkumníka je tak kladen nárok, aby pečlivě vybral takové participanty, kteří jsou nositeli daného jevu nebo jej produkují. Téma výzkumu může být natolik úzké, že samo o sobě vymezí potenciální respondenty. V IPA je zvažována spíše teoretická transferabilita, která umožňuje nalézat propojení výsledků IPA studie s již existující literaturou nebo výzkumy než empirická zobecnitelnost (Smith et al., 2009). Co se týká velikosti vzorku, je v IPA jednoznačně preferována bohatost dat jednotlivých případů před jasně stanoveným počtem respondentů (Smith a Osborn, 2003). Pro magisterské diplomové práce doporučují Smith et al. (2009) vzorek o 3–6 respondentech, který umožňuje detailní analýzu každého případu a zároveň poskytuje prostor pro provedení následné mikroanalýzy podobností a rozdílů napříč případy.

Pro tento výzkum byly vybrány ženy, které mají zkušenost s poruchou příjmu potravy. Druhým kritériem byl věk – osloveny byly ženy nacházející se věku odpovídajícímu střední dospělosti, tedy od 35 do 50 let (dle Thorové, 2015). Kritérium, které by se týkalo typu PPP nebylo přesně stanoveno, a to z několika důvodů. Zaprvé hrozilo, že kombinace kritéria věku a pouze jedné z diagnóz (například MA), bude mít za následek nedostatečnou velikost vzorku. Zadruhé – etiologické a udržující faktory PPP bývají často podobné napříč jednotlivými diagnózami, podobně jako je tomu například u přidružených zdravotních komplikací či způsobů jejich léčby.

Prostřednictvím e-mailové komunikace byly osloveny klientky Centra Anabell, které splňovaly výše stanovené podmínky a s nimiž jsem nebyla v jiném profesionálním ani osobním vztahu. Výzkumný vzorek tvoří pět žen ve věku 35, 38, 39, 47 a 52 let. Čtyři z žen využily podporu v projektu *Rozvoj a realizace fakultativní služby k odbornému sociálnímu poradenství* v Centru Anabell. Jednalo se o dlouhodobě probíhající službu, jejíž cílem bylo zvýšit kvalitu života osob s PPP, osob s komorbiditou těchto poruch a dále osob, které užívají návykové látky. Poslední z žen využila službu odborného sociálního poradenství a v současné době se účastní dlouhodobé uzavřené psychoterapeutické skupiny, která je vedena pracovníci Centra Anabell.

2.6 Proces sběru dat

V souladu s postupy IPA je důležité, aby tvorba dat probíhala způsobem, který poskytne bohatý a detailní popis respondentovy zkušenosti v první osobě. Účelem sběru dat je vstoupit do světa účastníka výzkumu. Způsob získávání dat by měl facilitovat příběhy, myšlenky a pocity spojené s daným fenoménem (Smith et al., 2009). Pro tento výzkum byla zvolena nejčastěji využívaná metoda sběru v případě IPA, kterou je semistrukturovaný rozhovor. Jedná se dostatečně flexibilní metodu, která respondentkám poskytla možnost volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky. Současně bylo z mé strany možné v reálném čase sledovat, co se v rozhovoru vynořuje a co je významné pro respondentky. Zároveň jsem byla schopna rozhovor usměrňovat tak, aby se od tématu výrazněji neodchýlil (Smith, 2004).

S cílem zajistit co největší pohodlí oslovovaných respondentek byl všem zúčastněným ženám nabídnut volný výběr místa a času pro setkání za účelem rozhovoru. Dva z rozhovorů byly iniciovány v prostorách Centra Anabell, jeden rozhovor proběhl v bytě respondentky, jeden v bytě výzkumnice. Poslední rozhovor se z důvodu komplikovaného zdravotního stavu respondentky odehrál prostřednictvím videohovoru na platformě Google Meet.

Rozhovory v délce od 39 do 71 minut byly nahrávány na diktafon v mobilním telefonu, následně byly převedeny do podoby doslovného přepisu a anonymizovány. Respondentky byly prostřednictvím emailu předem informovány nejen o tématu diplomové práce, ale také

o metodě polostrukturovaného rozhovoru. Na počátku rozhovoru byla vždy projevna snaha respondentky podnítit k samostatnému vyprávění o jejich životech s PPP, a to prostřednictvím otevřené otázky:

Jaká je vaše zkušenost s poruchou příjmu potravy?

Respondentkám jsem během celého procesu rozhovoru citlivě naslouchala a přitom si současně zapisovala poznámky. Pokud se v průběhu vyprávění objevilo téma, které mě zaujalo, zpětně jsem se na něj participantek doptala. V každém rozhovoru jsem také užila několik shodných otevřených otázek, které byly předem stanoveny za účelem co největšího teoretického nasycení. Převážná část rozhovoru je však tvořena volně plynoucím vyprávěním respondentek. Otázky byly pokládány spíše až v druhé polovině rozhovoru.

Pro ilustraci jsem se rozhodla několik z nich uvést:

- Jaké oblasti vašeho života PPP ovlivňovala?
- Jakým způsobem zasáhlo PPP do vašeho soukromého/profesionálního života?
- Jaký význam přikládáte PPP ve svém životě?
- Kde se s ohledem na PPP nacházíte nyní a jaké jsou vaše predikce do budoucna?

2.7 Reflexe výzkumníka

Reflexi zkušenosti výzkumníka s tématem výzkumu považují Kostínková a Čermák (2013) za nultou fázi procesu analýzy. Aby byl výzkumník schopen pracovat ve fenomenologické perspektivě a zároveň byl transparentní v celém výzkumném procesu, je užitečné reflektovat, jaký vztah máme k tématu výzkumu. Samozřejmě je nejen uvědomit si vlastní motivaci pro práci s daným tématem, ale také prekoncepce s ním související. Reflexe vlastní zkušenosti představuje především nástroj k přijetí interpretativní role ve výzkumném procesu, díky němuž je možné užitečně pracovat s daty a zajistit přitom validitu budoucí analýzy.

V mém případě pocházela motivace věnovat se výzkumu, který bude specificky zaměřen na PPP u dospělých žen z mého širšího zájmu o feministická témata a jejich propojení s psychologií. Ačkoliv je potřeba stále připomínat, že se problematika PPP týká v nemalé míře i mužského pohlaví, mojí snahou bylo zaměřit se na specificky ženskou zkušenost. Od

počátku plánování výzkumu jsem si byla jista, že jej budu orientovat kvalitativně a idiograficky. Příběhy a způsoby jejich vyprávění respondentek mě fascinují, i když jsem si vědoma obtížného přenesení výsledků studie na početnější populaci.

Osobní zkušenost s PPP nemám, k tematice mě z odborného hlediska přiblížilo až mé zaměstnání v sociální službě. V rámci individuálních sezení v poradně jsem se dospělými ženami s PPP setkávala a všímala si, že se v jistých ohledech odlišují, a to jak od mladších žen a dívek se stejnými poruchami, tak od svých vrstevnic, které se s obtížemi s jídlem nepotýkají. Zároveň jsem shledala, že prostřednictvím dostupné přehledové literatury na oblast PPP není zcela snadné získat ucelenější informace o této konkrétní skupině. Přímá zkušenost s jednotlivci, kteří poněkud unikají odbornému záběru, tak pro mne hrála zásadní roli ve výběru tématu diplomové práce a v zájmu o něj.

Před započítím sběru rozhovorů vzhledem k výše uvedenému bylo nutné, aby proběhla reflexe mé dosavadní zkušenosti a případných prekonceptů, které by na můj přístup k respondentkám mohly mít vliv. Respondentky jsem kontaktovala přímo pod záštitou Centra Anabell, takže o mém působení v organizaci byly předem informovány. Můj subjektivní pocit z rozhovorů byl však takový, že se při něm role výzkumníka a role poradenského pracovníka nekřížily. Naopak byla tato skutečnost využita ke snadnějšímu vytvoření bezpečného prostředí pro realizaci rozhovoru. Současně v následujících fázích výzkumu, tedy při deskripci, interpretaci a analýze dat, jsem projevila snahu o co největší možné zvědomení a reflexi vlastních prekonceptů týkajících se zkoumaného tématu.

2.8 Etika výzkumu

Před provedením výzkumu bylo vedení Centra Anabell požádáno o souhlas s šetřením. Souhlas byl po předložení podrobného návrhu výzkumu udělen Mgr. Evou Slezákovou, která je ředitelkou centra.

V průběhu celého výzkumu byly dodrženy relevantní etické principy. Respondentky byly prostřednictvím e-mailové komunikace a znovu před provedením rozhovoru informovány a poučeny o anonymizování dat, způsobu zpracování dat a dobrovolnosti účasti ve výzkumu. Zajištěn byl respekt a rovný přístup ke všem kulturním, náboženským, genderovým a dalším

odlišnostem. Respondentky byly obeznámeny se skutečností, že mohou kdykoliv v průběhu zpracování dat z výzkumu odstoupit, pokud nebudou chtít z libovolných důvodů pokračovat. V úvodu setkání byla vynaložena snaha navodit příjemnou atmosféru, respondentkám byl nabídnut nápoj a bylo ověřeno, zda se cítí pohodlně a bezpečně. Poskytnut byl prostor pro případné dotazy, který nastolil důvěrnou atmosféru. Zaměřila jsem svoji pozornost i na to, abych se vyvarovala případných návodných otázek či dlouhému setrvání v tématech, která byla pro respondentky citlivá a potenciálně re-traumatizující. Respondentky byly předem upozorněny na to, aby samy sebe chránily a nemluvily o tématech popsaného charakteru.

Ve výzkumu byla zvažována a řešena potenciální existence etických rizik, například rizika narušení emocionální stability účastnic. Pro některé respondentky může být diskuse o zkušenostech s PPP traumatizující a může vyvolat nepříjemné vzpomínky. Přes dostatečnou přípravu se každý z rozhovorů v určitém bodě stočil k emočně nabitým tématům. Dva z rozhovorů bylo nutné v jejich průběhu přerušit a následně určitý časový úsek věnovat psychickému ošetření respondentek. Byl jim poskytnut dostatečný čas na stabilizaci a následně bylo slovně ověřeno, zda jsou připraveny pokračovat v nahrávání rozhovorů. Současně bylo v průběhu setkání zjišťováno, zda mají účastnice k dispozici pravidelnou psychologickou podporu.

Nahrávky rozhovorů byly uchovávány v zaheslovaném mobilním telefonu a po jejich přepsání byly smazány. Veškeré údaje, které by mohly vést k identifikaci respondentek či jejich blízkých, tedy jednotlivá jména, názvy obcí, organizací a další informace, byly anonymizovány.

2.9 Proces analýzy dat

Proces analýzy v IPA začíná vždy od prvního rozhovoru. Analýza je prováděna u každého následujícího případu samostatně, včetně identifikace témat (Fade, 2004). Tímto postupem je plně zachován individuální (a idiografický přístup) ke všem případům, ačkoliv to zvyšuje nároky na fenomenologickou dovednost výzkumníka uzávorkovat své myšlenky a nápady spojené s předchozí analýzou (Pringle et al., 2011).

Prvním krokem analýzy bylo podnítit aktivní zájem o data, prostřednictvím opakovaného čtení, poslechu nahrávek a snahy vybavit si hlasovou intonaci respondentek. Smyslem popsaných činností bylo získat patřičné zaujetí pro analyzovaný případ, jinými slovy zjistit, jaké to je, být v kůži respondenta a pohlížet na svět jeho očima (Kostníková & Čermák, 2013).

Následovala tvorba počátečních poznámek a komentářů k textu. Dle Kostníkové a Čermáka (2013) se jedná o nejpodrobnější část analýzy, ve které je nutná plná otevřenost výzkumníka vůči datům, se zaměřením pozornosti i na zdánlivě nepodstatné detaily. Cílem kódování je tvorba komplexních poznámek, které jsou jak deskriptivní (tj. zaměřující se na obsah sdělení), tak lingvistické (zaměřující se naopak na jeho formu) povahy. Některé z těchto poznámek se svojí podobou blížily k budoucím interpretacím (Smith & Osborn, 2003).

Ve třetí fázi analýzy se na základě vytvořených komentářů postupně rozvinula klíčová témata, která zachycují specifickou kvalitu zkušenosti jednotlivce. Názvy témat jsou na vyšší úrovni abstrakce než původní komentáře v textu, jsou však nadále konkrétní a zároveň hodnotí i naše vlastní porozumění. Výrazy by měly vystihovat jasnou esenci identifikovaných témat (Smith et al., 1999). V tomto bodě je aplikován princip hermeneutického kruhu, neboť původně jeden celek se prostřednictvím analýzy stane částmi, aby se tyto části nakonec opět spojily, ale už v celek nový (Kostníková & Čermák, 2013).

Na zformulovaná témata bylo následně pohlíženo s ohledem na jejich vzájemná propojení a vztahy. Některé fungují jako „magnet“ – přitáhnou k sobě podobné náměty (Smith, 2011). Postupně se začala objevovat témata nadřazená i podřazená, jiná se dala sloučit. Do finálního seznamu byla zvolena témata na základě jejich četnosti a bohatosti, ale především podle schopnosti vykreslit zkušenost respondenta (Kostníková & Čermák, 2013).

Stejný proces analýzy byl aplikován i na všechny další provedené rozhovory. Během tvorby komentářů, kódování i emergence témat bylo velmi důležité nenechat na sebe působit výsledky analýzy předchozích rozhovorů. Na každý následující případ je nutné pohlížet tak, jako kdyby žádný rozhovor na dané téma nebyl analyzován (Kostníková & Čermák, 2013).

Závěrečným krokem analýzy bylo nacházení vzorců napříč jednotlivými případy. Pozornost byla zaměřena na souvislost mezi zkušenostmi respondentek, tedy na to, zda téma z jednoho případu neosvětluje případ další, nebo na to, která témata napříč analýzami vystupují jako nejsilnější. V kontextu ostatních případů vznikla příležitost vidět to, co v přechozích fázích analýzy nebylo možné, a proto bylo nutné některá z témat revidovat. Následovaly první pokusy o interpretaci, která je v analytickém procesu IPA zásadní. Interpretace se zaměřila na to, co leží zjevný obsah textu, tj. nikoli na jeho bezprostřední význam. Věrohodnost je dle metody IPA založena především na výrazech, jejichž autorství patří respondentům a které jsou doloženy přímými citacemi (Smith et al., 2009).

3 Empirická část

Výsledky provedeného výzkumu jsou zde, v empirické části, prezentovány ze dvou perspektiv: z pohledu jednotlivých respondentek a z pohledu témat. Tímto způsobem byla naplněna snaha zachovat celistvost zkoumaného fenoménu, kterým je zkušenost s PPP dospělých žen. Objevuje se zde možnost proniknout do světa konkrétních osob, které otevřeně vyprávěly svůj příběh, a zároveň i možnost dozvědět se relevantní informace o společných tématech, jež vzešly z analýzy.

3.1 Analýza zkušenosti jednotlivých respondentek

3.1.1 Lucie

Lucii je 39 let a pracuje v korporátu. Bydlí sama v pražském bytě, do kterého mě pozvala, abychom uskutečnily naplánovaný rozhovor. Se záchvatovitým přejídáním se potýká již přes 15 let. Setkání bylo pro nás obě velmi emočně náročné, respondentka při něm několikrát plakala. V těchto chvílích jsem považovala za vhodné nahrávání přerušit a vrátit se k němu až poté, kdy se Lucie cítila lépe.

Jako spouštěč svých obtíží žena popisuje sázku s kamarádem, kvůli které se rozhodne držet půst za účelem rychlého zhubnutí.

„Já bych řekla, že to začalo, tak někdy když mi bylo 21 nebo 22. Tehdy jsme se vsadili s jedním kamarádem, že... protože jsem chtěla zhubnout, ale já jsem vždycky měla nějaký kilo navíc, ale bylo to spíš třeba pět kilo, nebylo to nic nějak úplně zásadního, ale tehdy jsem se vsadila, a protože už bych tu sázku nestíhala, tak jsem přestala jíst. Asi na týden, na deset dní.“

Po ukončení sázky se poprvé objeví epizoda záchvatovitého přejídání, která Lucii zprostředkuje slastný pocit.

„Zjistila jsem, že je to strašně jako příjemnej pocit, že... že to přináší nějakou úlevu, tehdy jsem byla i po rozchodu s přítelem, takže byla to nějaká...já nevím, jako kdybych si vzala prášek na uklidnění, nebo... Hodně mi to pomáhalo proti stresu a vlastně od té doby jsem se začala přejídat častěji.“

Současně ji ale provází „*touha mít tu dokonalou postavu*“, a tak nadměrný příjem potravy kompenzuje excesivním cvičením. „*Bylo to něco jako bulimie*“ vzpomíná Lucie. „*Jsem si šla ráno třeba zaplavat na hodinu, odpoledne jsem šla třeba na dvě hodiny do fitka a takhle skoro každé den.*“

V tomto režimu funguje Lucie dlouhá léta až do roku 2018, kdy ji vyhřezne ploténka a stráví doma na nemocenské kolem tři čtvrtě roku. Trápí ji silné bolesti, takže cvičení v tak velké míře již nadále není možné.

„*Jsem ztratila nějakou tu možnost tý kompenzace, abych si držela aspoň nějakou tu nějakou rozumnou váhu, protože ono přece jenom ani to velký cvičení nezabránilo tomu, abych postupně začala přibírat, protože to množství toho jídla, které jsem v tom stresovém období snědla, bylo opravdu jako enormní.*“

Pocity slasti po přejedení postupně stále více prolínají pocity diskomfortu a výčitky pocházející z neschopnosti svoji obsesi ovládat.

„*To bylo, třeba já nevím, dva pytlíky popcornu a brambůrek a šest zmrzlin a čokolády a opravdu jako jsem byla obložená jídlem, a to všechno jsem snědla a jedla jsem vlastně i ve chvíli, kdy už mi bylo špatně a už mi to nepřinášelo to potěšení, ale stejně prostě nějaký to nutkání tam pořád bylo, než jsem to všechno snědla.*“

Lucie vypráví, že její obtíže se ještě zhoršily v souvislosti s jejím zaměstnáním, kde často docházelo k různým restrukturalizacím. Důsledkem je to, že musí každé 1-3 roky měnit práci. Vnímá samu sebe jako introverta, pro kterého byl každý další pohovor a následné navykání si na nový kolektiv silně stresující. Problémy v soukromé i v profesní oblasti se postupně stávají neúnosnými...

„*Měla jsem tam nadřízený, který...byl tam hodně velké tlak, nějaký ponižování a takovýchle věcí, takže zaprvý nefunkční osobní vztahy partnerský, a do toho ta práce, pak taky přišel covid a do toho přišla ještě nějaká asi sociální úzkost nebo jak to nazvat.*“

Během pandemie si respondentka zvykla mnohem více času trávit doma a při návratu do běžného režimu na sobě pocituje příznaky sociální fobie.

„Cejtla jsem, že mi nedělá vůbec dobře, když jsem byla třeba v práci v kanceláři, tak jsem byla zvyklá, že nás tam bylo třeba šest lidí a máme opravdu hodně velký rozlehlý kanceláře, takže vlastně to bylo v pohodě, protože jsem o těch lidech moc nevěděla, ale ve chvíli, kdy tam bylo třeba to po čase, když už to ti nařízení odvolali, když tam přišlo víc lidí... tak, tak už jsem cejtla úplně jako úzkost a nebylo to, nebylo mi z toho dobře.“

V tento okamžik se Lucie upne na práci, „propadne workoholismu“. Je schopna v práci strávit i 12 až 14 hodin denně. Vypráví, že má pod sebou asi sto dalších zaměstnanců a často nachází se v časovém presu. Neúměrné zvýšení pracovního výkonu vede k tomu, že ve svém životě omezí všechny své ostatní zájmy, jako je například čtení, výtvarnou činnost, či trávení volného času s přáteli. Spolu s přibývajícím kily pociťuje únavu nejen fyzickou, ale i psychickou. Dny ji postupně splývají a stále dokola se opakuje ten stejný vzorec:

„Vždycky, když jsem byla odpoledne v práci, tak kolem té čtvrtý jsem začala mít takový úplně automatický myšlenky a začala jsem přemýšlet nad tím, co si všechno koupím za to jídlo, pak jsem přijela domů, tady jsem se přejedla, nechtěla jsem nikoho vidět. (...) Takhle to bylo skoro každý den, někdy když jsem měla sílu s tím třeba bojovat, tak stejně ty myšlenky trvaly třeba hodiny a hodiny, že...někdy jsem to zvládla nějakou silou vůle, ale některý dny... Protože tady mám otevřenej obchod 24 hodin denně, takže nebyl problém si zajít třeba o půlnoci pro něco, nebo jsem byla schopná se přejídat i třeba rohlíkama.“

Lucie se nepřejídá pouze sladkostmi, ale i běžnými potravinami. Reflektuje, že jí jídlo sloužilo jako útěcha. *„Tohleto byla taková jako jediná věc, která mi to dokázala aspoň trochu ulehčit, jako když vás bolí hlava, vezmete si ibalgin, tak nějak působilo to jídlo no.“* Zároveň pro ni jídlo znamenalo zdroj fyzické rozkoše, která pro ni byla z důvodu nefunkčních partnerských vztahů nedostupná.

Lucie si vážnost svých obtíží uvědomuje a postupně zkouší nacházet různé cesty, jak s poruchou bojovat.

„Většinou to bylo stylem, že jsem si zakázala úplně jako všechny tyhle věci a že prostě od zítra začnu, takže jsem se zase přejedla, abych si to ještě užila a další den jsem se snažila to dodržovat a někdy... to šlo, někdy ne.“

Hledá pomoc na internetu, například prostřednictvím videí na YouTube, která se věnují tématu záchvatovitého přejídání, dále také odbornou literaturu zaměřenou na podobné téma. Společně s tím se Lucie rozhodne svěřit se svému nejbližšímu okolí, rodině a přítelkyním. Bohužel se nikdy neseťká s opravdovým pochopením.

„Ale on je problém v tom, že mně připadá, že to nikdo jako nechápe. Že...že vám každé, třeba i mamča, jako já vím, že to, že mě má ráda, ale jako slýcháte, takovýto, no tak si musíš doma něco připravit něco prostě jako zdravýho, nahradit si to tím, a to je vlastně jasný, musíš se víc hejbat a míň jíst a takhle...A ono vám to v tu chvíli jako moc nepomáhá. Když jsem se to snažila vysvětlit, tak třeba oni mi i nabízeli, že když budu mít zase nějakou takovouhle chvíli, že jim můžu zavolat. Klidně jako já nevím ve dvě hodiny ráno nebo kdykoliv, jakože jsem viděla, že mi chtějí pomoci, ale ono vlastně v tu chvíli, kdy vás to přepadne, tak vy tu pomoc nechcete, že...vy chcete jenom to jídlo, protože víte, že vás to nějak jako utěší, uklidní.“

Nepochopení protkává i první Luciiny zkušenosti s vyhledáním odborné pomoci. V průběhu nemocenské začíná navštěvovat psychiatra, jehož přístup ji nevyhovuje. Následně je Lucii doporučena skupinová psychoterapie, o které se vyjadřuje tak, že *„to taky nemělo nějaké úplně účinek, jako na to jídlo vůbec ne, možná to, možná nějaký uvědomění třeba, když jsem měla konflikty s někým, tak na něco takovýho možná to trošku pomohlo“*. Poté dochází za psycholožkou, na setkáních však dochází k častým nedorozuměním.

„Takže to bylo docela těžký, jako věřit ještě v nějakou takovouhle pomoc, protože ty účinky tam z té minulosti nebyly, ale říkala jsem si, že už to prostě jako opravdu nezvládám, že už jsem zkusila všechno možný od nějakých jako technik a většinou to skončilo u toho, že jsem buď jako nejedla vůbec, třeba ten týden, deset dní, a takhle jsem si to dávala častěji, snažila jsem se přesvědčit sama sebe, že to dělám jako pro zdraví, že to je jako fajn, pro to tělo anebo jsem se přejídala.“

Lucie se nakonec rozhodne kontaktovat Centrum Anabell. Tam je jí nabídnuta podpora, která spočívá v účasti v multidisciplinárním projektu. Jeho součástí je i služba peer konzultace, kterou považuje za nejvíce prospěšnou.

„Jako hodně mi dalo takovou naději, že mi říkala, že už je třeba pět let, co se vyléčila, nebo jak to říct a...že vlastně teďkon i když má třeba období, kdy je ve stresu, tak že jí nenapadne to řešit tím jídlem a což mně strašně v tu chvíli pomáhá, že když prostě to zvládla, tak že to prostě nějak jde, i když to bude třeba těžký.“

I když se Lucii zdá, že konečně našla smysluplnou pomoc, docházet na psychoterapii je pro ni často náročným zážitkem.

„Na těch sezeních se otvíraly takový jako bolestivý témata, že, že jsem se pak často cítila jak spráskanej pes, nebo jako bylo mi i po fyzický stránce špatně. Měla jsem staženej žaludek a měla jsem právě ty myšlenky na to, na to jídlo, takže...pak když jsme o tom mluvily, tak hned psycholožka řekla, ať ji o tom kdyžtak řeknu, že...nějak jako to ukončíme jinak, abych neodcházela v tom stavu, že se pak musím přejít...“

Respondentka se rozhodne svěřit se i se svojí závislostí na nakupování, která svým charakterem v mnohém kopíruje její obtíže s jídlem.

„Kromě teda těch problémů s jídlem, mam problémy i s tím, že mám takový jako záchvaty, kdy hodně utrácím a přináší to hodně podobný pocit to nakupování, jako to jídlo, ani jedno teda není úplně jako ideální, protože bych si potřebovala našetřit, nějakou tu rezervu a s tímhletem to jde docela těžko.“

Lucie se domnívá, že prvotní spouštěč jejích obtíží a zároveň jejich hlavní udržovací faktor jsou již zmíněné dysfunkce v partnerských vztazích. Její bývalí partneři u ní často vyvolávali pocity, že pro ně není prioritou a „že ten vztah pro ně nic moc neznamena“. Poslední tři roky v jejím životě nefiguruje žádný muž. Nezájem druhého pohlaví je podle ní podmíněn nárůstem váhy, kterým si v souvislosti s poruchou prošla.

Hovořit o tématu partnerských vztahů bylo pro Lucii v průběhu našeho rozhovoru ztlačně obtížné, považovala jsem za nutné rozhovor na několik minut přerušit a chvíli věnovat stabilizaci jejího psychického stavu. Z její výpovědi je cítit ztlačně rezignace.

„Vůbec se mi nechce teďkon seznamovat. Protože na jednu stranu nechci jako jít s těma svejma nárokama dolů, co se týče nějakýho vzhladu, na druhou stranu mi připadá, že jsem

soudná, že teď kon tak jak vypadám, že...že mě tolik mužů chtít nebude. Já samozřejmě vím, že jsou muži, kterým se líbí oplácanější holky, ale asi je jich daleko méně, než když jsem byla hubenější, že jako tam šance byla větší.“

Zvyšující se váha způsobuje, že se respondentka dostává do situací, které jsou pro ni trapné a „ponižující“. Pod jejich vlivem se mnohem více stahuje do ústraní, pryč od společnosti.

„Když jsem byla třeba v kině s kamarádkou, tak jsem měla problém se tam vejít do toho křesla, což byla taky taková jako nepříjemná facka.“

„Dostali jsme jako firma takovou nabídku, že bychom mohli mít vstup do jednoho fitka, wellness zadarmo a kolega nabídl, že bysme tam mohli jít takhle. Já jsem si říkala, to by bylo jako super. Ale ta představa, že bych tam byla v plavkách před nima mě úplně děsila.“

Záchvatovité přejídání způsobuje, že Lucii trápí silné obavy o její zdraví, ať už v souvislosti s existujícími problémy s vyhřezlou ploténkou, nebo z případně hrozící cukrovky. V průběhu záchvatu však tyto myšlenky ustupují do pozadí:

„V těch chvílích, kdy ty obsesivní myšlenky přicházely, tak vám to bylo úplně jako jedno. Že jako v tu chvíli nechcete volat kamarádům. Je vám jedno, co bude s těma zádama, kolenama, se srdcem a tak dále. Prostě se chcete jenom najíst.“

PPP ve svém životě vnímá jako „nežádoucího partnera“. Uvědomuje si, že již od útlého věku ji jídlo sloužilo jako jakási útěcha. Současně ale od blízkých slýchávala kritiku namířenou na osoby s nadváhou. S mentální anorexií se v mládí potýkala její sestra i blízká přítelkyně z dětství. Lucie shrnuje jednotlivé faktory, které její život s PPP ovlivňují.

„Že vám to pak jako do života asi taky jako nedá úplně ideální myšlenky. Že pak si nesete nějaký vzorec v hlavě. A není snadný se toho zbavit. Jste nějak naprogramovaná v některých věcech.“

Svoji současnou pozici na cestě ze záchvatovitého přejídání vnímá respondentka ambivalentně. Uvědomuje si, že vlivem užívání psychofarmak „se to najednou tak jako hodně zjednodušilo“. Poslední týdny pozoruje snížení frekvence nutkavých myšlenek na

sladké. Na druhou stranu má na sebe stále velké nároky, které vyplývají z přání rychleji redukovat stávající nadváhu.

„Doufala jsem, že když se přestanu takhle přejídat, že ve chvíli, když máte takovouhle nadváhu, že ta váha půjde rychleji dolů. Takže nějaká trošku netrpělivost tam je.“

Lucii se podařilo nastavit si pravidelný režim v jídle s cílem vyhnout se momentům, kdy se epizoda přejídání objevila na základě „vlčího hladu“. Cítí se více otevřená dále využívat odbornou péči, především proto, že si uvědomuje dlouhotrvající charakter svých obtíží.

„To mi říkala jak první psycholožka, tak druhá psycholožka, tak psychiatricka, že to u mě bude jako běh na hodně dlouhou trať. A vlastně i jsme mluvily o tom, že až se to trošku uklidní v práci, případně když... že bych šla na nějaký stacionář, k tý, k profesorce Papežový nebo něco takovýho, uvidím, jestli to bude potřeba. Protože v tuhle chvíli je mi líp, ale člověk neví, co přijde.“

3.1.2 Alžběta

Alžbětě je 38 let a pracuje jako studijní referentka na vysoké škole. Pochází z malého města v jižních Čechách, ale nyní již dlouhou dobu žije v Praze. Je svobodná a bezdětná. MA doprovází její život asi 25 let. Svůj příběh chce vyprávět chronologicky.

„Nějaká první výraznější vzpomínka na jídlo z dětství je asi tatkův komentář ve smyslu, že mám ráda jídlo a že mi chutná a už jako dítě jsem fasovala Šmoulu mlsouna, mezitím co brácha dostával Šmoulu koumáka.“

Respondentka má tři bratry, kteří měli vždy sklon k tomu, „aby měli vyzáblou postavu“. Období dospívání si spojuje s prvopočátkem poruchy. Jako mladá dívka má pocit, že se jí její matka nevěnuje dostatečnou pozornost.

„Začalo to nenápadně, že jsem začala cvičit na břicho. A mamka mě pochválila, že se snažím se sebou něco dělat. V té době bych neřekla, že bych měla nadváhu, ale byla jsem něco, čemu...prostě nebyla jsem vychrtlá, takhle bych to charakterizovala.“

Alžběta postupně snižuje svůj denní příjem potravy, takže její váha klesne pod 50 kilogramů. Reakce rodičů je taková, že začínají svoji dceru více hlídat, aby přidala na jídle. Rodinné prostředí, ve kterém Alžběta vyrůstá, ale není zrovna stabilní.

„Moji rodiče k sobě nemaj úplně harmonickej vztah a je pravda, že v období tý puberty měl taťka tendence na mě šahat...S tím, že mě nikdy neznásilnil, ale... tendence jako šahat mi na zadek u něj vymizela až někdy hluboce po mé třicítce. Snažila jsem se jako... proti tomu bránit tím způsobem, že jsem jednou vy... začala ječet na mamku, že to fakt není normální tohleto...co se děje. Tak maminka mu údajně domluvila, ale nevim, co to pomohlo.“

Ve stejné třídě na základní škole, na kterou Alžběta dochází, má obtíže s jídlem *„minimálně možná jedna třetina holek z celý třídy, různou formu, i když převažovala anorexie nad bulimií, tu tam měly tuším jenom z mý zkušenosti dvě holky“*.

Tuto skutečnost si vysvětluje několika způsoby:

„Je to možná i tím, že jsme osmdesátý, pětadesátý ročník a na nás byl tlak jako: ten výkon, ten úspěch... plus to vypadat dobře.“

„Svým způsobem tomu nahrávala i naše tělocvikářka. Měla jsem štěstí jako vždycky v životě na super tělocvikářky, šílený sokolnice, který prostě nesnesly, když někdo měl tuk, kde ho neměl mít a byl neohrabanej, jako jsem já... Takže nás v tom taky živě podporovaly.“

Po ukončení základní školy nastoupí Alžběta na gymnázium, kde její obtíže s jídlem začínají nabývat vážnější podoby.

„Na tom gymplu jsem měla období, kdy jsem třeba pět dnů v týdnu popíjela jenom light nápoje. Bylo jednodušší se nenechat kontrolovat od rodičů, protože v podstatě jsem vstávala brzo do školy a odcházela jsem z domova okolo šestý ráno, vracela jsem se v šest na večer. Společný jídlo u našich bylo v podstatě jenom v neděli oběd. To bylo všechno.“

Rodiče vykazují vůči odborné psychologické pomoci silnou nedůvěru, obzvláště Alžbětín otec. *„Je to všechno takový jakoby paradoxní, protože půlka rodiny, díky tomu, protože on se nikdy neléčil, tak se léčí“*. Při jedné cestě vlakem potká svoji známou, která se léčí

s mentální bulimií, „Mně přišlo, že to, co ona říká, tak není v pořádku. Vůbec mi nedošlo, že se to může týkat i nějak mě, že mám...jakoby problém, s kterým bych někam mohla jít nebo měla jít.“

Kvůli problémům s jídlem, které se tehdy nakumulovaly, vzpomíná na střední školu nerada. Neměla totiž žádné přátele a cítila se stále unavená, bez energie.

„Od těch šestnácti let se u mě střídalo, že zhubnu – naberu – zhubnu – naberu, a že jsem si svým způsobem vypracovala i záchvatový přejídání, protože potom jsem byla šťastná z toho, že jim a v podstatě nekynu, ale nikdy jsem se nezapomněla sledovat, tak jako tak. (...) Když už teda takhle jim, tak abych si to kompenzovala pohybem, takže jsem byla schopná ujít ve vánici, určitě jsem se vydala i o Vánocích na desetikilometrovou procházku, abych se toho, co jsem snědla nějakým způsobem zbavila. (...) Prsty do krku jsem si zkusila strčit jenom jednou... nějak se mi to nepovedlo a potom jsem nepokračovala.“

Na lepší časy se začalo blýskat na jazykové škole, na kterou nastoupila na rok po maturitě. Zde si nachází své první přátele. V hubnutí ale dále pokračuje, později i na vysoké škole.

„Tam jsem byla schopná přežívat na třech jogurtech denně...A hlídat se, jestli jsem nabyla, přibrala a podobně, ale ty energie jsem... Už jsem byla schopná jíst aspoň něco, nebo to nebyla taková katastrofa.“

Vysokou školu společně s přáteli úspěšně dokončuje po pěti a půl letech. Následuje doktorské studium, což je podle Alžběty jedno z jejích nejtěžších životních období. „Udržet si práci s doktorátem bylo hodně náročný.“ Peníze si tedy snaží vydělat docházením na dvě až tři brigády současně.

„Celou tuhle dobu, o které teď vlastně zpětně mluvím, jsem... přežívala bez teplého jídla, jednou tejdně, převážně na sladkostech a podobně...Tak jsem dospěla do svejch dvaceti osmi nějakých devíti let.“

V době, kdy nastupuje do svého prvního zaměstnání, je již „doopravdy jakoby jo hodně vyšťavená“. I když to v tu danou chvíli neumí zcela rozpoznat, zpětně to hodnotí tak, že nad sebou měla „poměrně náročnou psychopatickou vedoucí (...), vzhledem k tomu, že ta tam

prostor pro jídlo nedávala, ani mně, ani mým následovkyním...tak se mi to podařilo znovu se rozjct no“. Pracovní povinnosti dokončuje doma po večerech a v tuto chvíli se jí naplno rozvine závislost na alkoholu, která trvá dlouhých sedm let.

„Řekla bych, že se spíš jednalo o ten alkorektickej typ. To znamená, že jsem se přes den snažila si hlídat váhu, jídlo, moc nejíst, čemuž ty podmínky v práci ten první rok skvěle nahrávaly, protože tam fakt prostor pro jídlo prostě nebyl.“

Asi po roce se Alžběta rozhodne práci změnit. Na novém pracovišti má možnost se před den najíst, její způsob života však zůstane v zajetých kolejích.

„To znamená, že přes den se hlídám a snažím se ideálně téměř nejíst a na večer si za odměnu, za to, že jsem hodná, dám tu skleničku vína, protože to má prostě přece jenom ta malá sklenička 50 kalorií. A když se stane něco... jakoby že si dám dvě skleničky, tak je to přece jenom 100 kalorií. Což kdybych si dala ten oběd, tak je to 500 kalorií. Takže vlastně když vypiju láhev vína, tak to, když to doted'ka přepočtu, tak mám 500 kalorií, takže je to v pohodě. Ne, to... v pohodě, ale tak jsem uvažovala.“

Že s nadměrným pitím není něco v pořádku, si Alžběta dlouho neuvědomuje. Léčbu závislosti poprvé zvažuje až v souvislosti se svým prvním partnerským vztahem. Muž, kterého Alžběta přijme do svého života, ji bohužel štěstí nepřinese.

„Dotyčnej byl něco jako můj taťka přes kopírák, ale ještě v horším. Člověk, kterej prostě mě finančně zneužil a kterej by zneužil podle mě každýho, kdo se zneužit nechá. A... bylo to i, protože já jsem v té době neuměla říkat ne.“

„Na začátku toho vztahu si pamatuji ještě, že jsem hodně zhubla, že jsem se snažila bejt hezká, takže jsem hubla, jedla jsem třeba jenom zeleninu navečer, potom to víno...“

Domnívá se, že od větších potíží s prvním partnerem ji zachránilo to, že začala docházet na individuální psychoterapii, kterou zanedlouho doplnila skupinová terapie. Na sezeních se postupně odkrývají Alžbětina traumata z dětství a dlouhotrvající PPP. O závislosti na alkoholu terapeutka nemá dlouhou dobu ani ponětí. Následuje druhý partnerský vztah...

„Když už jsem se teda začala vesele jako pokoušet ve třiatřiceti letech o abstinenci, nebo o svojí první, jakože to...tak jsem začala chodit se svým druhým přítelem. A protože jsem ještě v té době neuměla dostatečně říkat ne a postavit se za sebe, viděla jsem, jak jemu záleží na jeho prarodičích, takže při návštěvě tam jsem se opět napila po třech měsících léčby, což byla velká chyba. A vesele jsem při tom vztahu na dálku pila dál. A myslím si, že to byl jeden z důvodů, proč jsme se potom jakoby i rozešli.“

Zpětně reflektuje, že se jednalo o dobré rozhodnutí, a to kvůli rozdílnosti obou partnerů. *„Já mám ráda město a ráda bych ve městě pracovala...On má rád prostě malý vesnice. Začal si teď opravovat statek, což je něco, co by mě v životě nelákalo. Máme odlišnej způsob trávení volnýho času, no...“*

V 35 letech začíná Alžběta uskutečňovat „svůj současný a poslední pokus“ o abstinenci. Protože velkou část jejího denního příjmu potravy tvořil alkohol, je potřeba se zaměřit i na její nový jídelníček, *„že když teda nemůžu dát to víno, takže se můžu dát tam zmrzlinový kornout a že když jako jo, hodně budu mít krizi, tak že můžu tu čokoládu.“*

Současně dodává, že tato podoba jídelníčku s menšími obměnami *„hodně simuluje to období, kdy pila.“*

„To znamená, že já se dokážu často přes den hodně jakoby hlídat, že si dám sem tam nějakou tu tyčinku, sem tam nějaký ty proteiny nebo nějaký proteiny jakoby ve smyslu cottage nebo dřív ve smyslu proteinové tyčinky. Nebo sem tam ovoce, zeleninu a podobně. Zkrátka a jednoduše, že nejím normálně jako ostatní lidi, že bych si dala klasickou snídani, teplý jídlo, výživu. A navečer prostě za to, že jsem byla tak hodná, tak si prostě zasloužím, když už jsem takhle vyflusaná, si dát v klidu ten čokoládovej kornout. A dám si ho velmi ráda, protože celý den byl náročnej a teď mám konečně klid. Nedokážu jakoby moc jíst v práci nebo s pocitem toho, že...musim něco potom udělat. Trošku mi to připomíná tu moji závislost, to popíjení, jakože to bylo taky vždycky až navečer, za odměnu, protože já jsem popíjela zásadně a měla jsem zásady, že se popíjí po práci. Nepije se ráno, pije se až navečer.“

Služby Centra Anabell začíná Alžběta využívat na jaře roku 2023, nejprve odborné sociální poradenství, poté uzavřenou psychoterapeutickou skupinu, která probíhá dlouhodobě. Popisuje, že „někdy je období, kdy je to lepší a kdy se něco víc povede“

Například vánoční svátky či různé oslavy narozenin jsou pro ni situace, které zvládá hůře.

„Vánoce...pro někoho jako období klidu a míru, pro mě ze začátku velkej problém, protože jsem...mně bylo prostě po těch hutných jídlech a dotedka je mi zle, než to mý rodiče pochopili, že pokud nechtěj, abych fňukala už na Hod boží, že je mi zle, protože jsem trvala na tom, že se u nás začalo slavnostně jíst až na Štědrej večer. Tak doopravdy, že si nemůžu dávat to, co si dávají bráchové, že to prostě nestrávím, že trávím hůř, a než mi to dovolili jíst, to bylo až někdy po dvaceti.“

„Neměla jsem ráda návštěvy u babiček, u dědů...Hodně z toho důvodu jsem nerada jezdila k babičce z mamčiny strany a k dědovi, protože tam prostě byla vždycky nutnost si dát zákusek, v neděli. A strašně na tom trvali, až zhruba až po třicítce začali akceptovat že si tam prostě nedam nic, jenom to kafe nebo něco takovýho. Vždycky to bylo, že sledovali, jak jím, nejím a podobně a komentovali to.“

Alžběta ve své rodině není jediná, kdo trpěl obtížemi s příjmem potravy. Má sestřenici, která kvůli touze zhubnout přestala jíst a pila jen vodu. I přesto si někteří členové rodiny nedokážou odpustit bolavé komentáře ohledně jejich postav, popřípadě hodnotí postavy cizích lidí.

„Babička do teďka komentuje, kdo jí, nejí a potom ty, kteří jí a kteří jakoby mají nadváhu, tu ženskou část rodiny, tak to okomentuje, že mají nadváhu.“

Reflektuje, že PPP v jejím životě mohla sloužit jako ochrana. Nejprve před otcovými dotyky, „že to byla snaha dospět a nebejt ženská.“. Poté ji MA naopak bránila dosáhnout úplné dospělosti a přijmout svoji genderovou roli, kterou vnímala jako potenciálně ohrožující.

„Protože u nás v tý rodině se ty ženský, když byly dospělý, neměly v podstatě nikdy moc dobře. A mně přišlo, že když budu v uvozovkách něco mezi holčičkou a chlapečkem, že to možná budu mít životě snazší, než když budu ženská. V podstatě bych řekla, že čas tečně i ve

mě něco takovýho je, že když budu jakoby žena se vším všudy, tak že to budu mít těžký. Že na mě budou větší nároky. Že mi miň lidi bude ochotno pomoct. Paradoxně ale neřekla bych, že jsem, že patřím mezi lidi, který si často o tu pomoc říkaj.“

Štíhlá postava pro ni vždy znamenala úspěch, možnost žít městským životem a dovolit si mít své vlastní touhy. Snaha udržet si figuru tak byla pro Alžbětin život klíčová. *„Jsem prostě měla i strašnej strach, že naberu a budu se muset vrátit na vesnici nebo jako doted'ka je to tam pro mě takový, že se tam nechci vracet.“*

Respondentka si uvědomuje, že se její život neubíral běžným směrem, že nezaložila rodinu *„nebo že se ty věci neodvíjí tak jako u ostatních lidí.“*. Stále více vnímá úzkou souvislost mezi svojí alkoholovou závislostí a PPP.

„Jako jestli se něčeho upřímně děsim, nebo jako jestli si uvědomuju, že jedna z motivací jako proč se uzdravit je i to, že nechci, abych se znova rozpila, že mě děsí i ta podobnost sladký versus víno.“

Další silnou motivací, díky které Alžběta i nadále využívá služby Centra Anabell, je obava z možných zdravotních komplikací, *„že nemám třeba často ani teplý jídlo, a i do ted'ka jednou v tejdnu, tak že se to hrozně podepíše na mym zdraví a že budu mít prostě vážný problémy zdravotní no... kosti, klouby, močák“*.

Rozhovor Alžběta zakončuje stručnou větou, která s sebou nese poselství, s nímž se nedá než souhlasit.

„Já bych si přála, ideálně, aby timhletim nemusely holky prostě procházet, holky ani kluci.“

3.1.3 Vendula

Vendule je 52 let, v současné době je ženou v domácnosti a zároveň pobírá invalidní důchod. Žije se dvěma dětmi a manželem v rodinném domě za Prahou. Náš společný rozhovor proběhl v prostorách Centra Anabell, kam Vendula dříve docházela.

S mentální bulimií se potýká téměř celý svůj dospělý život. Svůj příběh vypráví chronologicky, od doby, kdy byla sama ještě dítětem, které nechápal, jak se někdo může chtít cíleně zbavovat snědeného jídla.

„Četla jsem si v nějakém časopise, ktere jsem našla u babičky a byl tam rozhovor s holkou, která vlastně, a to bylo někdy v osmdesátech letech, která tam vyprávěla nějaký svůj příběh, s tím, že se jako nutila ke zvracení s vidličkou a údajně jako že ji spolkla, tak jsem říkala, ježišmarja, proč to ty lidi dělaj, tohle v životě jako bych nedělala, proč někdo zvrací jo, a to jsem o tom nevěděla vůbec nic prostě.“

Popisuje se jako štíhlé dítě, kterému ze stran dospělých bylo „vyhrožováno“, že bude vyživováno rybím tukem. Zásadní změnu ve vnímání své postavy datuje do začátku puberty. Proměna postavy probíhala téměř simultánně s proměnou, kterou si tou dobou procházela celá rodina.

„Když mi bylo devět, tak se nám rozvedli rodiče, jo, takže tam se to potom nějak, jako že jo, takovej ten šok, a to odcizení vůbec a ta jistota... No a tam to možná jako trochu začalo, ale ještě, ještě to bylo docela dobrý. A pak jsem začala přibírat, někdy v pubertě, kolem toho jedenáctýho roku, kdy tam asi začaly pracovat ty hormony a já jsem vlastně od šestý do osmý třídy, během těch dvou let, jsem přibrala skoro 20 kilo.“

Od té doby Vendula žije pouze s maminkou, která je závislá na alkoholu. Necítí oporu ani od jednoho z rodičů, ačkoliv je pro ni více než potřebná. Komentáře od okolí na změny postavy dospívající dívky na sebe nenechají dlouho čekat: *„Samozřejmě, že tam už byly ty poznámky, že jo, že jsem se začala kulatět, prsa, zadek, a tak podobně...“* Situace se nezmění ani na střední škole: *„Takže jako nadávali, že jsem almara a tlustoprška a různý takovýhle.“*

Jediným zdrojem sebejistoty, „kompenzací“, je v té době pro Vendulu divadlo, pravidelně navštěvuje dramatický kroužek, zvažuje dokonce podání přihlášky na konzervatoř. K přijímacímu řízení se ale nakonec nedostaví, a to kvůli jedné z mnoha necitlivých poznámek z okolí.

„No a vychovatelka mi tenkrát řekla, že mě tam nevezmou, protože mám velké zadek a že jsem tlustá, jo. Takže já prostě, jsem to úplně, jako jsem to vzdala, tak jsem si říkala, tam prostě se nedostanu.“

Vendula po dokončení střední zemědělské školy nastoupí do svého prvního zaměstnání v montovně. Více než práce však ženu na prahu dospělosti láká zábava a chvíle povyražení s novou kamarádkou, která se pyšní velmi útlou postavou. Štíhlá kamarádka Vendulu motivuje k tomu, aby svoji postavu změnila: *„Já jsem si říkala, tyjo, tak jako když jako může to ona, tak jako já to taky schodím“*

„Tak jsem si našla v nějakém časopise dietu a bylo to na tři tisíce kilojoulů, jo, kilojoulů denně a bylo to prostě, jako že to je maximálně na čtrnáct dní a že dýl se to nesmí, jo. Absolutně to bylo bez nějakých teplých jídel. To bylo nějak prostě snídaně, jako že teda jo, nějaký to pečivo, nějaká ta svačina, nějaký to jablko, pak tam byly nějaký vařený brambory s jogurtem a šunka a večere taky nějaká prostě podobná.“

Ve své snaze omezit vše „škodlivé“ na minimum je velmi odhodlaná. Omezení platí i na pití sladkých limonád, zbaví se pití alkoholu a kouření cigaret. Výsledkem je dvacetikilový úbytek na váze. V průběhu celého procesu je poháněna myšlenkou, že po zhubnutí přísné omezování skončí.

„Prostě až zhubnu, tak si dám (s důrazem), jo. Prostě jsem se těšila, prostě si dám potom v zimě ten štrůdl teplej a vůbec mě nenapadlo, že prostě když budu jíst jenom takhle, takže ono to potom nebude úplně jako, že prostě zůstanu furt jako štíhlá jo.“

Navýšení příjmu potravy Vendula kompenzuje fyzicky náročnou prací, ke které navíc přidá cvičení. Stále se chodí bavit na diskotéky.

„Nikdy jsem se nedostala vlastně pod nějakých padesát kilo. Jo, furt se mi to drželo, protože jsem věděla, že musím i v té práci nějak vydržet jo, že jo, jsem se bála, nějak jako, že úplně zkolabovat, měla jsem z toho strach. A.... takže jako jsem se držela, aspoň tak jako vydržela.“

Matka, která si v té době prochází již několikátou protialkoholní léčbou, má o obtížích své dcery jen letmé tušení. Otec bydlí daleko, a tak o ničem neví. Jako první Vendulu na riziko

MA upozorní její sestra, která má vystudovanou zdravotní školu. Ve stejné době Vendula zjistí „že dá se jíst a dá se toho jídla zbavit, tím, že prostě to vyhodím jo, že to vyzvracím“.

V tomto náročném období začíná mladá žena navazovat své první partnerské vztahy, které snahu manipulovat s vlastní vahou ještě více posilují.

„Jsem měla jeden vztah, jakože vážnější a vlastně ten kluk se na mě vykašlal. On teda byl ještě v rozvodovém řízení, ono to bylo takový jako prostě složitější. Ale prostě rozešli jsme se. A s tím, že prostě jsem tlustá jo, takže potom já jsem začala hubnout. Mezi tím jsem se taky ještě zamilovala do jednoho, jsem si myslela, jakože zhubnu, tak že prostě jako se mu budu líbit, že spolu začnem chodit. Samozřejmě že ne.“

Nově „objevený“ způsob regulace příjmu potravy je však spojen s prvními vážnějšími zdravotními komplikacemi.

„Prostě měla jsem rozkousaný klouby na rukách a různě prostě, bylo to hnusný. No, ale pořád jsem si říkala, furt je to dobrý, furt je to dobrý, akorát se mi stalo, že prostě jsem kolikrát toho třeba snědla hodně a pak jsem to vyzvracela, že třeba jako už mi bylo špatně, že třeba jsem málem omdlela na ulici jo, ale pořád mi to nedocházelo, že to je prostě špatně tohleto.“

Následuje první snaha řešit své obtíže odbornou cestou: „Šla jsem i k doktorce obvodní, já jsem ji to říkala, jako že s tím mam problémy, ona mi tenkrát říkala: Budete sem chodit každých čtrnáct dní se vážit.“ Současně s tím si ale Vendula nachází bulku v prsu a čeká ji operace – „problémy s tím jídlem jako šly stranou.“

Kvůli nedostatečné kapacitě nemocnice je hospitalizována na dětském oddělení, kde se setká se zdravotní sestrou, která si neodpustí jeden z dalších bolavých komentářů na postavu dospělé ženy.

„Já jsem tam měla nějakou tu váhu, já nevím asi 55 kilo, tak říkám: ‚Jé, to je supr.‘ A ona: ‚Supr, jo? No to teda nevím, to byste měla, jako to bys měla shodit.‘ Ještě mi tykala vlastně. A já jsem říkala: ‚No tak paráda.‘ Tak jo, takže mi tam zase, jo prostě, takže jsem jako i jídlo v nemocnici, takže zase jsem nejedla, co jsem snědla, to jsem zvracela.“

Po propuštění z nemocnice začíná Vendula navštěvovat psycholožku ve svém rodném městě, která ji následně doporučí služby krizového centra, „*chodila jsem na nějaký ty svépomocný skupiny*“, „*no, nebylo to úplně špatný*“

V centru je jí dokonce nabídnuta pozice pomocného terapeuta, ale kvůli nedostatečnému vzdělání ji Vendula nakonec odmítne. Později přestává pomoc centra využívat. „*Vrátila jsem se, že jo zase, do takovýho stejnýho kolotoče.*“

Po jednom z mnoha incidentů s maminkou závislou na alkoholu, ji otec nabídne, aby se k němu nastěhovala, „*ale on zase si tam nastěhoval nemocnou babičku, maminku svojí, ta měla Alzheimeru. Takže k tomu ještě přibyla ta péče o tu babku, jo.*“

Ze zvracení se postupně stává pravidelná záležitost. Současně s tím dochází ke zhoršování Vendulina zdravotního stavu, „*prostě co se týkalo pleti, vlasů, zuby samozřejmě*“. Vzpomíná, že za jídlo utrácela velké množství peněz, což ji nakonec donutí k tomu, že se konečně pokusí svěřit svému otci.

„*Protože jsem utrácela za jídlo hodně, takže třeba, to, co jsem si vydělala, tak jako samozřejmě jsem investovala do tohoto, takže jsem to vlastně prolila, problinkala a... Jemu to, vlastně to nepochopil, že jo a... Takže jako něco, já jsem mu tenkrát nahrála dokonce i na kazetu jako, že prostě nemám sílu mu to říct normálně.*“

Ve 30 letech potkává svého budoucího manžela, se kterým následně otěhotní. Celé její těhotenství provází zvracení. „*Tak samozřejmě tam byl strach z toho, abych jako nepřibrála. Takže jako to jelo furt stejný, jo, prostě jídlo, zvracení, jo, udržovat se v nějaký, aby to miminko prostě to neodneslo.*“

První syn se narodí předčasně, v 31. týdnu. Z důvodu naplněných kapacit na porodním oddělení je Vendula propuštěna již po třech dnech „*Jo, takže to bylo pro mě úplně hrozný, že jsem jela domů. Takže já jsem fakt jako po čtyřech hodinách poctivě jako si odšťikávala mlíko, abysme mu to tam vozili jo, takže to bylo i takový psychicky napětí.*“ Druhé těhotenství po pěti letech se také neobešlo bez komplikací.

„To mi tenkrát už doktor vyhrožoval, že málo přibírám, že mimino bude malý, a já jsem říkala ‚To bude mít čtyři kila‘ a ‚Já jim dobře‘. No, a dcera potom když se narodila, tak skutečně měla čtyři kila, ale... protože byla veliká a já jsem byla zesláblá hodně, tak jsem potom málem vykrvácela, takže jsem pak ještě ležela na ARO.“

Vendula popisuje, jak jí byla zavedena výživa kanylou, kvůli které byla extrémně zavodněná.

„První myšlenka, která byla, když jsem se vzbudila z tý narkózy, jako abych neumřela, a druhá, abych nebyla tlustá, jo. No a prostě jsem přibrala nějakých deset kilo a teď jsem říkala to, takový tlustý ruce jo, že mi museli sundat všechno, přestříhnout tu pásku, co jsem měla...“

Změna váhy ji vyděsí a svoji „situaci“ se rozhodne okamžitě řešit. *„Mně v tý hlavě, prostě jo, začal ten poplašňák, jako teď musím prostě hned, a hned zhubnu.“*

A „poplašňáku“, jak sama říká, se jí zatím nepodařilo zbavit *„Je tam pořád takový ten strašák, prostě z tý tloušťky. Nějaká hloupá poznámka, ať je to prostě od manžela, stačí nějaký prostě takovýhle, i když teď už to neříká, protože to má jakože zakázaný.“*

Asi před rokem začíná Vendula využívat služby Centra Anabell. Ještě předtím však zvažovala nástup do denního stacionáře pro poruchy příjmu potravy.

„Já jsem to zbaběle vzdala, protože vlastně tam nám na rovinu řekli, že to je výkrmna. A že prostě každý den se musí snídat, prostě povinně, tři kusy pečiva a já jsem říkala, to jako...já v tom nevidím žádný smysl.“

V Centru Anabell jí je nabídnuta podpora v rámci projektu *Rozvoj a realizace fakultativní služby k odbornému sociálnímu poradenství*. V současnosti již využívá pouze psychoterapeutické služby.

„Je to trošku ukočirovaný jo, ale nemůžu říct jako, rozhodně neřeknu ‚hele jsem zdravá, prostě nemam s tím problémy‘, bohužel. Je to tak jo, prostě a bojím se, že už se prostě nikdy neuzdravím.“

Synovi je nyní 20 let, dcera si prochází pubertou. O obtížích své matky se oba dozvěděli zhruba před rokem. „*Já jsem jim to nikdy neřekla naplno úplně, jako jak to doopravdy je, ale řekla jsem jim, že s tím mam problémy, ale ne až úplně*“. Přesto Vendula přiznává, že její porucha chod rodiny určitým způsobem ovlivnila.

„Aniž by si to člověk uvědomoval, tak jako vyc...navariť pro ty ostatní, jo, aby se dobře napapali, takže manžel kulatej, chlapeček kulatej, jo prostě jako ty určitě nestrádali jídlem...“

Zatímco sama využívá excesivní pohyb, který je pro ni kromě zvracení dalším způsobem kompenzace snědeného jídla. „*Byla jsem doma sama, tak jsem skákala, hopsala, že jenom kvůli hloupýmu řízku, aby se potom mohla kouknout do zrcadla, vzít si šaty a kouknout se na sebe.*“

Když se zpětně dívá na jednotlivé traumatické události ve svém životě, vyzdvihuje především přísnost na sebe samu, která ji nedovolila se vzdát.

„Já bych to nenazvala úplně jako nějaký seabemrškačství nebo takový možná masochistický, nějaký takový...Možná to bylo přísnou výchovou, jak jsme byly jako dost přísně vychovaný, že prostě jako musíš to vydržet a prostě a tohleto jo. A byly jsme se ségrou, myslím si takový docela ctižádostivý, jo... Pomínu školu, jo. Tam to nebylo až takový, jako že bych byla nějakéj šprt a jedničkář, to ne. Ale prostě třeba, když to vezmu, sport nebo takovýhle, takže furt, jo. Dokavad' to nebylo úplně nejlepší, tak prostě jako nepovolit, jo.“

Kromě tendence trestat sebe samu si nyní uvědomuje i předchozí nevědomou touhu „*potrestat své rodiče*“.

„Třeba jo, třeba jsem chtěla na sebe trochu upozornit, i když třeba už mi bylo devatenáct. Ale chtěla jsem třeba jako upozornit tu mámu, to že: ‚Vykašli se prostě na to, nepij ten rum a všímej si mě, haló, tady jsem‘, jo. Nebo prostě i to, že i ta ségra si mě trochu všímala. Ale ta už byla, ta byla vdaná no. A ted' už si ani s ní nemůžu promluvit, protože jsou to tři roky, co umřela...“

Po smrti sestry se stav respondentky ještě o něco zhorší. Popisuje, že se spolu nerozloučily v dobrém a že po ní zbylo „prázdné místo“, kde zůstávají věci nedořešené.

„Tam to trošku bylo jako ještě voda na ten mlejn. A ještě víc tam přidej. A ještě víc jako si nandej. A ublížit si nějak no.“

Vendula žije svůj život s PPP již dlouhých třicet let. Popisuje svoji frustraci z vleklé léčby i z neupřímnosti vůči své rodině a postupnou ztrátu naděje na úplné vyléčení.

„Protože si někdy říkám, jako, hele, vykašli se na to, jo, nech to bejt, prostě žiješ si s tím nějakých třicet let, jako prostě to už dožiješ jo, takže to jsou věci, který mě i napadaj. A přiznam se, že někdy mě i napadaj...jakoby jako skončit to, prostě jako takový to utrpení, jako prostě ten hroznej kolotoč, který třeba i nezvládám v tom, jako jídlo, prostě zvracení, jo, a takovýhle, to přemáhání se, lhaní doma i, jo, takže taková ta úplně neupřímnost.“

Uvědomuje si fyzické následky své nemoci, které se projevují jak po estetické stránce, tak především po té zdravotní.

„Vlastně jako hodně mi začaly padat, a já jsem s tím vůbec nepočítala. Jsem měla jako problémy s těma zubama a tak nějak jako. No ty problémy, které vlastně s tím nastaly, který... já jsem nebyla na ně připravená a nepočítala jsem s tím, že prostě tohleto vš echno může to přinýst. Že si to vybere takovou tu svoji daň. Když to řeknu až takhle jako úplně... Že prostě je to, co vlastně tomu tělu člověk dodá, tak něco je tam správně a pak jako ono může ject na nějaký jakože...dluh. A pak si to teda jako sakra vybere.“

V závěru setkání se Vendula zmiňuje o své nové psychiatrice, se kterou je aktuálně spokojená. Náš společný rozhovor uzavírá realistickým pohledem na svoji budoucí prognózu.

„Abych řekla, jako nějaký světlo na konci tunelu to fakt nevidím, jo. Snažím se...Možná úplně nějaký takový úplně malinký jako zlepšení, tam je, jo. Ale občas to bývá takovýto: krok dopředu a dva zpátky, jo. Takže zatím mi to fakt jako moc nejde, jo.“

3.1.4 Radka

Radka se narodila na Vysočině, dnes – ve svých 47 letech – žije v hlavním městě. Je svobodná a nemá děti. Pobírá invalidní důchod a momentálně se intenzivně angažuje v oblasti vědy. Náš společný rozhovor proběhl tak, že Radka přijala pozvání do mého bytu. Setkání považuji i přes náročnou tematiku za velmi příjemné a intimní. Obdivuji, s jakou lehkostí respondentka zvládla hovořit o svém životě, který protkalo nemalé množství traumat.

Radka popisuje, že její obtíže svým charakterem odpovídaly ortorexii. Domnívá se, že první příznaky problematického stravování se v jejím případě objevily již na základní škole, a to jako reakce na komentáře přicházející z okolí.

„Vlastně jsem se začala snažit nějak zdravě jíst, už asi na základní škole. Měla jsem prostě zkušenost s tím, že mi občas někdo říkal, že jsem nějak jako větší. Někdo mi řekl, že jsem tlustá... Já jsem se potom dívala na fotky s mámou, tak jsem zjistila, že jsem vypadala úplně normálně... Prostě chtěla jsem hubnout. A řešila jsem to jako nejedením. Někdy jsem snědla třeba jedno rajče za den a list salátu. A vlastně pak se mi i stalo, že jsem se hrozně divila, jak je to možný, že jsem šla, vlastně na rovným chodníku a rupla mi nártní kůstka. Takže jsem měla šest tejdnu nechodící sádru. A měla jsem i třeba jako problémy se zubama.“

Poté se rozhodne ve svém vyprávění přeskočit celých 20 let a rozpovídá se o hrozivém zážitku, kterým její dlouhotrvající obtíže s jídlem nakonec vyvrcholily. V té době se již několik let stravuje vegansky, mezi tím zkouší nejrůznější trendy, jako je vitariánství či například raw stravování. Často však dlouhé měsíce nepozře nic jiného, než ovocné a zeleninové šťávy.

„Nechtěla jsem už ani mrkev třeba, protože je přešlechtěná, vyšlechtěná. Takovýhle věci jo. To už jsem jako... Samozřejmě bez lepku, bez cukru, bez soli, prostě bez těch bílejších jedů.“

„A ještě jsem byla schopná u toho cvičit. A měla jsem vlastně i takovou euforii docela. Z toho že vlastně asi teď tomu rozumím tak, že to bylo z toho, že jsem měla něco pod kontrolou prostě, něco takovýhleho. A vlastně mi to šlo. A všichni se strašně divili, jak můžeš, a dyť to nejde. A já jsem říkala, ale jde, já můžu.“

Radka ve svém omezování zachází ještě dál a rozhodne se držet půst. Ostatně s ním má z minulosti „pozitivní“ zkušenost.

„To už předtím byl jeden půst, kdy jsem prostě zhubla devět kilo a podle měření v lékárně to bylo osm kilo tuku, takže se mi to moc jako líbilo, a i jsem si to udržela dokonce.“

K rozhodnutí držet již druhý půst v Radčině případě přispěje řešení osobních problémů. *„Bohužel jsem se dostala do rukou šarlatánů, a tam jsou ty půsty dost oblíbený a takový ty detoxy.“* Detailně popisuje, jakým způsobem se propracovala až k úplné hladovce.

„Takže já jsem...to byl asi já nevím, za tři dny byl slunovrat, letní. Já jsem si natrhala nějakou bez. Měla jsem ho ve vodě. Pak jsem to cítila celou dobu, protože to bylo tak strašně intenzivní, že jsem si myslela, že si udělám aspoň bezovou limonádu nebo...to bylo to poslední, co jsem měla. Myslím, že nevím, ještě nějaká hořčice, ale... to vůbec nevím už teďka, co to bylo, proč to bylo. No a přestala jsem jíst jakoby od té slunovratový noci. Říkala jsem si, jak to mám krásně promyšlený. No... bylo mi špatně, už od začátku...Vydrželo mi to měsíc a půl. Úplně bez ničeho. Jako tam bylo možná pár buněk jako citronu, že někde jsem se napila vody a tam bylo trošku pár kapek citronu, tak to bylo jediný, co jsem jako za ten měsíc a půl pozřela.“

Ke zmíněnému přidává provádění klystýrů. Ke konci půstu, kolem 44. dne, se její stav začne rapidně zhoršovat. Radka popisuje změněné smyslové vnímání. Zvrací žluč a i když se chce vrátit k pití šťáv, *„nemůže je už do sebe dostat“*.

„Tak jsem jakoby myslela třeba, že mám jako málo těch minerálů. A máma mi šla do lékárny pro nějakou solnej sprej. No a já, když jsem si to dala, tak jsem cítila tu sůl, jak kdybych jí měla úplně plnou hlavu. Bylo to strašný. Pak jsem šla do vany, že jako vodu, přitom jsem zřejmě byla tou vodou už jako otrávená vlastně. No...nějak jsem poslala mámu pro vodu, protože jsem už ani nemohla pít tu z kohoutku, kterou piju normálně, pro nějakou ten evian nebo něco. No přišlo mi, že se strašně dlouho nevrací, a když přišla...“

Mezitím Radka dodává, že v tomto období se striktně stavěla proti klasické západní medicíně. *„I kdybych si zlomila nohu nebo něco, že mi nesmí volat sanitku, že nechci“*

k doktorum.“ Po návratu maminky domů je situace natolik vážná, že je nutné zavolat odbornou pomoc.

„Mně už jako mlátilo srdce hrozně. Mělo to i další, takový dost nepříjemný příznaky, vlastně mi střeva povolily úplně. A... já už jsem řekla mámě: ‚Volej sanitku.‘ To jsem viděla, že už to nedám. Pak už jsem zkolabovala.“

Radka stráví čtyři dny v umělém spánku na ARO. Poté odmítne i prášek na spaní, protože *„i to byla chemie“*. Nicméně je vděčná za to, že může zase pomalu začít jíst, a hlavně za to, že přežila. I přesto, že se potýká s různými nepříjemnými následky.

„Ta hlava byla taková docela jako vypnutá. Takže za mnou posílali různé odborníky. Někakej psychiatr přišel a ted' říkal jako: ‚Kolik vám je?‘ A ted' já: ‚Ježíš, to nevím.‘. Nebo: ‚Jakej je rok?‘ A ted' já jsem říkala, no, je mi tolik let, narodila jsem se tehdy... V duchu jsem si to říkala a pak jsem mu to jako řekla. To jsem si říkala, že mu nemůžu říct, že vlastně nevím...“

Následně je Radka převezena na oddělení JIP.

„Tam když mě vezli, tak jsem se strašně bránila. Měla jsem halucinace. Místo ty pani jsem viděla prasečí hlavu, co tam byla jako. No, jsem říkala mámě, že se jsem ji snad i nějak držela, a že jsem ji říkala, ať mě dá šaty a že půjdeme domů.“

Z celé události se po fyzické i psychické stránce léčí ještě další dva roky. Zpětně vnímá, že ji zkušenost blízké smrti vyléčila.

„Akorát to bylo trošku náročnější, no. No a mám jizvu na rtu, jak zpívá Nohavica, Mám jizvu na rtu, tak já u toho brečím vždycky. Ale oni mi nějak, jak mi rvali nějaký to...na dechání to, tak mi to prostě roztrhli a měla jsem sondu do žaludku. Měla jsem vše chny ty trubičky, i jako v močovém měchýři všechno. Já jsem si to vyndala. Oni říkali: ‚Ježíš, jste si mohla ublížit.‘ Já jsem si vyndávala i... jak jsem byla fakt jako zblbá. Já nejsem jako takovej typ, že bych byla takovejhle rebel, jako jsem rebel, ale ne takhle. Takže jsem je hrozně jako zlobila.“

Radka začíná postupně více jíst a využije možnosti čerpat invalidní důchod, který má v současné době přiznaný natrvalo. Překvapivě dává šanci i různým druhům odborné pomoci, rozhodne se (již podruhé) navštívit kliniku pro poruchy příjmu potravy.

„Tam jsem byla dokonce předtím, už před dvaceti lety, na té klinice. U doktora ... Na něj nezapomenu. A myslím, že je nás víc. Když jsem šla od něj, tak jsem řvala vždycky. To bylo hrozný. To se nedalo zastavit. To byl hroznej chlap.“

Respondentka vysvětluje, že důvod její první návštěvy byl problém, který ji trápí již od dětského věku. Trpí neschopností jíst u společného stolu s ostatními členy rodiny. Nesnese pohled na to, jak rodiče či sestra konzumují jídlo.

„Ale jako strašný peklo pro mě. Jako že bych v tu chvíli mlátila hlavou do zdi. Jako neudělala jsem to, asi by mi to nepomohlo, ale nevěděla jsem ani jak ten pocit popsat.“

Dnes si tuto averzi spojuje s traumatem, které potenciálně nabývá transgenerační podoby. V rodině často probíhají vypjaté konflikty, které rodiče neumí adekvátně řešit. Malá Radka se ve svém domově necítí bezpečně.

“Takže si myslím, že to bylo tím, jak jsem se tam jakoby cítila u toho jídla, že jsem jako musela být s nima, ale u jídla. A že asi možná ten vztah k tomu jídlu mi to trošku rozbilo. Protože když u toho jídla jako nebyl klid a nemohla jsem prostě vlastně trávit... Takže si myslím, že vlastně to jídlo jsem měla nakonec spojený s úzkostí. A že se mi často stávalo, že jsem třeba jedla a po jídle mi bušilo srdce. Že prostě ten mozek si to pamatuje, že při tom jídle jako...“

Nyní již rodina respondentky více respektuje její potřeby, například o společně trávených svátcích si příbuzní snědí své jídlo v jiné místnosti. Ovšem nebylo tomu tak vždy.

„Když jsem byla malá, tak táta třeba jako zuřil a viděl, že mi to vadí. A já jsem se těšila, že bude hitparáda v televizi, to bylo jako jednou tejdně, hitparáda, že člověk viděl nějaký klip, a já jsem milovala Tublatanku. Tak jsem se těšila, že uvidím tu Tublatanku, ten jeden klip. No a on přišel do obejváku, stoupl si mezi dveře a kousal do jablka. Jako aby mě potrestal. Takže to bylo ošklivý.“

Obtíže připomínající svým charakterem určitou specifickou fobii se projevují i na jiných místech než doma.

„Když jedu v tramvaji a někdo žvejká, tak já se můžu zbláznit. A už jsem se aspoň naučila, že se zvednu a jdu si sednout jinam. To už jde. Předtím mě to spíš třeba ještě víc, a ještě furt vlastně, místo abych teda na toho člověka nekoukala, tak ještě mě to o to víc nutilo jako. A teďka už to říkám, že už tam cejtím ten vztek. Ale to nebylo. Já jsem vůbec nedokázala říct, co to je, jo. Jako strašný, jako ohrožení.“

Dospívání v toxickém rodinném prostředí nebylo jedinou náročnou zkušeností, kterou si Radka ve svém životě prožila. Rozhodla se svěřit se mi s hrůzným zážitkem znásilnění, ke kterému došlo, když jí bylo 14 let. Tato událost dle Radky hraje klíčovou roli v tom, jakým způsobem poté nahlížela na své tělo.

„O prázdninách jsem chodila do vedlejší vesnice. Tam byla taková parta Pražáků. A já jsem se nějak nesmyslně, podle mě, tak jako nevím, že to tak jako padlo, do jednoho z nich zamilovala. (...) No a pak v tom létě, jsem teda si narazila na tady tyhle ty, hovada. A oni tam byly náznaky už nějakýho jako násilí od nich. Nebo náznaky no, konkrétní akce. Začalo to asi tím, že mi zkroutili ruku za záda. (...) A jednou jsme hráli pin-pong, u nich na dvoře na chalupě, já už jsem potřebovala ject domu, byli tam čtyři. A... vzali mi kolo. Já jsem věděla, že doma dostanu vynadáno. Tak jsem si na ten stůl, jsem se jako opřela, že je tam nepustim, že ať mi daj to kolo. No a oni mě chytli a drželi mě tři a jeden hlídal. No nebudu říkat konkrétně, ale...“

Domnívá se, že tento prožitek v sobě na dlouhá léta vytěsnila. Až po deseti letech si uvědomí, *„že vlastně nemá pořád jako partnera, že vlastně neměla nikdy jako nějaký normální dlouhodobý chození, jako s někým normálním.“* Poté se Radčiným partnerem stane jeden z členů „party“, která jí ublížila.

„No a... vlastně když jsme u toho, tak ještě já jsem, s tamtim, do kterýho jsem byla zamilovaná, tak devět let po tomhle, jsme se dali dohromady a žili jsme spolu sedm let. A bylo to domácí násilí samozřejmě. Takže...mě potom trvalo snad ještě další dvanáct let, než jsem byla schopná jako si uvědomit, že to je prostě vlastně hajzl, že nejsme kamarádi.“

V souvislosti s tím, jak si Radka postupně uvědomuje prožitá traumata a psychické obtíže, se rozhodne vyhledat pomoc. Nemá však dobrou zkušenost s pomocí v odborných kruzích, a tak se obrací na východní medicínu. Pro svoji volbu má zpětně pochopení i srozumitelné vysvětlení.

„Začala jsem to řešit jako i různě na těch konzultacích, na takovejch těch teda ujetejch. Ale někdy přece jenom člověk...jako jsem se naučila ty věci nějak rozebírat, mluvit o tom. A ty lidi tím, že prostě jim jde o ty prachy, tak oni zase někdy se chovaj líp než ty normální psychoterapeuti. (smích) Že chtěj, ať člověk ještě přijde, že jo a tak.“

„Ono je dost lidí, který vám jako řeknou: ‚Já znám támhle někoho...‘ A já nevím, homeopatii a kyvadélko a čakry... Je toho hrozně moc. Takže jsem šla prostě k nějaký paní s kyvadélkem. A ta se mnou jako že začala pracovat. Já jsem se jí nějak hrozně líbila. Ale potom když zjistila, že to nebude tak jako raz-dva-tři, tak začala taky docela jako zuřit. Oni to totiž nemaj rádi, když jako ty lidi chtěj od nich výsledky.“

Za nejrůznější způsoby léčby nakonec Radka utratí destíky tisíc korun. Následně vyzkouší pomoc nejrůznějších neziskových organizací, včetně Centra Anabell. V té době v jejím způsobu myšlení nastává velký obrat. Začíná navštěvovat přednášky, které organizuje Český klub skeptiků Sysifos.

„A oni dělali, dělají Skeptický pivo. Ono je to jako užitečný, protože jak se ty lidi můžou scházet. Tak je to...a oni jsou strašně jako ochotný, ty lidi. Já tam mám to zdravý jádro ted'ka. Ty mladý, jo. A to jsou prostě jako skvělí...oni hrozně jako rádi člověku poraděj a sdílej to. Dají člověku přednášku, zadarmo. (...) Jako ale samozřejmě je to všechno evidence – based.“

Radka se postupně se začíná uzdravovat, velmi jí pomáhá užívání antidepresiv, ale nejen to. Pomáhá jí i kritické myšlení, které se krok za krokem učí. V nové skupině si našla blízkou přítelkyni a společně se věnují osvětě.

„Byly jsme spolu v Anabell. Měly jsme schůzku s ředitelkou, že budeme dělat nějakej seminář, jako na skeptický, jako na kritický myšlení.“

Dnes si uvědomuje, že PPP významně ovlivnila její zdraví. Často jí připadalo, že nemá dostatek energie k vykonávání běžných činností.

„Ted'ka mi to možná i dochází trošku. Že já jsem měla únavovej syndrom. Že možná kdybych jako jedla, když to tak řeknu, normálně, takže to mohlo bejt... to tělo zvládat líp. Já vlastně jak jsem pila ty džusy, já jsem potom měla přední zuby úplně jakoby vyžraný. Takže potom jsem si to musela nechat udělat. A není to levná věc úplně. Takže asi... no tu energii.“

Radka si v současné době dokáže jídlo užít a již do svého jídelníčku nezařazuje žádné diety. Je si vědoma faktu, že její jídelní návyky byly v minulosti patologické a svoji zkušenost aplikuje v oblasti prevence, v jejímž rámci se věnuje osvětě na sociálních sítích. Má vlastní teorii, která spočívá v tom, že vysoká obliba detoxů a nejrůznějších druhů diet, je odrazem toho, jak aktuálně vypadá naše společnost.

„Prostě to veganství nedodržuju ted'kon. Prostě proto abych se najedla. A já jsem...abych jako i kvůli penězům, že to je prostě jakoby náročný. A hrozně se mi ulevilo, že si můžu někde dát jako vajíčkový chlebiček třeba. Na ten ted' chodim pravidelně. (smích) Dneska už jsem ho měla.“

Cítí se v pořádku a do budoucna doufá v další zlepšení. Plánuje pokračovat i nadále v nejrůznějších osvětových aktivitách a tím zakončuje náš společný rozhovor.

„Těším na nějaký další...připomenu se s tím školením v Anabell.“

3.1.5 Hanka

Hance je 35 let a aktuálně je na nemocenské z důvodu rizikového těhotenství. Proto tento rozhovor jako jediný probíhal prostřednictvím online platformy. Jednalo se zároveň o poslední setkání za účelem sběru dat. Hanka působila jako velmi citlivá a křehká žena. Ani u tohoto rozhovoru jsme se nevyhnuly krátkému přerušení, protože některá z témat, o nichž respondentka hovořila, byla opravdu náročná.

Svůj příběh se participantka rozhodla vyprávět od úplného začátku a postupuje chronologicky. Počátek své poruchy datuje do svých 12 let. Hanka i její sestra trpí v dětství

častými nemocemi, především respiračními. Obě stráví dva měsíce v léčebně, kde se léčí horní cesty dýchací. Tam začínají Hančiny prvotní snahy manipulovat s jídlem.

„Já vlastně, když jsem, už jako nějakou dobu vlastně, jsem tak to svoje tělo vnímala, nevím vlastně přesně nějakým způsobem jsem ho vnímala, neměla jsem ho moc ráda. A souviselo to možná i s tím, že vlastně poměrně brzo jsem dostala menstruaci, v jedenácti letech, rok předtím. A...bylo to vlastně pro mě nějakým způsobem obtížnej začátek toho dospívání.“

Hanka vzpomíná na své nelehké dětství. Vyrůstá sice v úplné rodině, ale v průběhu rozhovoru několikrát zmiňuje složitou osobnost svého otce, se kterým nebylo snadné vyjít.

„Táta třeba v naší rodině celou dobu jako říkal, že je důležitý, jak je člověk uvnitř a vůbec nezáleží na tom, jak vypadá. Já jsem tehdy byla taková baculatější. Ale vlastně na druhou stranu jsem viděla, jak často mamce vyčítá, že nezhubne, že se sebou něco nedělá. A byl tam takovej jako rozpor mezi tím, co ten hodně blízký člověk tvrdí, a tím, co jsem pak jako viděla.“

Během pobytu v léčebně Hanka pociťuje silné úzkosti – „*ted' už to jako umim pojmenovat*“ – je od malička introvert, pro kterého je neskutečně rychle se zapojit do nového kolektivu. Vlivem úzkostí ztrácí chuť k jídlu a postupně si ubírá velikost sněžených porcí. Personál v zařízení si změny v Hančině apetitu všimne, ona však všechny nepříjemné dotazy na jídlo dokáže ustát – „*prostě jí jen není dobře*“.

„Snědla jsem knedlík k obědu. Jeden ze čtyř. Ale potom jsem začla mít ten hlad, pociťovat hlad a začala jsem prostě ty porce jíst, tak, jak mi je servírovali, s tím, že jsem zkusila zvracet.“

V tu chvíli si vybavuje zážitek z léčebny, který pro sebe vnímá jako traumatizující a zároveň jako důležitý moment, který podnítil další pokračování poruchy.

„Vypukla tam taky nějaká malá jako epidemie, že jsme byli všichni jako nastydlý. Tak jsme dostávali nějaký preventivní injekce. A já jsem nestihla z pokoje dojít včas na ošetřovnu a přišla tam našťvaná sestřička. Říká, že ,ty tam ještě nejseš, tak si sundej kalhoty a hned to

tady uděláme'. Nechala otevřené dveře a kolem šli tři kluci a strašně se smáli tomu, jak vlastně mě viděli prostě tam obnaženou. "

Po návratu domů Hanka pokračuje v navykklém chování, které svým charakterem odpovídá mentální bulimii. Porucha příjmu potravy nakonec v různých podobách doprovází celé její dospívání.

„Střídali se tam vlastně různý období. Období, kdy jsem se snažila z toho dostat sama. Období, kdy jsem se prostě nepřejídala, jedla jsem normální porce, ale nedokázala jsem je prostě udržet. A byly tam i ty období nejedení, přejídání. "

Kvůli stále trvající respiračním obtížím a oslabené imunitě Hanka přechází na konci základní školy na individuální studium. V domácím vzdělávání pokračuje ze stejných důvodů i na gymnáziu. Cítí se izolovaná od svých spolužáků, chybí jí kontakt s vrstevníky. Rodinné zázemí jí oporu neposkytuje, naopak se od dcery očekává, že bude v plnění svých povinností perfektní.

„Doma to fungovalo způsobem, tak že... se v podstatě očekávalo, že se mnou nebudou žádný problémy ve škole a že když tam teda doma, tak všechno bude uklizený a když něco nebude, tak... Takže prostě byl tam takovejhle jakoby tlak, hlavně ze strany toho táty. "

Po ukončení střední školy nastupuje Hanka na vysokou, kterou první tři roky raději stále studuje dálkově. I tak se zvládne seznámit s novými kolektivem. *„Dávalo mi to takovej jako pocit toho, že najednou jsem tu zase sama za sebe a že zase můžu něco trochu jako změnit. "* Navazující studium již studuje prezenčně a během této doby vzniknou *„prostě moc pěkný přátelství".* V partě přátel potkává i svého partnera, za něhož se později provdá.

I přes nově vzniklé vztahy zažívá Hanka časté propady. Mentální bulimie ji funguje jako již známý kompenzační mechanismus úzkostí a stresu, který graduje ve zkuškovém období.

„To bylo prostě období, že když se teď snažím jako rozpomenout, jak jsem se vlastně cejtila, tak vidím jenom jako neustálý napětí. Vlastně jako období i dost jako depresivní. "

Mladá žena kvůli sníženému příjmu trpí nedostatkem energie a ztrácí jakoukoliv motivaci najít z poruchy cestu ven. Postupně si uvědomuje, že ji v jejím dospělém životě silně ovlivňují převzaté vzorce chování z původní rodiny. Mladé manželství nenaplnuje její očekávání a Hanka si začíná všimnout podobností mezi jejím otcem a mužem, kterého si vybrala pro společný život.

„Můj manžel, tak on o sobě říkal, že je workoholik. A on opravdu jako měl tu práci v podstatě rozdělenou v tom dni tak, že my jsme se moc nepotkávali. A když jsem jako si s ním potřebovala promluvit, aby se jako něco změnilo, tak já jsem sama na sobě jako cejtla, že to vlastně neumím. Že jako si říkám – nic se neděje. Je to v pohodě. Takhle to prostě funguje. Nic jako strašného mezi náma není. Nic si jako neprovádíme zlého. Ale vlastně šlo o to, že já jsem to jenom jako upozad'ovala a potom to najednou muselo jít ven. A pak už...takhle vlastně mi to hodně připomíná to jednání s tím tátou, že on vlastně, i když jsem se mu snažila říct něco jako v klidu, tak on to prostě vůbec nebral. Až ve chvíli, kdy došlo k nějaký jako velký emoční reakci, třeba k pláči, nebo naštvání, tak teprve potom tomu možná dal příležitost. (...) V podstatě tohle jsem si vzala a myslela jsem si, že nic jinýho vlastně nefunguje ani v případě toho partnerství.“

Kombinace dlouhotrvající poruchy příjmu potravy a nefunkčních vztahů způsobí, že Hanka zažívá pocity depersonalizace, tj. odosobnění sebe sama.

„Opravdu jsem jako dlouhý roky žila v nastavení toho autopilota. A... ono se to projevilo, i když jsem se snažila si vzpomenout na některý události, který v podstatě měly být i radostný a nedokážu si je vybavit, protože jsem je prostě neprožívala takhle.“

V té době začíná docházet na svoji první psychoterapii. Jedná se o kognitivně-behaviorální terapii, která je zkombinována s užíváním psychofarmak. Jak sama říká, „*nastupuje na ní pořád v tom stavu toho autopilota*“. I přesto, že se jí podaří několik dní nezvracet a nepřejídat se, po ukončení terapie se vrátí zpět do nezdravého režimu.

Hanka nastoupí do své první práce za současného studia v doktorském programu. Zde zažívá několik nepříjemných zkušeností, které dále umocňují její obtíže s jídlem. Školitelkou doktorského studia je jí totiž paní v pokročilém věku poněkud svérázné povahy. Vůči svým

kolegům, včetně Hanky, která s ní sdílí společnou kancelář, se projevuje způsobem, jenž je „opravdu nepřijemný“. Podle jednotlivých situací, které v rozhovoru popisuje, hraničí celá záležitost s bossingem.

„Třeba na první schůzce, kde jsem se vlastně měla potkat s kolegy z různých pracovišť, tak ona mi vlastně dala prezenční listinu, aby se tam všichni podepsali. A seděla jsem hned u ní, podala mi to a já jsem se tam chtěla teda podepsat. A už tam seděli ti kolegové, ona se na mě tak podívala: ‚To si děláte srandu, vždyť jste tady nová, to si myslíte, že se tam budete zapisovat jako první nebo co?‘“

Dalším tématem, ve kterém se mi Hanka otevírá, je její zkušenost se sexuálním obtěžováním na pracovišti. Vyjadřuje přání nehovořit o detailech svého zážitku, a já její postoj zcela respektuji. Zhruba ve stejném období zažívá v manželství partnerskou krizi. A protože se na počátku útoku aktivně nebrání, přisuzuje část viny i sama sobě.

„Já jsem ze začátku se v podstatě nechala, a že jsem prostě neřekla ne hned na začátku. Ale potom už jsem ho řekla a stejně tam jako nedošlo k vůbec k žádným změnám. A dokonce mi ten dotyčný řekl, že mi nemůže slíbit, že to neudělá znovu. A že se o to nepokusí znovu. A bylo to... bylo to... a ten se stal potom mým nadřízeným.“

Na řešení nastalé situace se cítí úplně sama, nemá podporu ani na pracovišti, ani od svého muže. Mezi manželi se vzniká stále větší propast. Hanka zhubne na 41 kilogramů a pocítuje naprosté fyzické i psychické vyčerpání. Poté, co si „sáhne“ na dno, začíná své druhé kolo docházení na psychoterapii. Uvědomuje si, že spíše než spolu žijí se svým mužem vedle sebe. *„Každej měl svůj rytmus, svoje jako práce.“* Partner navíc postrádá vůči své ženě důvěru, takže kdykoliv se opozdí v práci nebo po posezení s přáteli, dožaduje se vysvětlení. Rok 2017 se stává pro Hanku rokem zlomovým. Rozvede se a v zaměstnání podává výpověď.

„Najednou jsem se i přestala obávat toho, co se mnou bude, protože se mi udělalo tak strašně dobře, že jsem najednou měla jako sílu i motivaci, měnit to, co cejtím, že mi opravdu vadí, nebo že v tom jako nemůžu bejt.“

Změna přístupu k sobě samé, který Hanka popisuje, se projevil i v jejích následujících partnerských vztazích. Z jednoho takového toxického vztahu je donucena doslova „utéct“ a znovu si uvědomuje, jak se její partnerský život v určitých rysech podobá jejímu vztahu s otcem. Ve chvíli, kdy ji dotyčný požádá o ruku a ona souhlasí, začne jí teprve docházet, o jak nezdravé vztahové prostředí se jedná. Podobně jako s otcem nebylo možné si s partnerem otevřeně promluvit, jelikož akceptoval pouze svůj vlastní pohled na situaci.

„A já jsem jeden den dostala silnou migrénu a druhý den, kdy ta migréna pořád ještě trvala, jsem se spojila s kamarádkou a prostě jsem si vzala nejnütnější věci a odjela jsem k ní. Protože vlastně ten partner, když mi bylo...na ty migrény právě z určitých důvodů trpím, tak on vždycky ke mně chodil a vůbec mi nenechal ten klid, ten prostor. A mně to strašně připomínalo, to dětství, kde táta vlastně měl nad všim kontrolu. Nesměli jsme se zamknout v pokojíčku, on neklepal, vždycky prostě vešel. A najednou takový ten pocit toho soukromí a bezpečí tam vlastně narušoval nejbližší člověk.“

Hančin současný partner je její kamarád, který jí poskytl podporu při vystěhování se z bytu, který sdílela se svým předchozím partnerem. V průběhu aktuálního vztahu navštěvovat Centrum Anabell, kde se účastní skupinové psychoterapie. Vzhledem ke své introvertní povaze má ze sezení obavy, ale i tak si uvědomuje, že *„přesně to je ta konfrontace s tou úzkostí, s tím strachem, čeho se jako bojím.“* Setkávání ve skupině nakonec vnímá Hanka jako nejvíce obohacující.

„Po každý terapii jsem po cestě domů jsem si tam dávala aspoň hodinku na procházku, protože jsem to potřebovala zpracovat prostě, utřela si slzy a říkala si, je mi to jedno (smích), jestli tady pujdu po ulici.“

Psychoterapie se pro ni stává prostředkem očisty, která nahrazuje dřívější používání PPP k odstranění negativních emocí a úzkosti. Účast na terapii jí poskytuje širší perspektivu na vlastní situaci a umožňuje jí slyšet příběhy a pocity ostatních žen, které jsou zde otevřeně sdíleny.

„Tak mi to dalo nějakým způsobem náhled na tu vlastní situaci, na to, že některý ty události v tom životě opravdu máme společný a každýho to ovlivňuje na mnoha rovinách.“

Kromě očisty ji bulimie sloužila k tomu, aby samu sebe odměnila, „*aby si dopřála něco, co si zároveň chtěla odepřít*“. Ani Hanka, ani její sestra nedostávají v dětství žádné kapesné, nevlastní tedy žádné finanční prostředky k tomu, aby si koupily například nějakou drobnost pro radost.

„Tak jsem prostě upekla bábovku, pro celou rodinu a půlku tý bábovky jsem snědla. A vlastně jsem si jako dopřála něco, co jsem nemohla. Co i když by viděli ostatní, že to takhle do sebe láduju, tak mi řeknou, no to je hrozný prostě, nech taky někomu dalšímu.“

V časech, kdy Hanka zažívala chronický stres, pocity nenaplnění a smutku, bylo sladké jídlo často jediným způsobem kompenzace nebo zdrojem radosti. V pozdějších fázích se zvracením zbavovala stresu – „*když jsem si vyprázdnila žaludek, pocítila jsem strašnou úlevu*“. Zmiňuje ještě jeden důležitý aspekt své poruchy:

„Zároveň to byla dlouhou dobu jako moje věc, moje tajná věc. Anebo jsem aspoň nechtěla, aby to jako někdo věděl.“

Při terapiích si následně začala uvědomovat, co pro ni bulimie symbolicky znamená. Přijímala totiž něco, co ostatní vyžadují, aby přijala, ale ona sama to ve skutečnosti přijmout nemůže nebo nechce. Ať už se jednalo o babiččino jídlo, nebo názory, postoje a požadavky, se kterými se neztotožnila nebo je neuměla zpracovat. Raději je před ostatními přijala, aby se díky tomu cítila sama přijímána, ale vnitřně je přijmout nemohla – „*nemohla to doslova strávit*“.

„Zásadní pro mě bylo uvědomění, který postupem času vyplynulo ze všech drobných snah o uzdravování se, že nemusím být nutně přijata druhými, ale potřebuju se ztotožnit s tím, kým jsem, a nestydět se za to, nebát se toho. (...) Uzdravování pro mě bylo postupným přechodem ze strnulosti ke schopnosti aktivně se svými stavy něco udělat tak, abych se cítila skutečně dobře.“

V současné době je Hančin stav přibližně dva roky stabilní. Občas se ještě stane, že se objeví bulimická epizoda, ale během dvou až tří dnů obtíže s ní spojené odezní. Jako velkou motivaci vnímá své těhotenství. Ráda by pro dvě budoucí dítě fungovala jako plnohodnotná

matka. Nedovolí si již nadále poškozovat své vlastní zdraví a ubírat si potřebnou energii. Rozhovor zakončuje větou:

„Vidím to jako lepší se trend.“

3.2 Témata vyplývající z analýzy

Během důkladné analýzy individuálních zkušeností respondentek emergovala specifická témata, která lze identifikovat v různých podobách u všech nebo u většiny z nich. Tyto fenomény představují klíčový prvek pro proniknutí do životních příběhů dospělých žen, jež doprovází PPP. Zároveň poskytují odpovědi na stanovenou výzkumnou otázku: „Jaká je zkušenost dospělých žen s poruchou příjmu potravy?“. Identifikovaná témata byla následně teoreticky ukotvena v následujících kapitolách, což představuje další krok v systematickém postupu zkoumání této problematiky.

3.2.1 Nefunkční rodinné prostředí a trauma

V analýze výpovědí většiny respondentek (4) lze identifikovat anamnestickou zkušenost s vývojovým traumatem. Tyto zkušenosti respondentky vnímaly jako bolestné, primárně se to projevilo v těžkosti o svých zážitcích hovořit. První traumata se významně projevovала v raném životě respondentek v rámci rodinného systému, který zahrnoval fyzické, emoční a výchovné zanedbávání spolu s neadekvátním zacházením. Některé z dotazovaných žen prožily zkušenost spojenou se sexuálním zneužitím. Potenciálně traumatické prožitky se objevovaly nejen v průběhu dětství respondentek, ale také v jejich dospělém životě (konkrétně v případě Lucie). Z toho lze usuzovat, že neošetřené trauma mohlo představovat významný faktor při formování poruchy a současně figurovat jako klíčový udržovací prvek patologického chování. Teoretické ukotvení tohoto tématu společně s jeho důsledky lze nalézt v kapitolách 3.3.1 Trauma a 3.3.2 Rodina jako sociální děloha.

Dětství a dospívání jednotlivých účastnic byly různé. Ve vyprávění Lucie se objevují minimální zmínky o tomto období, záchvatovité přejídání se u ní začíná manifestovat až v rané dospělosti. První epizoda přejedení následuje po ukončení sázky s kamarádem, během které se Lucie na dobu delší než týden vystaví hladovění. Shodou okolností tato situace nastane koincidentně po ukončení vztahu s jejím partnerem. *„Tehdy jsem byla i po rozchodu*

s přítelem, takže byla to nějaká... já nevím, jako kdybych si vzala prášek na uklidnění.“ Nedostatečné zpracování bolavého zážitku odmítnutí v rámci již několikátého rozchodu lze považovat za trauma chronické povahy, které by mohlo být jedním ze spouštěčů záchvatovitého přejídání. Nadále neuspokojené potřeby v oblasti partnerství pak mohou být dalším podněcujícím faktorem Luciiny poruchy.

Vendula prožije své dětství výhradně s matkou, přičemž otec je většinu času nepřítomen. Její matka navíc bojuje s alkoholovou závislostí, tím pádem Vendula postrádá určitý stabilní opěrný bod, který by jí mohl poskytnout pocit jistoty a bezpečí. *„Ona občas jako byla v nějaký tý protialkoholní léčebně, takže to bylo takový docela náročný, jako na tu psychiku.“* Matka aktivně komentuje proměnu její postavy během adolescence a podněcuje ji ve srovnávání se s ostatními. Školní prostředí není dostatečně tolerantní vůči odlišnostem, a Vendula je tak často terčem posměchu a šikany ze strany spolužáků. *„Takže jako nadávali, že jsem almara a tlustoprška a různý takovýhle.“* Trauma vyplývající z ostrakizace dívky v kolektivu bylo jednoznačně důležitým faktorem pro vznik a udržování její poruchy: *„Prostě jako nesmím, teď už nesmím přibrat, protože by se mi směli.“*

Dětství Alžběty je provázeno usilováním o pozornost nedostatečně věnující se matky, ale především snahou vyhnout se dotekům na intimních partiích ze strany otce. MA jí pomáhá dosáhnout obou cílů – proměnou své postavy získá pozornost a pochvalu od matky a jako hubenější už nebude tak přitažlivá pro otce. Sexuálně motivované doteky však ze strany otce přetrvávají až do Alžbětiny dospělosti. V průběhu Alžbětina vývoje tak dochází k opakovanému porušování její osobní integrity a hranic. Pocit, že není v bezpečí ani ve svém domově, u ní mohl vést ke chronické úzkosti a stresu. Oba rodiče, zvláště pak otec, vyjadřují odpor k jakékoliv odborné psychologické pomoci. *„Půlka rodiny, díky tomu, protože on se nikdy neléčil, tak se léčí.“* Střední škola nenabízí Alžbětě žádné uspokojivé přátelské vazby a kvůli svému tehdejšímu osamění považuje období na gymnáziu za jedno z nejtěžších v dosavadním životě.

Radka své dětství slovně přímo charakterizovala jako traumatizující. Oba rodiče si přinášejí problematické vzory chování ze svých rodin. Otec se prezentuje jako agresor, který reaguje na konflikty útokem. Matka je ve svém chování nekonzistentní, přičemž střídá svoji roli

mezi obětí a predátorem, a to v závislosti na konkrétní situaci. Rodinné konflikty jsou pravidelným jevem, což ovlivňuje i společné stolování, na které si Radka postupně vypěstuje fobii. Nesnese vidět či slyšet druhého přijímat potravu. „*Ted' už jsou to flashbaky. V tu chvíli to byla ta situace, a že prostě ten mozek se přepnul do tý...z toho neokortexu, do těch starších částí, přes tu amygdalu.*“ Tato rodinná dynamika mohla u Radky významně přispět k rozvoji PPP. Nedostatek kontroly nad prostředím během jídla a stres spojený se stolováním mohly v jejím případě vést k negativním asociacím s jídlem a k narušení standartních stravovacích vzorců. Ve svých 14 letech je Radka násilím donucena k pohlavnímu styku se čtyřmi mladými muži. Její primární obranou je na určitou dobu disociace daného zážitku. Trauma ze znásilnění u Radky pravděpodobně potencuje rozsáhlé a dlouhodobé následky na její psychický stav. Lze ho vnímat jako klíčový aspekt proměny ve vnímání vlastního těla.

Hanka vyrůstá v kompletní rodině a její rodiče, přestože zůstávají ve vzájemném svazku, se od sebe výrazně osobnostně odlišují a postupně se ve vztahu odcizují. Otec trpí epilepsií, dbá však silný důraz na výkon a pyšní se svými schopnostmi navzdory své nemoci. V mezilidských vztazích naopak funguje velmi omezeně a na potřeby ostatních členů rodiny reaguje minimálně. Příležitost k diskusi své dceři poskytuje pouze v případech, kdy se Hanka projeví výraznou emoční reakcí, jako například pláčem. Otec své děti podrobuje přísné kontrole, což zasahuje do Hančina pocitu soukromí a bezpečí. Již od útlého věku Hanka vnímá rozpor v otcových postojích, kdy v jednom momentu propaguje liberální přístup ke vzhledu, aby po chvíli kritizoval vzhled své ženy, Hančiny maminky. Popsaná disonance v chování otce představuje pro Hanku závažný prvek narušující konzistentnost rodinné dynamiky a negativně ovlivňuje vnímání jejího vlastního těla.

V analýze výpovědí dospělých žen s PPP vyniká opakující se motiv neošetřených traumat z dětství a dospívání. Popsané rodinné dynamiky pravděpodobně narušily proces formování osobnosti těchto žen a jejich schopnost vyrovnávat se s náročnými situacemi v dospělosti. Patologické chování ve formě PPP pro ně může být způsobem, jak získat dočasnou úlevu od emocionálního utrpení spojeného s nevyřešenými traumatickými zážitky.

3.2.2 Sycení základních potřeb zástupným způsobem

Další významný jev, který je možné ve výpovědích jednotlivých respondentek identifikovat, je nedostatečné nasycení základních vývojových potřeb, jež jsou nutné ke spokojenému životu každého živého člověka. Prostřednictvím nejrůznějších konkrétních mechanismů PPP dochází u respondentek k zástupnému způsobu sycení. Tyto způsoby sice definuje určitá destruktivita, kterou si ženy mohou i nemusí uvědomovat, ale snaha vyplnit prázdné místo a nasytit tak konkrétní potřebu je nakonec silnější. Námětem pro tuto sekci je klasifikace základních vývojových potřeb dle Alberta Pessoa a Diane Boyden-Pessoové, jejíž teoretické zakotvení lze nalézt v kapitole 3.3.3. Jedná se o pět potřeb: potřeba místa, sycení, podpory, bezpečí a limitů.

V Luciině životním vyprávění je výrazně zastoupeno téma neuspokojivých partnerských vztahů, které je doprovázeno pocitem osamění a nedostatečnosti. Nedostatečně uspokojovanou potřebou může v jejím případě být potřeba sycení, a to především sycení emočního charakteru. Lucie žije sama, a ačkoliv se vídá s přáteli i s rodinou, pravděpodobnost, že se seznámí s novým protějškem, postupně klesá na minimum. A protože kvůli vleklým zdravotním problémům nemůže cvičit, jídlo se pro ni stává hlavním zdrojem psychické i fyzické rozkoše. *„Takovýto fyzický, to nedokázalo nic jiného přinést, takže, takže jsem nakonec skončila u toho jídla.“* Z dat lze usuzovat, že Luciina potřeba symbolického nasycení prostřednictvím lásky nebo pozornosti nebyla v jejím dětství a ani v dospělosti dostatečně uspokojována, a tak o to usiluje prostřednictvím excesivního příjmu potravy. Dále se potýká se záchvaty utrácení, nadměrné nakupování jí přináší podobně příjemný pocit slasti. Podle Peseové et al. (2009) se deficit sycení projevuje tak, že daná osoba má tendenci nesmyslně kupit nebo hltat jídlo. Může se objevit také snaha shromážďovat různé věci. Nedostatek sycení vede k vnitřnímu pocitu prázdnoty a nedostatku, který nelze uspokojivě zaplnit.

Alžběta se ve své původní rodině necítila bezpečně, potýkala se totiž s otcovým nevhodným chováním, kdy se jí dotýkal na intimních partiích. Deficitní potřeby ochrany ji pomáhají zástupným způsobem sytit mechanismy PPP: *„Možná že to byla ochrana...nejdřív před tátou, aby na mě nešahal.“* Pokud jedinec není dostatečně chráněn, mohou dle Lebedové

(2012) nastat dvě možnosti: buď se příliš brzy naučí chránit proti světu vlastními silami tak, aby se ho nic nemohlo dotknout, anebo je vnějšími silami přemožen, přičemž jsou přestoupeny jeho hranice. Extrémní narušení vzniká u zneužívaných nebo jinak traumatizovaných dětí, kdy ti, kteří je měli chránit, buď v tomto záměru selhali, či je přímo zneužívali. Takovým dětem pak zcela chybí schopnost rozpoznat ohrožení a chránit se před ním. V dospělosti pak mohou opakovaně navazovat destruktivní vztahy, v nichž fungují v pozici oběti svých partnerů. Alžběta má zkušenost se vztahem, který je možné jednoznačně označit za ničivý: „*Můj první vztah nebyl šťastnej, dotyčnej byl něco jako můj taťka přes kopírák, ale ještě v horším. Člověk, kterej prostě mě finančně zneužil a kterej by zneužil podle mě každýho, kdo se zneužít nechá.*“ Alžběta tak mohla paradoxně nalézt bezpečí až prostřednictvím mentální anorexie. Striktní dodržování stravovacích návyků a rituálů pro ni může znamenat, že má své tělo a svůj život pod kontrolou. V prostředí PPP se pohybuje většinu svého života, zvykla si tedy na určité chování a rutinu, které jsou spojené s touto poruchou. MA ji tak může poskytovat jistotu a pocit bezpečí, protože je pro ni známá a předvídatelná.

V případě sycení potřeby podpory je třeba najít správný poměr mezi závislostí a samostatností s ohledem na věk a schopnosti dítěte. Tlak na přílišnou samostatnost příliš brzy vede k prožitku nedostatečné podpory, přičemž dítě se jí naučí neočekávat. Později ji od svého okolí ani nevyžaduje (Lebedová, 2012). Popsaný jev je možné pozorovat u Venduly: „*Protože s tátou jsme nežili, takže žádný takový, jako nějaký, jako nějaká ta podpora od toho táty...A pak asi tam bylo to, že maminka docela hodně pila alkohol, takže u ní jako prostě nebyla taková úplně ta jistota jo.*“ Informantka se vlivem životních událostí v rodině přestane spoléhat na kohokoliv jiného než sama na sebe. Potřebu podpory tak lze u Venduly označit za deficitní i na symbolické rovině. Ačkoliv jsou na ni v dětství kladeny požadavky na výkon, není podporována ve hledání a rozvoji vlastního nadání či talentů. Důsledkem deficitu doslovné i metaforické podpory ve shodě s PBSP ve svém životě zažívá pocity nejistoty, nestability a bezmocnosti, a to především v situacích, které znamenaly novou zkušenost. Projevy těchto stavů zažívá ve svém životě hned několikrát, například, když je jí nabídnuta pozice pomocné terapeutky ve svépomocné skupině: „*Ale mně tam chybělo nějaký to dovzdělání a já jsem měla strach, že bych tu školu prostě nezvládla, tak*

jsem to odmítla. S tím, že mě to potom hodně mrzelo, mrzí mě to vlastně dodneška jo.“ Nejistota ve vlastní schopnosti se v případě Venduly projeví i v přístupu k léčbě. *„Kdy jsem měla vlastně ještě vyjednaněj, že bych nastoupila do stacionáře, na Karlák. A...já jsem to zbaběle vzdala.“* PPP může pro Vendulu znamenat způsob, jak získat pocit kontroly a stability v situacích, kdy se cítí nejistě a bezmocně, protože v průběhu svého dětství a dospívání nepocítovala od svých rodičů dostatek podpory.

V životním příběhu Radky je přítomen deficit hned několika základních vývojových potřeb. Kromě potřeby bezpečí jde především o potřebu místa, která je pro zdravý vývoj člověka zcela nezbytná. Člověk s dobře uspokojenou potřebou místa zažívá, že má své místo na světě a pod sluncem, mezi lidmi a že má zapaštěné kořeny v zemi (Lebedová, 2010). Radka se ve svém původním domově takto necítila. Nejednalo o místo, kde jí byla poskytována bezpodmínečná láska a přijetí, spíše naopak. Hovoří o dezorganizovanosti, úzkosti a nebezpečí: *„Že ono u nás jako to nebylo moc v klidu, jo. A nebylo jako úplně bezpečno.“* Deficit místa se může projevovat s různou intenzitou v každodenním životě, je přítomen v pocitech nepatřičnosti, vykořeněnosti a špatného kontaktu s pozemským světem (Lebedová, 2012). Radka své místo na světě hledala v alternativním životním stylu, důvěřovala podvodníkům, kteří z její touhy vybudovat si domov těžili pro svůj vlastní prospěch, a uchylovala se k extrémním stravovacím návykům. *„Já myslím, že jsem se tak nějak jako potácěla pořád mezi takovým jako... mezi nějakýma dietama. Asi takhle bych to řekla. Než přišly ty půsty. To už jako nabralo zase... to už prostě gradovalo potom.“* Problémy Radku provázely v oblasti nalezení a vybudování svého vlastního bydlení, nebyla schopna najít své místo nejen mezi přáteli nebo vedle partnera, ale ani v povolání. Zdá se, že v období krizí se nejvíce oddávala ritualizovanému stravovacímu chování, které ji od reálného světa ještě více vzdalovalo. Až poté, co prostřednictvím seberealizace, obměněním okruhu přátel a postupně i nalezením nového domova sama začíná „nacházet“ své místo v životě, je připravena svoji PPP opustit. *„Abych měla ten život jako...abych to měla dobrý v práci, kterou teď nemám. Bydlení jsem teď měnila, tak jo, to už tak ňák se vsákne. A... abych už...lidi kolem sebe už mam skvělý, teď mi taky jako pomohli, jak mi byly blbě.“*

Ve vyprávění Hanky se jeví jako významné deficity bezpečí a současně i sycení. Jak sama popisuje: *„Táta vlastně měl nad vším kontrolu. Nesměly jsme se zamknout v pokojíčku, on*

neklepal, vždycky prostě vešel. A najednou takový ten pocit toho soukromí a bezpečí tam vlastně narušoval nejbližší člověk.“ Podobně jako Alžběta má zkušenost s tím, že primární pečovatel – rodič – ve zprostředkování ochrany a bezpečí selhal, a dokonce byl sám jedním z narušitelů těchto důležitých potřeb. Deficit se ve u Hanky, stejně jako ostatních osob, s podobnými prožitky (Lebedová, 2012), projevuje v každodenních pocitech zvýšené zranitelnosti, úzkostnosti a bojácnosti, nedostatku síly a energie a ve snížené schopnosti rozpoznat potenciálně nebezpečné situace. Mezi takové situace lze zařadit její zkušenost se sexuálně motivovaným obtěžováním na pracovišti: *„Vím, kde tam jako byl problém z mojí strany, že já jsem ze začátku se v podstatě nechala, a že jsem prostě neřekla ne hned na začátku.“* Nebo zážitky spojené s vedoucí jejího doktorského studia, o které okolí tvrdilo, že mladou ženu „zničila“, avšak Hanka to tak ze svého pohledu nedokáže vnímat. *„Když jsem to slyšela, tak jsem si říkala, mam bejt zničená, mam bejt jako z toho nějak, mít z toho nějakou újmu. Je pravda, že jsem to často jako řešila. V sobě jako vlastně, jak na to nahlížet. A jestli tam mám bejt. Nebo jaká je to vůbec moje role.“* Deficit sycení, doslovného i symbolického je u Hanky stejně jako u Lucie manifestován potřebou se dosytit. V dětství a dospívání nedostává od rodičů žádné kapesné, za které by si mohla koupit cokoli navíc, co by její potřebu potenciálně uspokojilo. Postupně začíná vyhledávat jiný způsob nasycení a naplnění vnitřního prostoru, tento způsob je však značně toxický a přetrvává i v dospělosti: *„Bylo období, kdy to tam bylo hodně jako silný, kdy prostě jsem zvracela několikrát denně, ale i se několikrát denně jako přejedla. Úplně jako jídlem, který prostě bylo levný, chlebem. Ale tam to pro mě jako sloužilo, že jsem si dopřávala něco, co jsem si zároveň chtěla jako odepřít. Že jsem se jako... že jsem věděla, že pokud vlastně mám chuť...měla jsem třeba chuť na zákusek. Ale ten zákusek jsem si vlastně ani jako prostě nemohla koupit. Tak jsem prostě upekla bábovku, pro celou rodinu a půlku tý bábovky jsem snědla.“*

Jak lze vidět, všechny respondentky během svého života zažívaly deficit v naplnění základních vývojových potřeb, jako je potřeba místa, bezpečí, sycení, a podpory. Tento nedostatek může být důsledkem různých faktorů, včetně rodinných dynamik, traumatu nebo nedostatečné péče. Následně se jej dotazované ženy snažily kompenzovat různými způsoby, často neúspěšně, což vedlo k rozvoji mechanismů PPP.

3.2.3 Objektifikace

Zkušenosti respondentek protkávaly již od dob dospívání časté zážitky s přímou objektifikací jejich těl, která probíhala prostřednictvím srovnávání s ostatními nebo s určitým domnělým ideálem, jehož se často dopouštělo blízké okolí dotazovaných. Následně respondentky tato vnější očekávání a stereotypy internalizovaly a začaly samy sebe objektifikovat. Teoretické pozadí tohoto fenoménu je reflektováno v kapitole 3.3.4., kde je diskutována teorie objektifikace.

Za snahou Lucie manipulovat s jídlem a pohybem do takové míry, že postupně přestává věnovat svoji pozornost jiným oblastem života, stojí celoživotní touha „*mít tu dokonalou postavu*“. A protože důsledky PPP ji k perfektní postavě nedokázaly přiblížit, spíše se kvůli nim stal ideál krásy o to vzdálenější, trpí Lucie nízkou sebedůvěrou a nedostatečným pocitem vlastní hodnoty. Neúspěch u druhého pohlaví si interpretuje jako jednoznačný důsledek toho, jak její postava aktuálně vypadá. Svě šance najít si a udržet partnerský vztah dle jejího vyprávění závisí na tom, jaké číslo vidí, když si stoupne na váhu. „*Ted'kon jak vypadám, že... že mě tolik mužů chtít nebude. Já samozřejmě vím, že jsou muži, kterým jako se líbí oplácanější holky, ale asi je jich daleko míň než to, když jsem byla hubenější, že to, jako ta šance byla větší.*“ Reflektuje, že vlivem přibírání se přestala líbit sama sobě, a proto nemá na poli seznamování co nabídnout. V průběhu rozhovoru neprozradí téměř žádné své charakterové ani osobnostní vlastnosti, které by mohly být pro potenciálního partnera atraktivní nebo by naopak mohly být příčinou neúspěchu v této oblasti. Zdá se, že Lucie vnímá svoji hodnotu pro druhého člověka primárně prostřednictvím podoby svého těla.

Alžběta na počátku svého prvního vztahu snižuje svůj (už tak velmi nízký) příjem potravy: „*Na začátku toho vztahu si pamatuji ještě, že jsem hodně zhubla, že jsem se snažila být hezká, takže jsem hubla, jedla jsem třeba jenom zeleninu navečer, potom to víno...*“ Tendence hubnout „kvůli“ partnerovi se objevuje jak v jejím prvním, tak v druhém vztahu. Na svoji štíhlou postavu dostává komplimenty, a tak odkládá svoji léčbu a potenciální uzdravení, protože je přesvědčena, že by tím partnerovy romantické city vůči ní ochably. Zaujímá perspektivu pozorovatele vlastního já a ať se objevuje v jakékoliv životní etapě, „*nikdy se nezapomíná sledovat*“. To, že Alžběta přeceňuje význam svého vzhledu s ohledem

na partnerský vztah, se může vázat už k jejímu dětství, kdy byly v rodině kritizovány všechny ženy, které se, byť jen mírně, odchýlily od domnělého ideálu krásy.

Touha zhubnout za účelem zvýšení své potenciální atraktivity pro partnera se projevuje i u Venduly. Vzhled své postavy považuje za klíčový důvod rozchodu s jedním z bývalých partnerů. Poté se začne scházet s dalším mužem, přičemž hubnutí používá jako strategii k navázání vztahu. „*Mezitím jsem se taky ještě zamilovala do jednoho, jsem si myslela, jakože zhubnu, tak že prostě jako se mu budu líbit, že spolu začnem chodit.*“ Vzhledem k objektivizaci vlastního těla zpočátku její vlastní matkou, později muži, se kterými se stýkala, tento pohled na samu sebe Vendula postupně internalizuje. „*No to by si neměla pít tu colu, prosím tě, to by si spíš měla zhubnout.*“ To je jedna z mnoha poznámek, kterou uslyší při seznamování s muži. Na svůj vlastní vzhled postupně pohlíží jako na podobně důležitou hodnotu, kterou představuje její zdraví a život samotný. I v průběhu těhotenství, se kterým jsou změny těla nevyhnutelně spojeny, zažívá intenzivní strach z přibírání. Její druhý porod byl náročný natolik, že při něm téměř přišla o život, přesto ji sužuje „*strach, aby nebyla tlustá*“. Nyní žije již 20 let v manželství, které pokládá za spokojené. Poznámky na její vzhled ze strany manžela ji však dokážou ranit a jsou častým zdrojem konfliktů. Vendula se obává, že by pro svého partnera nemusela být dostatečně přitažlivá, jelikož v důsledku úbytku váhy nemá tak výrazné ženské křivky.

V případě Lucie, Alžběty i Venduly je možné vidět, že externí validace je pro dospělé ženy s PPP velmi důležitá, jelikož se potýkají s nízkou sebeúctou a pocit vlastní hodnoty si spojují se svým tělem a vzhledem. Nedostatek pozitivní zpětné vazby a kritika od druhých může dále posilovat jejich pocity nedostatečnosti a neúspěchu.

Radka se v průběhu svého vyprávění vrací k několika zážitkům, u nichž pocítovala, že je s ní zacházeno jako s objektem, který musí naplňovat určité atributy. Dochází ke znepokojivému uvědomění, že je její tělo druhými pozorováno a hodnoceno, jako by se jednalo o „*věc veřejnou*“. „*Že jsem zjistila, že to jako nějak vnímaj a sledujou, jako jaký já mám teda tělo a komentujou a že třeba...*“. Urážlivé komentáře ohledně jejího vzhledu přicházejí jak ze strany blízkých, tak od členů komunity na vesnici, ve které žije. Navíc prožité znásilnění, je nutné vnímat jako odsouzeníhodný čin, který mohl nejen závažně

narušit vědomí Radčiny integrity, ale zároveň s ní během tohoto aktu bylo nakládáno jako s pouhým objektem, který má sloužit k uspokojení druhých a je okleštěn o všechny své lidské vlastnosti.

Nakonec i Hanka v počátcích adolescence zažívá situaci s ponižujícím charakterem, během níž je vystavena posměchu ze strany vrstevníků opačného pohlaví. S ohledem na komentář dotazované k tomuto zážitku je možné uvažovat o tom, že mladí muži již před samotným setkáním s dívkami, které se postupně stávají předmětem jejich zájmu, mohou formovat představy o jejich tělech. Tato představa může být silně ovlivněna obrazy, které jsou jim předkládány prostřednictvím různých médií, a které reflektují sdílený ideál krásy.

Alžběta a Vendula si úzce spojují svůj fyzický vzhled, konkrétně štíhlost, kariéřním úspěchem a lepším sociálním postavením. *„Měla jsem vždycky touhu být jakoby v uvozovkách ta... to bych řekla v pubertě, ta štíhlá holka, která to dokáže. Nemusí se vrátit na tu vesnici a zvládne žít v tom městě a je úspěšná no. Tak to byly nějaký můj touhy. A možná, že zatím bylo i svým způsobem, jsme zpracovávali strach, že jsem prostě měla i strašnej strach, že naberu a budu se muset vrátit na vesnici nebo jako doted'ka je to tam pro mě takový, že se tam nechci vracet.“* V této citaci je jasně zřetelná Alžbětina představa spojení fyzického vzhledu s jejími aspiracemi a obavami ohledně dosažení úspěchu. Ztráta či změna postavy pro ni současně znamená to, že profesně selže a bude donucena se vrátit ke své původní rodině na vesnici, kde se necítí dobře. Je proto pochopitelné, že se pod tímto tlakem snaží svoji vysněnou postavu udržet, jelikož se nechce vzdát představy o osobním úspěchu a štěstí v životě. Vendula rovněž vnímá svoji váhu jako faktor ovlivňující její možnosti a životní směr. *„Když jsem byla na tý střední, když jsem měla tu nadváhu, tak si kolikrát říkám, že třeba, kdybych měla těch deset kilo míň, tak třeba, že jo, by se ta cesta ubírala úplně někam jinam, jo.“* Tento postoj svědčí o přesvědčení, že by ji nižší váha přinesla větší úspěch a možná i šťastnější život. Jiné atributy úspěchu, jako je například inteligence, kreativita nebo vytrvalost jsou vnímány jako sekundární, či dokonce podřadné ve srovnání s fyzickým vzhledem, který je naopak vnímán jako hlavní zdroj úspěchu.

3.2.4 Izolace

Ve všech provedených rozhovorech se opakovaně objevuje téma izolace, které může mít různé formy, ale často vyplývá z reakcí, jakými se vůči respondentkám projevují ostatní lidé. Izolace může mít podobu emočního odstupu či nedostatečné podpory ze strany rodiny a přátel, ale i odborníků na psychologickou a lékařskou péči. Bohužel, ženy se často setkávají s pocitem nepochopení a zlehčování svých obtíží, což může zahrnovat i stigmatizující chování, na které může nasedat obviňování, že si svou poruchu samy způsobily. Téma izolace lze rozdělit do dvou hlavních podtémat, kterými je *Osamění ve vztazích* a *Zklamání v odbornících*.

3.2.4.1 Osamění ve vztazích

Lucie se potýká s izolací, která nabývá podoby fyzické, psychické i sociální. Za své obtíže se stydí a pokouší se je tajit i před svými nejbližšími. „*Bydlela jsem pár měsíců u rodičů a měla jsem tu potřebu toho, toho přejídání, takže jsem se třeba zamkla v pokoji, jako nikdy jsem nejedla veřejně, tyhle ty věci, protože jsem se za to styděla. Jsem se třeba zamkla, snědla jsem to všechno potají, pak jsem schovávala ty obaly od toho nebo jsem to vyhodila třeba u obchodu tu krabici od bonboniéry, nebo něco takového.*“ Lucie si postupně uvědomuje, že při započetí léčby bude potřeba, aby se více otevřela svému okolí. Avšak setkává se spíše s povrchním zájmem a laickými radami, kvůli kterým nezažívá pocit skutečného porozumění. Projevuje se to i ve vztahu s její matkou, která jí sice je blízká, ale nabízí jí spíše tendenční rady týkající se zdravého životního stylu, což Lucii v danou chvíli nepomáhá. Respondentka vnímá jídlo jako závislostní látku, s dopady stejně vážnými jako u alkoholismu či u užívání drog. Nicméně, záchvatovité přejídání je společností hůře akceptováno. Zatímco člověku závislému například na alkoholu se obvykle nedoporučuje konzumovat alkoholické nápoje, člověku s PPP není možné potravu odepřít. Lucie musí být schopna zvládat svůj vztah k jídlu, které je běžnou a nezbytnou součástí života, a tím je její léčba komplikovanější. „*Vlastně pak vám někdo furt něco nabízí, nebo to, nebo dostanete k narozeninám nějakou čokoládu a vánoční čokoládu a takhle... a jako v tu chvíli je to strašně těžký to odmítnout, protože na to, na to máte chuť.*“ Pokud se chce minimalizovat riziko vystavení se potravinám, které považuje za spouštěče své PPP, může se například vyhnout společenským

akcím a setkáním, kde se tato jídla obvykle objevují. Postupně je nucena omezit sociální interakce a narůstá u ní pocit izolace od druhých lidí. „*Já se vlastně i vyhýbám některým kamarádům a lidem, které jsem předtím covidem vídala. Nechci, aby mě takhle viděli, že se to netýká jenom mužů, ale jako celkově mých známých. Že nechci... to nechci, aby mě takhle viděli.*“ Zde je patrné, že vyhýbavé chování Lucie je spojeno s výrazným pocitem studu za své tělo. Nejistota týkající se váhy, tvaru těla a celkového vzhledu ji vede k tomu, aby se stále více vyhýbala situacím, ve kterých by mohla být veřejně viděna. Trávit více času o samotě však není důsledkem dobrovolné volby, nýbrž ji k tomuto stavu dovedly aspekty její PPP.

S nedostatkem porozumění ze strany rodinných příslušníků ohledně potřeb a obtíží spojených s PPP se setkává i Alžběta. „*Hodně z toho důvodu jsem nerada jezdila k babičce z mamčiny strany a k dědovi, protože tam prostě byla vždycky nutnost si dát zákusek...v neděli. A strašně na tom trvali a dlouho nebyli... až zhruba po třicítce začali akceptovat že si tam prostě nedam nic, jenom to kafe nebo něco takovýho. Vždycky to bylo, že sledovali, jak jím, nejím a podobně a komentovali to.*“ Opakující se komentáře k jejímu stravování jsou pro respondentku značně nepříjemné a vnímá je jako narušení svého soukromí a osobního prostoru. Nedostatek respektu a podpory ohledně jejích stravovacích rozhodnutí může posílit její pocit izolace od rodiny. Důraz na „*až zhruba po třicítce*“ znamená, že dlouhodobý tlak a opakované situace spojené s nucením do jídla mohou Alžbětu vyčerpávat. Nepochopení ze strany rodiny za současné minimální snahy tuto situaci změnit, může jedince s PPP vést k pocitům bezmoci a beznaděje.

Vendula vnímá izolaci spojenou s PPP jako nejzásadnější aspekt celého problému. Opakovaně se setkává s nedostatkem empatie a také s bagatelizací svých obtíží ze strany okolí. Je si vědoma toho, že lidé kolem ní proměnu jejího vzhledu registrují, někdy v nich vyvolává obdiv, takže se zajímají o to, jakým způsobem si udržuje svoji postavu. Když se pokusí otevřeně sdílet svou zkušenost s kolegyní, setkává se s nevhodnou reakcí, která jen zlehčuje její situaci: „*A ona říkala: ‚No prosím tě, to jako, jak myslíš, že to dělaj žokejové, prostě před nějakým závodem jako, nebo když jdou na váhu, tak prostě že jo taky‘. A tak jsem říkala: ‚Jé, u koní to dělaj taky.‘ A tak jsem říkala: ‚Jé, u koní to dělaj taky‘*“ Vendula dále popisuje, že když začala zvracet, měla nateklou tvář. Namísto podpory a porozumění v této

obtížné situaci, její kamarádka vysloví urážlivý komentář, označující ji za *"oteklou krávu"*. Opakující se zážitek nepochopení okolí tak dále ztěžuje schopnost žen s PPP otevřeně hovořit o již náročném tématu. Vendula se cítí natolik bezmocná a vyčerpaná, že místo toho, aby hovořila o svých obtížích přímo, nahraje na pro svého otce kazetu. Avšak její úsilí o sdílení a hledání pomoci je ztíženo dalšími starostmi v rodině. Poté už o své poruše s otcem nikdy nemluví. *„Že se to tak nějak... jako vyšumělo to.“* Vendula se uzavírá do sebe a své obtíže začíná tajit. Tento soliterní postoj u ní přetrvává až do současnosti, přestože se již přes 20 let potýká s každodenním zvracením. Teprve před rokem se svěřila svému manželovi a skoro dospělým dětem, přičemž jim neřekla skutečný rozsah problémů s příjmem potravy. *„Ale s tím, jakože chodím zvracet, to jako jsem tak jako řekla na okraj, protože se mu nechci úplně jakože zošklivit, jo.“* Je patrné, že Vendula vnímá klíčový faktor své poruchy jako něco, co by to mohlo jejího partnera odradit. Tato obava z rozpadu vztahu se u ní objevuje i přes skutečnost, že se její manžel často dopouští necitlivých komentářů ohledně její postavy, které ji zraňují.

Obavu otevřeně hovořit o svých obtížích zažívá i Radka. Konkrétně v průběhu hospitalizace, kde se ocitla následkem úplného vyhladovění, je pro ni velmi náročné verbálně komunikovat, pravděpodobně kvůli psychickému stresu a úzkosti, které jsou spojené s její poruchou. *„Nějak jsem nemohla mluvit. Že jsem mámě psala na papírek, jestli to ví táta.“* Psaní na papír (podobně jako Vendule nahrávání na kazetu) jí může poskytnout pocit bezpečí a kontroly nad proječováním emocí, protože umožňuje formulovat její myšlenky a pocity srozumitelněji, než by to bylo možné v přímé komunikaci s druhými. Tímto způsobem mohla Radka chránit svou zranitelnost a integritu před možnými negativními reakcemi druhých, které vznikají v důsledku stigmatizace PPP.

V příběhu Hanky lze nalézt časté pocity izolace a osamění, které zažívá nejprve v rodinném prostředí, také později ve škole, v práci i v manželství. Vzorec výchovy, jenž na Hanku a její sestru uplatňuje jejich otec, postupně přivádí Hanku k potlačování emocí, spíše než k jejich otevřenému vyjadřování. V dospělosti není schopna sdílet své emoce a potřeby s druhými, což ji vede ke skrývání svého trápení a k následnému kompenzačnímu chování v podobě mentální bulimie. Přejídání a současně i zvracení před ostatními dlouhé roky tají. Nedostatek efektivních způsobů zvládnutí emocí v náročných životních situacích ještě

zvyšuje její závislost na nezdravých mechanismech zvládnání, což dále prohlubuje její izolaci. Může se také jednat o způsob, jakým si udržuje domnělý pocit kontroly nad celou situací: „Zároveň to byla dlouhou dobu jako moje věc, moje tajná věc. Anebo jsem aspoň nechtěla, aby to jako někdo věděl.“ Držení poruchy v tajnosti však mohlo vést k omezenému přístupu k adekvátní podpoře a léčbě. Nedostatek podpory a porozumění od ostatních mohl v tomto případě, podobně jako u ostatních respondentek, vést k prohlubování problému a mohl ztížit proces uzdravování.

3.2.4.2 Zklamání v odbornících

Důležitou roli v tématu izolace a osamění v PPP hraje na základě zkušenosti dotazovaných žen nedůvěra v odbornou péči, která vychází z četných negativních zkušeností s psychology, psychoterapeuty a psychiatry. Zmiňují se o pocitu nesouladu s těmito odborníky, kteří nejsou schopni adekvátně porozumět individuálním potřebám svých klientek nebo jim poskytnout účinnou podporu. V důsledku nedostatečného porozumění či efektivity intervenčních metod ve službách zaměřených na podporu jedinců s PPP nedochází k očekávanému zlepšení nebo vzhledu do vlastní situace. Tyto zkušenosti mohou dále zhoršovat pocit izolace a osamění, což má negativní dopad na celkový průběh léčby a výsledek terapeutických intervencí.

„Tehdy jsem chodila k psychiatrovi, kterej mě... jako úplně jsme si asi nesedli. Nebo... to byl psycholog, on mě poslal na skupinový sezení, což taky nemělo nějaký úplně účinek, jako na to jídlo vůbec ne, možná to, možná nějaký uvědomění třeba, když jsem měla konflikty s někým, tak na něco takovýho možná to trošku pomohlo, ale na to jídlo vůbec ne, já vlastně jsem tam za ty dva roky, hodně to, hodně přibrala, co jsem to, co jsem tam chodila.“ (Lucie)

„Jsou lidi, psychiatři, kteří jsou vám schopní říct jako: ‚Vždyť vypadáte normálně. Nemáte podváhu, vy přece nemůžete mít mentální anorexii nebo problémy s jídlem,‘ jo. Kdyby mi prostě psychiatr byl schopnej říct jako: ‚Já bych to na vás nepoznal, kdybyste mi to neřekla.‘“ (Vendula)

„Tam jsem byla dokonce předtím, už před dvaceti lety, na tý klinice. U doktora ... Na něj nezapomenu. A myslím, že je nás víc. Když jsem šla od něj, tak jsem řvala vždycky. To bylo hrozný. To se nedalo zastavit. To byl hroznej chlap.“ (Radka)

„Ještě předtím jsem chodila taky k psycholožce, ale tam jsem měla pocit, že spíš jako kdybych si popovídala s kamarádkou, že to, že to nemělo úplně nějaký účinek... Že když se snažila, jako se mě na něco zeptat, tak jsem jí úplně nerozuměla, o čem mluví, třeba v nějaký situaci, jako jestli nemám třeba strach z toho, tak jsem jako říkala, že nevím, o co jde. Nedokázala to nějak asi úplně rozvíst a takhle, takže to bylo docela těžký, jako věřit ještě v nějakou takovouhle pomoc, protože ty účinky tam z té minulosti nebyly.“ (Lucie)

„Chodila jsem k jednomu takovému, kdy tam měl sestru zdravotní, která teda jako neváhala, jako když já jsem tam povídala. Ted' já jsem tam takhle seděla a ted' jsem to říkala a ted' jsem mu nemohla vysvětlit jako... A on říká: ‚A proč zvracíte? A proč nejíte?‘ ‚No nevím, nechci být tlustá.‘ ‚Vždyť nejste tlustá.‘ No a tak... ‚Hm, tak na to něco napíšeme.‘ ‚Jo a nebudu tlustá?‘ ‚No to je jedno, musíte jíst!‘ A sestřička si tam prostě jako šáhne do stolečku, do pytlíčku, vezme si pytlík brambůrek, otevře si ho, kouká na vás, jo. Jí si brambůrky, prostě chroupe brambůrky, těžká pohoda. Takže potom jako jo, i ta psychiatrická péče je taková, že prostě... nechtěla jsem k nikomu chodit. A dalo mi to jako docela hodně velkou práci někoho sehnat.“ (Vendula)

„Kolikrát mi pomohlo víc to, co jsem si někde našla, když už teda třeba ted' vím, co číst a co ne. Než to, co jsem někde vyžádala z těch terapií.“ (Radka)

Některé z přístupů, se kterými se dotazované ženy v rámci odborné péče do setkávají, lze jednoznačně označit za neetické a potenciálně (re)traumatizující. Tyto přístupy zahrnují nedostatečnou empatii a neochotu skutečně porozumět individuálním obtížím jedince, popřípadě nepřijatelné chování nebo nátlak na pacienty, aby se chovali v rozporu se svými potřebami a pocity. Důsledky takovýchto zkušeností mohou být vážné a mohou znamenat ztrátu důvěry v terapeutický proces a mohou vyústit ve zhoršení duševního stavu žen a zvýšení rizika pro recidivu PPP.

Setkávání se s lidmi, kteří sdílejí podobnou zkušenost, buď v rámci peer podpory nebo skupinové terapie, naopak přináší ženám pocit solidarity a vzájemného porozumění. Lucie v rámci své léčby považuje za nejhodnotnější využití služby peer konzultace, během níž zažila pocit opravdového porozumění a naděje. Alžběta a Hanka oceňují přínos skupinové psychoterapie. Hanka přímo vyzdvihuje kvality společných setkání, kde měla možnost slyšet

individuální příběhy ostatních a nalézat v nich paralely s vlastním životem. Vendula reflektuje, že je pro ni jednodušší o svých obtížích otevřeně hovořit s někým cizím než se svými blízkými. Radka má blízkou kamarádku, která si prošla podobnými traumaty, jako ona. Z analýzy těchto dat vyplývá, že sdílení životního příběhu v bezpečném prostředí s lidmi, kteří si prošli něčím podobným, může osobám s PPP pomoci pochopit jejich situaci a nalézt inspiraci k uzdravení. Současně tato komunitní podpora může poskytnout jedincům s PPP emocionální oporu, kterou nemusí vždy nalézt v běžném sociálním prostředí, kde mohou čelit nepochopení nebo stigmatu.

3.2.5 Sebedestrukce

Posledním identifikovaným tématem ve vyprávění žen s PPP bylo chování, které pro jeho povahu lze pojmenovat jako sebedestruktivní. Tendence k sebedestrukcii se v životech žen projevuje různými způsoby. Může se jednat jak o projevy fyzické, tak psychologické. Je možné mezi ně zahrnout epizody přejídání, zvracení nebo nadměrného cvičení, které se často dějí na úkor naplňování základních potřeb, jakými jsou spánek či hygiena. Navíc respondentky v tomto chování pokračují i přes zjevné negativní důsledky.

Je třeba poukázat na to, že v danou chvíli si dotazované ženy své sebedestruktivní jednání často neuvědomují. Při zpětném pohledu však tyto postupy považují za škodlivé a přistupují vůči nim s nepochopením. S využitím psychoanalytické perspektivy je možné na problematiku sebedestrukce mohli pohlížet tak, že v danou chvíli dochází k utlumení pudu života a k zesílení pudu smrti neboli freudovskému Thanatu. Tento pohled je šířeji představen v kapitole 4.3.7.

Před vleklými obtížemi s vyhrzlou ploténkou Lucie několik hodin denně intenzivně cvičí a funguje takto i přes pracovní závazky téměř každý den. Dokáže sníst enormní množství potravy, i když poté pociťuje silný diskomfort. Na popsané chování zpětně pohlíží s nepochopením, nedokáže si vysvětlit, proč „jednoduše“ nepřestala, když se cítila špatně. Vzorec jídelního chování a jeho pokračování i přes objektivně nepříjemné důsledky, může v mnohém připomínat závislost na návykových látkách. Lucii sužuje strach z potenciálních zdravotních komplikací, ale během záchvatu přejídání je vůči těmto obavám netečná. „Je

vám jedno, co bude s těma zádama, kolenama, se srdcem a tak dále. Prostě se chcete jenom najíst.“

V Alžbětině vyprávění o svém životě je možné identifikovat několik období, ve kterých dominuje sebezničující chování. Během studia na gymnáziu pije pouze limonády s umělými sladidly, prostřednictvím nichž supljuje nedostatek energie a živin. Jedná se o poměrně běžnou strategii pacientů s MA, kdy nadměrná spotřeba nápojů s obsahem kofeinu vede k subjektivnímu pocitu většího množství energie za současného potlačení chuti k jídlu (Marino et al., 2009). Nebezpečného jednání se dopouští i v oblasti pohybu: *„Takže jsem byla schopná ujít ve vánici, určitě jsem se vydala i o Vánocích na deseti kilometrovou procházku, abych se toho, co jsem snědla nějakým způsobem zbavila.“* Limonády později nahrazuje konzumace vína, kalorický příjem Alžběta stále udržuje na minimu. Nedostatek přijatých živin za současného požívání alkoholu u ní mohl vést k řadě fyzických problémů, včetně poškození jater, srdce a mozku, nebo k prohloubení již stávajících, psychických obtíží. Přesto tímto způsobem žila několik dlouhých let.

Indikátorem sebedestruktivního chování jsou u Venduly její *„rozkousané klouby na rukách“*, které si způsobila snahou vyvolat reflex zvracení. Umělé vyvolávání zvracení je činnost, která při častém a dlouhodobém vykonávání může způsobit poškození zubů a ústní dutiny (Johansson, 2022). Neustálý cyklus přejídání a zvracení Vendulu činí slabou a malátnou: *„Že třeba jako už mi bylo špatně, že třeba jsem málem omdlela na ulici jo“*. Spojení mezi sebedestruktivním chováním a jeho fyzickými následky si ovšem začíná uvědomovat až mnohem později. Během sdílení svého příběhu přiznává, že v jejích úvahách se již několikrát objevila myšlenka na definitivní ukončení života. Svého sklonu k sebedestrukci si je vědoma a explicitně jej přiznává.

Sebedestrukce je pravděpodobně jedním ze způsobů, kterým se Radka snaží zvládnout svoji emocionální a psychickou bolest spojenou s traumatem. Narušené rodinné vztahy plné napětí a následně zkušenost se sexualizovaným násilím mohou v jejím případě vést k pocitu ztráty kontroly nad vlastním životem. Přísná dieta, která vede až k úplnému vyhladovění, může být určitou cestou, díky níž Radka nabývá pocit kontroly a moci nad svým tělem a emocemi, i přesto, že se jedná o pouhou iluzi. Jako oběť sexuálního útoku cítí potřebu

pročistit své tělo a zbavit se pocitu špíny a nebezpečí spojených s tímto aktem. Detoxikaci potenciálně vnímá jako způsob, jak dosáhnout fyzické a emocionální čistoty. Radka se postupně ocitá na hranici vlastního sebezničení. „*A... já jsem už vlastně třeba potom i zvracela žluč... No prostě, jako bylo to už potom strašně ošklivý. Nemohla jsem skoro vylízt ven. Hrozně v puse.*“ I poté, co je převezena na akutní oddělení v nemocnici, její autoagresivní chování pokračuje. „*Měla jsem všechny ty trubičky, i jako v močovém měchýři všechno. Já jsem si to vyndala. Oni říkali: ‚Ježíš, jste si mohla ublížit.‘ Já jsem si vyndávala i... jak jsem byla fakt jako zblbá.*“ Stejně jako ostatní ženy si zpětně uvědomuje iracionalitu svého jednání. Reflektuje, že zážitek blízké smrti ji nakonec dopomáhá nalézt cestu k uzdravení

V životě Hanky je možné rozpoznat velké množství náročných životních situací, které sama definuje jako velmi vysilující, až zničující. Právě v těchto dobách se uchýlovala k mentální bulimii, ke přejídání a následnému zvracení. „*A myslím si, že tehdy to pro mě bylo těžký, najít vlastní cestu, jak zrovna z toho ven, protože jsem neměla tu energii, i tu motivaci, měla jsem všechno jako... vlastně, že jsem neměla to jídlo, tu výživu, tak ještě víc to tělo vlastně trpělo. I když, já jsem to tak tehdy nevnímala, že to tak je.*“ Nedostatek péče o vlastní zdraví a pohodu – zvláště ve chvílích, kdy měla být sebeděče o to důležitější – lze považovat za formu sebedestrukce, která ve shodě se zbytkem respondentek nebyla plně uvědomována.

Sebedestruktivní tendence se pravděpodobně mohou objevit i na počátku léčby a celkové snahy o uzdravení. To se děje v případě Lucie, která začíná užívat psychofarmaka: „*Když mi nebylo dobře po těch, po těch práškách, tak tam zase naskočily myšlenky typu: Tak aspoň nebudeš jíst a půjde ta váha rychleji dolů.*“

I když se projevy sebedestrukce mohou u jednotlivých respondentek lišit, společné je pro ně to, že si toto chování a jeho důsledky neuvědomovaly. K sebedestrukci často docházelo za současného prožívání negativních emocí, jako je úzkost, deprese, pocity viny či bezcennosti. Způsoby chování, které lze z vnějšího pohledu označit na zničující, mohly být projevem snahy tyto emocionální prožitky vyjádřit, popřípadě je zcela potlačit.

3.3 Koncepty emergující z analýzy

Pro dožení hlubšího pochopení identifikovaných témat respondentek je v této kapitole představena "teoretická mapa", která umožňuje detailnější prozkoumání těchto témat. Každé z nich je propojeno v dalších podkapitolách s teoretickými koncepty a existujícími výzkumy z oblasti psychologie.

3.3.1 Trauma

Psychické trauma vzniká v důsledku expozice dlouhodobě stresující situaci či jednomu extrémně stresujícímu zážitku, jehož příčina je vnější, extrémně děsivá, zahrnuje bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity jedince a vytváří v něm pocit bezmocnosti. Tento proces narušuje psychické a biologické adaptační mechanismy jedince a jeho vnitřní psychické zdroje jsou nedostatečné k adekvátnímu zvládnutí této hrozby (Vizinová & Preiss, 1999).

Vývojové trauma nejčastěji zahrnuje kumulativní traumata v období dětství a má za následek velké množství symptomů. Vzniká specificky v kontextu blízkých vztahů, a to v období, kdy je dítě závislé na primárně pečujících osobách. Zásadním důsledkem jsou problémy se seberegulací afektů, v mnoha případech ireverzibilní povahy (Jochmannová, 2021). Vývojové trauma je rizikovým faktorem pro budoucí poruchy osobnosti, závislost na návykových látkách, narušené sebepojetí, autoagresivní chování a specificky i pro poruchy příjmu potravy (Koutek & Kocourková 2017).

Výzkum opakovaně ukazuje na silnou asociaci mezi prožitým traumatem a rozvojem PPP. Zkušenost s traumatem v podobě emočního a fyzického zneužívání byla identifikována jako jeden z nespecifických predisponujících faktorů po PPP (Emery et al., 2021; Zelkowitz et al., 2021). Nejvíce zdokumentovaným typem traumatu u osob s PPP je sexuální zneužívání v dětství (Brewerton, 2007), a to společně se zážitkem sexuálně motivovaného napadení (Tagay et al., 2010). Mezi faktory, které zprostředkovávají spojení mezi traumatem v dětství a PPP, patří disociace, dysregulace emocí, nespokojenost s vlastním tělem, úzkost, nadměrná kritika a alexitimie (Rabito-Alcón et al., 2021). Expozice traumatickým událostem může

mít za následek vážnější průběh poruchy a může vést k předčasnému ukončení léčby (Tagay et al., 2014).

Dle Papežové (2020) mohou být PPP interpretovány jako maladaptivní chování motivované snahou vyrovnat se s dlouhodobým stresem, frustrací nebo traumatem. Po prožití traumatu často dochází k pocitu ztráty kontroly, slabosti a bezmoci. Typické maladaptivní vzorce chování u osob s PPP mohou sloužit jako mechanismus k desenzibilizaci, úniku před negativními pocity a dosažení příjemnějšího stavu. Charakterizuje je bazální úzkost, bolest a nepohodlí. V případech, kdy je ve klinickém obrazu osoby s PPP zjevná přítomnost traumatu, je vhodné v terapeutickém přístupu nejprve adresovat traumaterapii a až poté přistoupit k postupné reintegraci stravování (McHan, 2019).

Papežová (2012, 2020) současně poukazuje na fakt, že v některých rodinách není možné identifikovat problém s příjmem potravy ve druhé i třetí generaci. Traumatické zážitky, ať již vědomé, či nevědomé, vedou ke zvýšenému riziku maladaptivních vzorců jídelního chování a ke komplikovanějšímu průběhu, nejsou-li v předchozí generaci adekvátně řešeny. Existují důkazy o transgeneračním přenosu zvýšené nespokojenosti s vlastním tělem, problémů s hmotností, jídelních poruch a diet v rodinách. Traumatické zážitky v rodinné historii pacientů s PPP mohou zůstat dlouhodobě utajeny a následně mohou vyžadovat modifikaci léčebného postupu. Transgenerační přenos traumatu je pozorován u potomků rodičů, kteří zažili různé formy traumatických událostí, včetně posttraumatické stresové poruchy (PTSD), holokaustu, válečných konfliktů, sexuálního zneužití, uprchlictví a mučení. U pacientů s PPP je transgenerační přenos spojen nejen s mechanismy přenosu traumatických zkušeností, ale také s dopady malnutrice, a proto jeho mechanismy mohou být ještě složitější (Papežová, 2020).

3.3.2 Rodina jako sociální děloha

Sociální děloha reprezentuje vývojový model v rámci rodinné terapie zaměřené na psychosomatické poruchy. Tento model byl formulován v 90. letech 20. století MUDr. Vladislavem Chválou a PhDr. Ludmilou Trapkovou. Metafora vznikla analogií biologického procesu dělohy a vývoje plodu v ní od početí do narození, kterou autoři přirovnali k transformacím v rodině od narození dítěte až po jeho osamostatnění. Jejich cílem je usnadnit

pochopení psychosomatických symptomů v rodinném kontextu. Tuto koncepci dále rozvíjí během klinické praxe, během níž byla prokázána její validita zejména v oblasti rodinné terapie psychosomatických poruch a chronických somatických onemocnění (Chvála & Trapková, 2004).

Rodina je přirovnána k chráněnému prostoru na psychosociální úrovni, který funguje podobně jako anatomická děloha pro prenatální vývoj. Novorozené dítě má za úkol získat dovednosti pro život v lidském světě a nezávislost na původní rodině. Rodinné uskupení je pojímáno jako chaotický systém, který je ovlivňován jazykem a schopností přiřazovat významy událostem. Adolescence a separace z primární rodiny jsou metaforicky pojmenovány jako sociální porod, připomínající fyziologický porod s významnými vývojovými krizemi (Chvála & Trapková, 1995).

Chvála a Trapková (1998) poukazují na fakt, že hlavní příčina PPP je často nepochopena. Z perspektivy rodinné terapie tuto situaci interpretují jako důsledek nedostatečného zohledňování širšího kontextu poruchy ze strany výzkumníků. Koncept sociální dělohy ukazuje, že jde spíše o poruchu koordinace vývoje členů rodiny v období, kdy děti opouštějí domov než jen o poruchu jednotlivce. Naznačují, že proměny rolí muže a ženy v současném kontextu souvisí s nárůstem výskytu poruchy v populaci. Někdy však může být jednodušší poukazovat na genetické nebo biologické předpoklady než například na roli otce při rozvoji onemocnění.

Autoři (1998) dospěli k přesvědčení, že za příznaky PPP se skrývá typický vývoj kontextu psychosociálních vztahů rodinného systému, kterým každá rodina během dospívání dítěte prochází. Je-li dostatečně vnímán pohyb celého systému, je možné v něm zahlédnout místa, v nichž častěji dochází ke stagnaci s typickým obrazem poruch.

První stadium: sblížení s matkou a separace od ní

Dcera na nevědomé úrovni touží po opětovné blízkosti k matce po období relativní samostatnosti v mladším školním věku. V příznivém scénáři dochází k regresí, kdy dcera s matkou znovu vstupuje do symbiotického vztahu. Otec se v této fázi stává v očích dcery konkurentem, stejně jako jakýkoli jiný jedinec, jenž aspiruje na matčinu blízkost. Kvalita

společně sdíleného času má větší význam než jeho kvantita. Dcera vyžaduje exkluzivní přítomnost matky a k tomu je nutné, aby matka byla dostupná, vnímavá a svolná. Skutečná potřeba je často uspokojena tak rychle, že ji okolí ani nepostřehne (Chvála & Trapková, 1998).

Nedostupnost matky vede k intenzivnějšímu projevu regresivního chování u dítěte, které reprodukuje znaky používané v kojeneckém období k získání matčiny pozornosti. Tento jev není primárně považován za poruchu obživného pudu, ale spíše jako signál emoční potřeby spojení. Absence příznivé reakce matky vede k rozvoji zoufalství u dítěte s různorodou symptomatologií. Tělesné a duševní reakce jsou spojeny s aktivací vegetativního nervového systému, projevujícího celkově zvýšený tonus (Chvála & Trapková, 1998).

Druhé stadium: sblížení s otcem a separace od něj

Dcera se od matky odděluje s cílem přejít do náruče otce. Na cestě dochází k vlastní metamorfóze, kdy se dítě vyvíjí do role ženy. Efektivita tohoto procesu závisí na příznivém klimatu mezi matkou a otcem v rodině. Potřeba dcery být přijata a respektována otcem hraje klíčovou roli v potvrzení a stabilizaci nové role. Podobně jako u matky dcera touží po pozornosti a potřebuje lásku otce jen pro sebe. Skrze platonický vztah s otcem dozrává k ženské sexualitě, přičemž klíčové je, aby byl fyzický aspekt tohoto vztahu bezpečný a probíhal jen na úrovni snů a fantazií, jež jsou pro oba aktéry nevědomé (Chvála & Trapková, 1998).

Sourozenci a zejména matka se stávají konkurenty i přes výrazné důsledky pro vzájemné vztahy. Otcova role je ztížena, pokud není sexuálně uspokojen ve vztahu se svou ženou. Dcera nevědomě vyvolává situace, které mohou být zdrojem konfliktů v manželství tím, že poukazuje na nedostatek sdílení nejen vnějších faktů, ale i vnitřního světa a emocí (Chvála & Trapková, 1998).

V těchto rodinách bývá obraz muže ženou démonizován, což komplikuje vztah dcery k otci. Incestní tabu má klíčový význam, neboť brání vážným komplikacím v celém rodinném systému. Dvě možnosti pro další sexuální vývoj dcery jsou obě rovnocenně destruktivní:

bud' se s otcem vůbec nesblíží, nebo naopak překročí incestní tabu (Chvála & Trapková, 1998).

Třetí stádium: samostatnost

Po úspěšném dokončení druhého stadia se dcera stává mladou ženou připravenou opustit své rodiče. Je schopna navázat trvalý heterosexuální vztah, v němž je vyváženě zastoupena tělesná a psychická složka sexuality. Někdy může dojít k tomu, že dívky zažívají romantické vztahy s chlapci během procesu osamostatňování od rodiny. Není-li však sociální porod dokončen, zůstávají tyto vztahy sexuálně nezralé a dluh si žena nese životem. V budoucnosti se může objevit životní kontext, který umožní vyrovnání tohoto dluhu, a žena se může projevit nutkavým jednáním, což komplikuje vývoj následující generace. Vztahy s muži o generaci staršími mohou sloužit jako prostředek, jak vyrovnat dluh ze strany otce. V tomto případě však už nejde o bezpečný platonický vztah, ale spíše lze pozorovat realizaci incestu na hlubinné úrovni (Chvála & Trapková, 1998).

Anorektická stagnace

Pokud se první stadium projeví jako rizikový úsek vývoje, může zde proběhnout celá řada komplikací, které následně mohou zpomalit nebo zastavit růst celého systému. Tato situace může vyústit v projevy anorektické stagnace, což při jejím plném rozvinutí odpovídá diagnostickým kritériím MA, jak jsou uvedena v DSM-V.

Obvykle lze vidět pestrou směs symptomů, které ukazují na neprůchodnosti cesty směrem k matce a pak od ní. Často se projevuje emoční vyhladovělost matky, které se nepodařilo získat svého muže k emočnímu sdílení jejich vnitřních světů. Cítí se v tomto ohledu vyčerpaná a unavená, a to se projevuje sexuálními dysfunkcemi v manželství (Chvála & Trapková, 1998).

Pokud u dcery neprobíhá tělesný a mentální vývoj synchronizovaně, může se stát, že se sekundární pohlavní znaky, jež vábí muže, objeví dříve, než se dcera může přiblížit k matce. Předčasně vybudělé tvary desynchronizují koevoluci dcery a matky. Matka se začne mimoděk chovat, jako by byla její dcera mentálně starší (Chvála & Trapková, 1998).

Důsledkem je abnormální soustředění na váhu a příjem potravy. Chvála a Trapková (1998) zdůrazňují, že klíčovým prvkem není primárně hmotnost, ale spíše tvar těla. Radikální redukce váhy je nástrojem k likvidaci sekundárních pohlavních rysů. Dívka vnímá a hodnotí sama sebe z pohledu regrese, které nižší váha přirozeně odpovídá. Otázka splnění vývojového úkolu se soustředí převážně do oblasti přípravy a konzumace jídla. Vztah dívky k jídlu je pravé nechutenství. Na jídlo nemá chuť a bojí se ho proto, že ví, že ho nebude moct trávit.

Matka kontroluje stravování své dcery, jako by se jednalo o tabuizovaný sex. Otec se přidá ke kontrolující matce, místo aby byl emočně k dispozici dceři. Přestože rodiče stále vyvíjejí kontrolu nad stravováním dcery, paradoxně se stává, že dcera kontroluje je. Projevem vztahové frustrace je smutek, melancholie nebo pláč. Dcery se stávají samotářskými a matky se podivují, jak se jejich radostné dítě změnilo. Pestrý obraz tohoto stadia ovlivňuje mnoho faktorů, například historie matčina dětství a dospívání. Je možné, že ani její matka jí nebyla v průběhu dospívání k dispozici tak, jak by potřebovala. Může oscilovat mezi současným a tehdejším stavem, jako by upadla do transu. Její vlastní emoční hlad z minulosti může způsobovat, že není dnes připravená emočně nasytit a uspokojit svou dceru (Chvála & Trapková, 1998).

Bulimická stagnace

V případě, že se přirozený pohyb v rámci druhého stadia zastaví, může nastat bulimická stagnace, která se projevuje symptomy mentální bulimie. Tyto symptomy představují extrémní projev neschopnosti rodinného systému pokračovat v dokončení separace. Nejčastěji se jedná o situace, kdy otec není pro svoji dceru dostupný, nebo jej dcera nemůže z určitého důvodu přijmout (Chvála & Trapková, 1998).

Když otec nepochopí, že svádění ze strany dcery na rozhraní stadií patří pouze k jeho psychické potenci, rozvíjí se osudové nerozumění. Čím je otec více ignorující, tím zoufalejší boj svádí dcera se svým tělem. Pocit emočního hladovění může být tělesně zpracován jako hlad po materiálním jídle. Pokus se dceři dostává otcova uznání, cítí se stále více méněcenně. Nenávist obrací hlavně proti svému tělu a bojuje s jeho tvary. Toto chování není však zcela dobrovolné, i když dívka může sama vyvolávat zvracení. Zvýšenou chuť k jídlu naopak

přemáhá, ale obrana bývá pravidelně prolomena novým záchvatem syčení. Paralela se sexuálním chováním je zřejmá: dívka se snaží skrývat své chování, často ho ritualizuje, prožívá pocity zvyšujícího se napětí, vrcholu a uvolnění. Některé dívky mohou používat projímavé látky a klystýry. Z klinické zkušenosti Chvály a Trapkové (1998) je známo, že někteří otcové jsou až utrpením a obavami o život své dcery donuceni k otcovské laskavosti a mužné něžnosti.

3.3.3 Vývojové potřeby Alberta Pessoa a Diane Boyden-Pessoové

Pesso Boyden System Psychomotor (dále jen PBSP) je psychoterapeutická metoda, která kombinuje prvky psychodynamiky, gestalt terapie, tělesné psychoterapie a transpersonální psychologie. Na samém počátku stáli manželé Albert Pessoa a Diane Boyden-Pessoová, kteří tuto metodu vyvinuli v 2. polovině 20 století. Tento směr se zaměřuje na integraci tělesných, emočních a kognitivních aspektů pro dosažení celistvého zdraví a osobního rozvoje. Centrálním prvkem PBSP je tzv. struktura. Struktura je živá, interaktivní scéna vytvořená klientem pod vedením terapeuta, která představuje konkrétní situaci, vztahy nebo konflikty. Během této interakce klient prochází různými rolami a postavami, což mu umožňuje objevovat a měnit své vzorce chování a reakce (Boyden-Pesso, & Vrtbovská, 2009).

Směr PBSP prosazuje jako nejdůležitější životní potřebu a cíl dospět ve zralého šťastného člověka. Aby se tomu tak mohlo stát, je nutné, aby bylo naplněno pět zcela základních potřeb. Naplnění potřeb je nutné uskutečnit ve správný čas, správným způsobem a správnými lidmi. Pokud je některý z aspektů interakce narušen, je možné, že jedinec bude pociťovat méně či více významné deficity v naplnění některých z potřeb. Dítě se poté může obrátit buď k náhradním zdrojům, vytvoří si tedy vazbu na věci, zvířata, Boha atd., nebo se obrátí přímo samo k sobě a stane se svým vlastním naplňovatelem určitých potřeb, popřípadě se stane sám sobě rodičem či ochráncem (Boyden-Pesso, & Vrtbovská, 2009).

1. Potřeba místa

Potřeba bezpečného místa má v PBSP zásadní význam. Aby jedinec mohl žít šťastný a naplněný život, musí se cítit součástí světa a potřebuje vnímat, že tento svět ho chce a respektuje jeho existenci (Boyden-Pesso, & Vrtbovská, 2009). Po celé dětství přichází

k jedinci mnoho dojmů, které ovlivňují jeho pocit, že někam patří, že má své místo a toto místo je buď příjemné, klidné a tělesně pohodlné nebo hlučné, neklidné a neuspořádané. Uspokojení této potřeby začíná vytvářením citové vazby s matkou. Adekvátní naplnění této vazby umožňuje jednotlivcům snadněji adaptovat se na nová prostředí mimo domov a efektivněji navazovat vztahy s vrstevníky, přáteli a partnery. V konečném důsledku tato pozitivní zkušenost formuje přesvědčení jedince, že svět je přívětivým místem pro život a že existuje vhodné místo i pro něho samotného. Tím je dále podpořena jeho schopnost se uplatnit i ve sféře pracovní a následně vytvořit dobré místo pro další generaci (Lucká & Koblí, in Vodáčková, 2007).

Pokud ale dítě nemá správný zážitek místa, není doma nikde. V tomto případě existuje riziko, že z něj v dospělosti bude poutník, člověk bez kořenů. Takový člověk se cítí zoufale, není schopen určit, odkud pochází a kam vlastně patří. Postupně se vzdá představy, že by vůbec mohlo místo, které hledá, existovat. Někdy se pro něj stane vysvobozujícím téma smrti a postupné směřování k ní. Může ji dokonce svým chováním uspišit, jelikož doufá, že to na onom světě bude lepší. Touží být přijat, i kdyby jej měla přijmout náruč smrti (Boyden-Pesso & Vrtbovská, 2009).

Neuspokojení této potřeby může souviset s různými okolnostmi, například s neschopností rodičů tyto hodnoty naplnit, s hospitalizacemi či pobyty v jiných zařízeních, s častým stěhováním nebo chaotickým střídáním péče. U lidí, kteří zažili týrání či zneužívání, se častěji objevují pocity, že na tomto světě není pro ně dobré místo nebo že svět je vůbec špatné místo (Lucká & Koblí, in Vodáčková, 2007).

2. Potřeba sycení

Druhou základní potřebou dle PBSP je sycení. Tato potřeba je především spojena s péčí o výživu, avšak postupně se objevuje další rozměr této kvality. Sycení poskytuje dítěti nejen pocit fyzické plnosti, ale také emocionální saturovanost (Boyden-Pesso & Vrtbovská, 2009). To, zda dítě se svými rodiči zažívá svět jako místo, kde je mnoho zábavného a hezkého, souvisí s jeho pocitem vnitřního naplnění. Opakem je pocit prázdnoty a prožitky nudy. V dospělosti pak mají osoby, které strádaly, tendenci zaplňovat svůj vnitřní prostor toxicky, například

automutilací, poruchami příjmu potravy nebo různými závislostmi (Lucká & Koblí, in Vodáčková, 2007)

3. Potřeba podpory

Novorozené dítě je zcela bezmocné, rodiče mu tak poskytují všemožnou podporu. Během chování je podpíráno celé jeho tělo, což dítě uklidňuje. V průběhu vývoje je podporováno v chůzi, pečující osoba jej zvedne, pokud upadne. U staršího dítěte je následně velmi důležitá podpora jeho nadání a ojedinělosti (Lucká & Koblí, in Vodáčková, 2007). Symbolicky jde o podporu sebedůvěry a samostatnosti jedince (Boyden-Pesso & Vrtbovská, 2009). Dostatečně uspokojená potřeba podpory se projevuje odolností člověka zvládat náročné životní situace a hledat podporu v sobě samém. Naučí se podporovat své blízké a vlastní děti. Pokud má jedinec naopak zkušenost s ponižováním a nepodporou, objeví se u něj neschopnost odolávat tlaku a má tendence se podvolovat. Je silněji predisponovaný k manipulaci a zneužití druhými (Lucká & Koblí, in Vodáčková, 2007).

4. Potřeba ochrany

V počátku vývoje dítěte je potřeba ochrany naprosto klíčová pro jeho existenci. Jedinec je chráněn před jakýmkoliv potenciálním nebezpečím, ať už zvenku (před chladem, úrazem či člověkem), nebo před tím, aby neublížil sám sobě. Cílem výchovy je dítě naučit, co je bezpečné a co bezpečné není. Dospělý člověk následně nabývá dovednosti chránit sám sebe. Zanedbávané děti, které zažívaly strach a bezmoc, případně děti, které si prožily fyzické, psychické nebo sexuální útoky, nemají potřebu ochrany vnitřně uspokojenou. Jsou proti zlu bezmocné, nejsou často ani schopny rozeznat, že se děje něco patologického. Jejich reakcí je pasivita a rezignace (Lucká & Koblí, in Vodáčková, 2007).

5. Potřeba limitů

Poslední klíčovou potřebou je potřeba limitů. Individuum se rodí s dvěma základními silami: schopností tvořit a schopností ničit, což mu umožňuje přímo a aktivně ovlivňovat svět kolem sebe. Procesem zkušenosti a interakce s blízkými musí dítě zjistit, že obě tyto síly, které vnímá, nejsou všemohoucí a neomezené. Láskyplní rodiče naplňují potřebu limitů tím, že

uspokojují základní vývojové potřeby dítěte v přiměřených mezích a neumožňují převládnout „neomezeným touhám a požadavkům“. S porozuměním a respektem zvládají agresi svého potomka. Emoce vzteku není všemocná, pokud je omezena a není jí umožněno dosáhnout destrukce, smrti a ubližování (Boyden-Pesso & Vrtbovská, 2009).

Pokud dítě není dostatečně limitováno nebo má zkušenost s tím, že se dospělí sami chovají nelimitovaně, objevuje se zde riziko, že se jeho základní tvořivé síly vyvinou nežádoucím směrem a stanou se nekontrolovatelnými a všemocnými. To pak může ohrozit jak samotného člověka, tak jeho okolí. Nedostatek hranic vede k tomu, že se jedinec projevuje jako destruktivní, nerozeznávající realitu a fantazie, nekonečně lačný a nezvládající svoji sexualitu (Boyden-Pesso & Vrtbovská, 2009).

Ze situací prožívaných během raného vývoje a dětství nelze vytvářet kauzální spojení s budoucností. Nelze tedy jednoznačně tvrdit, že jedinec se složitým dětstvím bude mít později problémy se svým místem ve světě. Avšak retrospektivně je možné, že aktuální problémy člověka jsou spojeny s jeho historií, pokud ji dokážeme identifikovat. Někdy vědomá přání těmto bytostným potřebám neodpovídají. Je nutné pečlivě rozlišovat mezi potřebou a impulzem; impuls je nevědomým opakováním vzorce nebo strategie s kořeny v minulých zkušenostech (Lebedová, 2012).

3.3.4 Teorie objektifikace

Teorie objektifikace byla formulována Barbarou Fredricksonovou a Tomi-Ann Robertsovou. Poskytuje rámec pro porozumění zkušenosti, jaké je to být ženou v kultuře, která sexuálně objektifikuje ženské tělo. Sexuální objektifikace nastává pokaždé, když je tělo ženy, jeho části či sexuální funkce odděleny od ní samé, sníženy na úroveň pouhých nástrojů, případně jsou považovány za schopné ji reprezentovat (Bartky, 1990). Jinými slovy, když je žena objektifikována, je s ní zacházeno jako s tělem – a zejména jako s tělem, které existuje pro potěšení druhých.

Sexuální objektifikace se objevuje jak v mezilidských interakcích, tak ve vizuálních médiích. Prostřednictvím médií proniká objektifikující pohled na ženy do celé západní kultury. Tento způsob zacházení s ženami ve vizuálních médiích se neomezuje pouze na

pornografii, ale proniká i do mainstreamových filmů, výtvarného umění, reklam, hudebních videoklipů a tak dále. Zatímco jsou muži obvykle zobrazováni v médiích s důrazem na hlavu a obličej, ženy jsou zobrazovány s důrazem na tělo (Fredrickson & Roberts, 1997).

Teorie objektifikace předpokládá, že ženy žijí v současné kultuře, ve které jsou těla – ať už z jakýchkoliv důvodů – sledována, hodnocena a vždy potenciálně objektifikována. Neklade si za cíl odhalit důvody tohoto fenoménu, spíše se zaměřuje na osvětlení psychologických důsledků sexuální objektifikace pro život mnoha žen (Fredrickson & Roberts, 1997).

Možná nejhlubším účinkem tohoto zacházení s dívkami a ženami je to, že je kulturní prostředí objektifikace socializuje k tomu, aby se – alespoň na určité úrovni – samy vnímaly jako objekty, na které se má dívat a které se mají hodnotit. Slovy feministických teoretiček přijímají ženy perspektivu pozorovatele na své psychické já (Bartky, 1990). Empirický výzkum dokazuje, že to, jak tělo ženy působí na ostatní, může ovlivnit její životní zkušenosti. Fyzická krása představuje pro ženy moc: atraktivita funguje jako hlavní měna pro sociální a ekonomický úspěch žen. Jejich zvýšená pozornost vůči vlastnímu fyzickému vzhledu, která je často interpretována jako narcismus nebo ješitnost, je pravděpodobně strategickou reakcí na společenský tlak a snahou získat potenciální odměny spojené s atraktivitou. Tato strategie však nemusí být zvolena záměrně. Toto tvrzení je dááno do souvislosti se sociálněpsychologickou tezí, která tvrdí, že pocit sebe sama je sociální konstrukce, odrážející způsoby, jakými ostatní lidé na jednotlivce nahlíží a jak s ním zacházejí (Fredrickson & Roberts, 1997). Tělo však přispívá k pocitu sebe sama odlišně z hlediska pohlaví: u žen závisí pozitivní sebepojetí na vnímané fyzické atraktivitě, zatímco u mužů závisí na vnímané fyzické efektivitě (Lerner et al., 1976). Zástupkyně ženského pohlaví se dle analýzy autorů vnímají jako objekty, které mají být ostatními oceňovány. Následkem pro subjektivní zkušenost je pak to, jak píše de Beauvoir (1952), když se dívka stane ženou a je zdvojená – místo aby se sebou přesně korespondovala, existuje i mimo sebe. Část jejího vědomí může být často obsazena obavami souvisejícími s pozorovatelem jejího vzhledu. Rozsah, v němž určité sociální kontexty zvýrazňují povědomí žen o objektifikaci, je velmi variabilní (Fredrickson & Roberts, 1997).

Teorie předkládá několik přímých negativních psychologických důsledků sexuální objektifikace. Prvním z nich je stud, který vzniká, když lidé hodnotí sami sebe ve srovnání s nějakým internalizovaným nebo kulturním ideálem, jemuž se nevyrovnají (Darwin, 1965). A protože jsme v médiích neustále vystaveni obrazům idealizovaných ženských těl, které navíc mohou svým nositelkám získat přístup k odměnám, ukazuje se, že ženy zažívají více studu než muži. Stud vyvolává intenzivní touhu skrýt se, uniknout bolestivému pohledu ostatních nebo zmizet, spolu s pocity bezcennosti a bezmocnosti (Darwin, 1965). Je považován za emoci, která slouží k adaptaci, protože daného jedince přiměje změnit své chování. Změnit své tělo je však mnohem obtížnější. Z hlediska této perspektivy lze modifikovat svůj vzhled pomocí různých prostředků, z nichž nejnebezpečnější je využití plastické chirurgie a PPP, které jsou spojeny s neutichajícím a neadaptivním studem za své tělo. Dalším důsledkem pro objektifikované ženy je častý prožitek úzkosti. Očekávání, kdy a jakým způsobem bude tělo dotyčně sledováno a hodnoceno, může vytvářet úzkost z potenciální expozice. Data ukazují, že tato emoce může mít kořeny v negativních sociálních zkušenostech z raného dětství, včetně historie negativních komentářů vztahujících se ke vzhledu. Úzkost je také spjata s obavami o bezpečnost. A protože v naší kultuře se alespoň v určité míře všechny ženy potýkají s možností stá se sexuální obětí, musí být pozorné k potenciálnímu napadení. Empirický výzkum ukazuje, že tato bdělost je pro mnoho žen chronickým a denním zdrojem úzkosti, ovlivňující jak jejich osobní, tak pracovní život. (Fredrickson & Roberts, 1997).

Akumulace zkušeností způsobených sexuální objektifikací žen může některých z nich přispět ke vzniku duševních poruch, jako je deprese, sexuální dysfunkce nebo poruchy příjmu potravy. Na objasnění jejich příčin autoři aplikují feministickou perspektivu, která tvrdí, že držení diet a kontrola hmotnosti jsou tak rozšířené, že odrážejí "normální nespokojenost", kterou ženy pocítují ke svým tělům (Rodin et al., 1984). Chronické dietní chování se stalo běžným způsobem života mladých žen, které je dále podporováno jejich blízkými. Z tohoto hlediska jsou PPP vnímány pouze jako zintenzivnění této normální nespokojenosti. Ženy tak prakticky přistupují k extrémní manipulaci s vlastním jídlem a tělem, za účelem dosažení ideálu krásy (Rodin et al., 1984). Tato teorie chápe PPP nikoli jako projev individuální duševní choroby či deviace, ale spíše jako reakci na široce rozšířené

kulturní standardy krásy. Jsou považovány za přímý důsledek procesu (sebe)objektifikace (Roberts, 2015).

3.3.5 Stigma

Teoretickým ukotvením konceptu stigmatu navazují na problematiku izolace, která byla identifikována v rámci analýzy společných témat. Tento krok argumentují svým předpokladem, že významným faktorem ovlivňujícím nepochopení a nedostatek snahy porozumět obtížím jednotlivců, kteří trpí PPP, a to jak ze strany jejich blízkých, tak i odborníků, je vysoká míra stigmatizace těchto poruch.

Stigma je v obecném kontextu definováno jako znehodnocující přívlastek, který může být příčinou diskriminace jeho nositele. Slovo „stigma“ bývá překládáno jako *znak nebo stopa, která nese svědectví*. Termín pochází z řečtiny a poukazuje na tělesné znaky, které vypovídají o něčem neobvyklém, nedostatečném a morálně nepřijatelném (Ocisková & Praško, 2015).

Sociolog Erving Goffman (1963) ve své klasické práci zaměřené na analýzu stigmatu upozorňuje na skutečnost, že jedinec postižený stigmatem často není vnímán jako plnohodnotný člověk. Stigmatizace osob s psychickou poruchou v sobě nese implicitní předpoklady o jejich morální slabosti, nebezpečnosti a vině. Tyto postoje se následně projevují ve stereotypech, kterými jsou lidé s duševními obtížemi hodnoceni ve společnosti a v médiích. Na rozdíl však od stigmat rasových patří duševní porucha mezi stigmata projevující se hlavně v situacích úzkého interpersonálního kontaktu, jako je rodina nebo pracoviště (Ocisková & Praško, 2015).

Ačkoli jsou PPP komplexními psychickými poruchami s genetickými a sociálními kořeny, veřejnost může mít tendenci pohlížet na ně zjednodušeně jako na projev sociálních problémů žen, zejména těch v mladém věku. Tento rozdíl mezi odborným a laickým vnímáním problematiky může oddalovat léčbu a posilovat stigma, které omezuje její využívání (Ocisková & Praško, 2015).

Provedené výzkumy naznačují, že jedinci s mentální anorexií mohou být ostatními vnímáni jako nudní, slabí, sebedestruktivní a psychicky zranitelnější (Rousseau et al., 2012). Některé z nich poukazují na značné sociální odmítání jedinců s touto poruchou (Angermayer et al., 2013). Jak bylo již naznačeno v předchozím odstavci, důsledky stigmatizace ovlivňují chování při vyhledání léčby. Značná část pacientů odkládá návštěvu odborníka kvůli svým obavám z kritiky ze strany rodiny, vrstevníků a lékařů. Další vyčkávají kvůli strachu, že je společnost odmítne (Maier et al., 2014). Ve srovnání s dalšími PPP jsou osoby s MA vnímány jako nejdisciplinovanější a vzbuzují ve veřejnosti nejmenší pocity lítosti (Ebnetter et al., 2011). To může souviset i s faktem, že určitá část intaktní populace chová k osobám s MA obdiv. Věří v existenci specifických výhod, které těmto osobám z jejich poruchy plynou, jako je například větší popularita (Mond & Arrighi, 2012). Společenská přijatelnost extrémně štíhlých postav a s nimi spojené pozitivní osobnostní vlastnosti, jako je například sebekázeň, naznačují, že stigma spojené s MA není pouze negativní.

O osobách s MB byla prokázána existence negativních stereotypů, včetně těch, že tito jedinci postrádají sebekázeň, jsou sebedestruktivní a mají další psychické problémy (Ebnetter et al., 2011). Výzkum navíc ukazuje na značnou míru sociálního odmítnutí ze strany společnosti (McLean et al., 2014). Celkově se zdá, že vnímání této poruchy veřejností je smíšené, někdy se stejně jako u MA objevuje přesvědčení o potenciálu poruchy zvýšit popularitu jedince a jeho sociální přijetí (Rousseau et al., 2012). Kromě stigmatizace, která je pro tuto poruchu specifická, mohou být jednotlivci stigmatizováni pro svoji tělesnou váhu, což dále přispívá k rozvoji a udržování poruchového stravovacího chování.

U záchvatovitého přejídání je v porovnání s ostatními poruchami potravy prisuzována větší osobní odpovědnost. Ve společnosti panuje přesvědčení, že porucha je způsobena nedostatkem sebekázně, protože její podoba odráží neschopnost jedince se ovládat (Ebnetter & Latner, 2013). Obviňování jedince může podněcovat jeho stud, který dále může posilovat tendence k přejídání. U osob, které trpí záchvatovitým přejídáním, se může vyskytovat obezita, a proto jsou často stigmatizováni i na základě své váhy. Jedinci záro veň internalizují negativní společenské předsudky o nadváze a tím u nich dochází k sebestigmatizaci (Pearl et al., 2013).

Ukazuje se, že postoje k jedincům s PPP jsou více stigmatizující než postoje k pacientům s jinými psychickými obtížemi, jako je například deprese. Společnost jim prisuzuje zodpovědnost za jejich zdravotní stav a považuje je za manipulativní. Jejich blízcí si vznik problémů spojují s faktem, že se až příliš zaměřují na vizuální aspekty své hmotnosti. Jsou tedy podceňováni a souzeni za svou iracionalitu. O nemocném člověku jeho okolí tvrdí, že by se „měl dát dohromady“, je podceňován význam biologických faktorů pro vznik poruchy, přičemž je vyzdvihována důležitost faktorů sociálních (Ocisková & Praško, 2015).

Ženy ve středním věku, které se s PPP potýkají, zažívají dvojí stigmatizaci. Zaprvé, samotné PPP jsou silně stigmatizované. A protože jsou považovány za poruchy typické pro mladší populaci, jsou tyto ženy dále stigmatizovány kvůli svému věku. Následně se pak mohou cítit paralyzované v důsledku svého studu, který je ještě více izoluje a brání jim ve vyhledání pomoci (Book, 2023). Tento fenomén také může ovlivňovat dostupnost podpory pro dospělé ženy s PPP. Mnoho léčebných zařízení, literárních a webových zdrojů se zaměřuje na mladší populaci, což následně může posilovat pocit selhání a hanby u žen, které se s touto problematikou potýkají.

3.3.6 Pud smrti

Pud smrti představuje jeden ze základních konceptů v psychoanalýze Sigmunda Freuda. Freud navrhoval existenci dvou základních pudů, a to pudu života (Eros) a pudu smrti (Thanatos). Pud života působí jako síla, která jedince motivuje k přežití a k reprodukci, zatímco pud smrti udržuje dialektické napětí v kontrastu vůči němu, i když jsou tyto dvě síly vzájemně neslučitelné. Tento koncept byl poprvé uveden ve Freudově díle *Mimo princip slasti* z roku 1920. Thanatos představuje princip, jenž usiluje o navrácení jedince k neživému stavu a obnovení neorganického stavu. Freud věřil, že lidé obvykle směřují tuto sílu do vnějšího světa, což se projevuje agresivními tendencemi vůči ostatním. Nicméně existuje možnost, že někteří jedinci tuto sílu obrátí dovnitř, a to se projeví sebedestrukci. Sebedestrukce se může vyskytovat v nejrůznějších podobách a může vystupňovat až k sebevražednému jednání (Mills, 2006).

Lawrence (2019) připodobňuje konflikt přítomný u pacientů, kteří trpí MA nebo MB k vývoji schizofrenního myšlení, při kterém se objevuje nekonečný konflikt mezi životním a smrtícím instinktem. U osob s PPP je patrný podobný rozpor mezi touhou žít, růst a rozvíjet se a touhou regresivně se navrátit do anorganického stavu.

Důležité je podotknout, že velkou část pacientů Thanatos ve skutečnosti nesměřuje k jejich vlastní smrti. Místo toho je nevědomým požadavkem setrvání v poškozeném či oslabeném stavu, neustále umírajícím. Tento stav můžeme přirovnat k závislosti na blízké smrti (Feldman, 2000). Jedinci s PPP jsou dlouhé měsíce – někdy i roky – chronicky nemocní, ale zároveň stále zůstávají naživu.

Podle Melanie Kleinové je pro zvládnání působení smrtelného pudu klíčové, aby od počátku života jedinec zažíval kladné zkušenosti v rámci prostředí, ve kterém vyrůstá. Jedná se o první proces introjekce, při kterém si kojenec přijímá dobré zkušenosti – zejména to, že je sycen potravou – k tomu, aby došlo k neutralizaci účinků destruktivních pudů, které působí zevnitř. Pokud vývoj probíhá zdárně, jedinec shromáždí převažující množství dobrých zkušeností a pocitů, a nakonec internalizuje aspekty svých rodičů, kteří podporují jeho vývoj. V případě osob, u nichž se vyvinula PPP se ukazuje, že tento podpůrný proces nemohl proběhnout (Lawrence, 2019).

Anorektický či bulimický jedinec tak může být, bez jakékoliv schopnosti se bránit, vystaven instinktu smrti a hlasu sadistického superega, které vyžaduje okamžitou poslušnost. Superego je v tomto případě zodpovědné za řízení ega tvrdými pravidly a rituály, které musí být dodrženy, aby jedinec cítil alespoň částečnou kontrolu nad svojí nedostatečností (Gaynor, 2015). Kontrola vlastního těla a přijímané potravy může být interpretována jako obranný mechanismus ega. Ten však není nikterak produktivní, naopak je typický svým destruktivním účinkem, a to nejen pro svého nositele, ale i pro jeho okolí.

4 Diskuse

Předložená diplomová práce se věnuje unikátní zkušenosti pěti dospělých žen, které se ve svém životě potýkají s poruchou příjmu potravy. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů a pro jejich analýzu byla využita interpretativní fenomenologická analýza. Prostřednictvím analýzy bylo možné identifikovat společná témata respondentek, která současně představují klíčová zjištění provedeného kvalitativního výzkumu.

Prvním společným tématem zkoumaných žen je nefunkční rodinné prostředí a trauma. Zkušenost s traumatem se ukázala jako součást životní linky respondentek. První traumata se typicky projevují v raném dětství a dospívání respondentek v rámci rodinného prostředí a zahrnují fyzické, emoční a výchovné zanedbávání. Dvě respondentky se svěřily se zážitky, jež mají charakter sexuálního zneužití. Traumata se v jejich životě kumulují a postupně přetrvávají až do dospělosti, kdy mohou znamenat jeden z klíčových udržovacích faktorů PPP. Všechny respondentky mají svoji specifickou zkušenost s traumatem, jehož mechanismy následně ovlivnily její vztah k jídlu, tělu a sobě samé. Zaznamenání těchto zkušeností mě vede ke zdůraznění důležitosti poskytování podpory a terapie se speciálním důrazem na zvládání a postupné zpracování traumatu, pokud se v anamnéze nemocného objevuje.

Popsaná zjištění jsou v souladu s dosavadními studiemi, které se zabývají psychickým traumatem a jeho vlivem na vývoj PPP. Psychické trauma, vyvolané dlouhodobým stresem či jednorázově extrémní událostí, může narušit psychické a biologické adaptační mechanismy jedince. Je často spojeno s problémem v seberegulaci afektů a může být rizikovým faktorem pro vznik PPP. Také může být faktorem, který poruchu následně udržuje a brání jedinci v adekvátní léčbě. V práci byly zmíněny aktuální studie, které ukazují na silnou asociaci mezi prožitým traumatem a rozvojem PPP. Je důležité podotknout, že ne všechny osoby vystavené traumatu vyvinou PPP, ale trauma může zvýšit jejich celkové riziko. Představena je zde koncepce Papežové (2020), která se zaměřuje na vztah mezi problematikou transgeneračního přenosu traumatu a PPP. Tato koncepce zdůrazňuje

rostoucí potřebu inovací v léčebných postupech, a to zejména s ohledem na zapojení celého rodinného systému do terapie.

Vliv nefunkčního rodinného prostředí na PPP osvětluje koncept rodiny jako sociální dělohy, který na konci 90. let představují čeští autoři Chvála a Trapková (1995). Koncept představuje model rodinné terapie, který metaforicky využívá analogie biologického procesu vývoje plodu k pochopení transformací v rodině od narození dítěte až po jeho osamostatnění. PPP pak mohou být výsledkem poruch koordinace vývoje v rodinném systému a nedostatečného porozumění této příčině. Důležitost je přisuzována interakcím s rodiči, zejména v období sblížení s matkou a separace od ní a při podobně probíhajícím procesu ve vztahu s otcem. PPP jsou Chválou a Trapkovou interpretovány jako výsledek nezvládnutého sociálního porodu, který komplikuje celý rodinný systém. Představený koncept se ukazuje jako platný i v případě našich respondentek. O bulimické stagnaci lze hovořit v případě Venduly a Hanky. Vendulin otec je v jejím životním příběhu po většinu času nepřítomen, oproti tomu Hanka se svým otcem žije v jedné domácnosti. Ten se ale projevuje jako citově chladný a nedostupný, navíc s přemrštěnými nároky na své blízké. Nezáměr otců mohl v dcerách vzbudit pocity prázdnoty a vlastní neschopnosti, které mohly stát na počátku dívčích cest za dokonalostí (Corneau, 2010). Tento typ stagnace je možné zvažovat i u Radky, neboť svého otce označovala za agresivního. I když jí byl k dispozici, nedokázala ho přijmout. Klinický obraz Radčiny poruchy sice svými příznaky neodpovídá MB, objevuje se u ní však ritualizované chování, které zahrnuje nadužívání klystýrů a dalších „čisticích“ metod, které Chvála s Trapkovou (1998) považují za součást bulimické stagnace. Anorektickou stagnaci je možné identifikovat u Alžběty, přičemž pro to svědčí hned několik důkazů. Autoři konceptu sociální dělohy hovoří o pravidelné komplikaci, která doprovází anorektickou stagnaci, jež bývá emoční vyhladovělost matky vyplývající z neuspokojivého partnerství. Alžběta při rozhovoru zmiňuje dysfunkční vztah svých rodičů a následný přesun otcova zájmu na ni samotnou. Reakcí byla radikální redukce váhy, která měla sloužit k likvidaci sekundárních pohlavních tvarů (Chvála & Trapková, 1998). Ve jejím vyprávění je zároveň naznačena rodinná historie nezdravého vztahu k jídlu jak u matky, tak u otce. To se shoduje s tvrzením autorů (1998), že při pečlivém zkoumání je možné sledovat postupné zhoršování stavu z generace na generaci až do bodu, kdy se projeví zřetelná patologie.

V rámci analýzy vyprávění jednotlivých respondentek bylo dále možné identifikovat nedostatečné uspokojení základních vývojových potřeb, což může vést k různým mechanismům PPP. Tato nedostatečnost často vychází z primárních zkušeností v rodině, kde nedostatek podpory, pocitu bezpečí a sycení – to vše na doslovné i symbolické úrovni – vede ženy k vyhledávání substitučního způsobu uspokojení. Popsány jsou také konkrétní důsledky deficitních potřeb, které účastnice výzkumu pocítují, s současně je představena souvislost s jejich prožitky v dětství. Tyto důsledky zahrnují emocionální nestabilitu, ztrátu identity nebo narušení vztahových dynamik. Důležitým aspektem v této sekci je, aby primární pečovatelé pochopili svou roli, tzn. že by měli poskytovat vhodné prostředí pro zdravý vývoj jedince.

Vývojovými potřebami člověka se zabývali Albert Pessó a Diane Boyden-Pessoová (2009), zakladatelé komplexní psychoterapeutické metody Pessó Boyden System Psychomotor. PBSP klade důraz na jedince a na jeho tendenci dospět do stavu zralého a naplněného člověka. K dosažení tohoto stavu je nezbytné naplnit pět základních potřeb: potřebu místa, sycení, podpory, ochrany a limitů. Nedostatečné naplnění těchto potřeb může vést k následným deficitům, které mohou způsobit psychické obtíže v pozdějším životě jedince. Napříč těmito potřebami hraje zásadní roli interakce s primárními vlivy v dětství, které formují jedinečný psychický profil každého člověka. Narušení těchto potřeb může vést k různým neurotickým stavům a k problémům s interakcemi v dospělém životě. Nelze jednoznačně tvrdit, že tyto minulé zkušenosti zcela determinují budoucnost jedince, ale poskytují důležitý kontext pro pochopení současných obtíží jedince, zde konkrétně pro pochopení PPP, které se objevuje u dospělých žen.

Následujícím identifikovaným tématem, které se významně dotýká dotazovaných, je objektifikace. Ženy se potýkají s dlouhodobým působením sociokulturních faktorů, které vedou k objektifikaci jejich těl a vnímání vlastní hodnoty primárně skrze fyzický vzhled. Od útlého věku zažívají tlak okolí, které je otevřeně hodnotí a srovnává s nereálnými ideály krásy. Tento pohled na sebe sama ženy přijímají a podmiňují svoji hodnotu s dosažením "dokonalé" postavy. Během svého života s PPP projevují tendenci podřizovat svůj životní směr a úspěch dosažení určitého fyzického vzezření, neboť si tento stav přímo spojují se spokojeným partnerským i profesním životem a se svým sociálním postavením vůbec. Je

patrné, že externí validace a nedostatek pozitivní zpětné vazby od okolí mohou výrazně ovlivňovat jejich pocity nedostatečnosti a vést je k dalšímu destruktivnímu chování. Vzhledem k popsanému se pro terapeutické intervence dospělých žen s PPP jeví jako klíčové posílit jejich sebeúctu a oddělit vlastní hodnotu od fyzického vzhledu, aby mohly nacházet zdroje štěstí a úspěchu v sobě samých, nezávisle na vnějších normách a očekávání okolí.

Předložená zjištění jsou v souladu s teorií objektifikace (Frederickson & Roberts, 1997), která odhaluje způsob, jakým ženy vnímají svá těla a samy sebe ve společnosti, jež je často redukuje na pouhé sexuální objekty. Objektifikace se projevuje jak v mezilidských interakcích, tak v širším celospolečenském diskurzu. Tendence k objektifikaci žen je hluboce zakořeněna v kulturních normách a médiích, která vnášejí tento pohled do naší společnosti. Tento proces má řadu negativních psychologických důsledků, včetně pocitů studu, úzkosti a větší náchylnosti ke vzniku duševních poruch. Ženy jsou pod tlakem dostat nereálným standardům krásy a atraktivity, což je může vést k maladaptivním způsobům chování, jako jsou chronické držení diet a PPP.

Dalším důležitým zjištěním je to, že dospělé ženy s PPP často zažívají výrazný pocit izolace a osamění, který má kořeny v nedostatečném porozumění a empatii ze stran jejich sociálního okolí. Pod téma izolace spadají další dvě subtémata: *Osamění ve vztazích* a *Zklamání v odbornících*. Zkušenosti respondentek naznačují, že nezdědka dochází k bagatelizaci jejich obtíží, a dokonce i k přímému stigmatizujícímu chování, kvůli kterému jsou následné intervence kontraproduktivní. Výsledkem může být ztráta důvěry v odbornou pomoc, což může negativně ovlivnit průběh léčby a vést k prohlubování pocitů izolace a osamění. Na druhou stranu, setkávání se s lidmi, kteří sdílejí podobné zkušenosti a získávání peer podpory může být pro dospělé ženy s PPP velmi nápomocné. Z analýzy dat vyplývá, že tato forma podpory jim poskytuje pocit solidarity, porozumění a naděje.

Izolaci, kterou respondentky zažívají, lze interpretovat jako důsledek silné stigmatizace spojené s PPP. Jedinci s těmito poruchami se často setkávají s předsudky, stereotypy a nepochopením ze strany společnosti, což může vést k jejich sociálnímu vyloučení. Teoretické představení konceptu stigmatu přináší hlubší vhled do problematiky PPP a jejich vnímání ve společnosti. Tito jedinci mohou být vnímáni jako morálně slabí, nebezpeční nebo

mohou být považováni za viníky svého stavu. Stigma může vyústit v izolaci a nedostatečné porozumění, což komplikuje přístup k léčbě a podpoře. Konkrétní formy PPP jsou spojovány se specifickými stereotypy a předsudky, které ovlivňují jak chování okolí, tak i samotných jedinců s PPP.

Posledním identifikovaným tématem je sebedestrukce. Sebedestruktivní chování dospělých žen s PPP představuje významný aspekt jejich života. Všechny respondentky projevovaly své sebedestruktivní tendence odlišným způsobem, přičemž společné jim bylo nedostatečné uvědomění si tohoto chování a jeho důsledků. Jedná se o jejich vlastní způsob vyjádření nebo utlumení negativních emocionálních prožitků, jako jsou úzkost, deprese nebo pocity viny. I když se některé z respondentek snaží o léčbu a uzdravení, jejich sebedestruktivní tendence v jisté formě přetrvávají. Na tomto chování si také mohou vypěstovat určitou závislost, která jim následně znemožní nalézt zdravější způsoby vyrovnávání se se stresem a dalšími negativními pocity. Neuvědomovaná sebedestrukce může být jednou z významných překážek v procesu léčby a zotavení u dospělých žen s PPP.

Sebedestrukci u dospělých žen s PPP lze vnímat projev nezvládnutého pudu smrti. Pud smrti, koncept zavedený Freudem v psychoanalýze, spolu s pudem života, představuje základní stavební kameny lidské psychiky. Thanatos, jakožto inkarnace pudu smrti, reflektuje tendenci jedince směřovat k navrácení k neživému stavu, nejen fyzicky, ale i psychicky. Tato síla, přestože obvykle směřuje vně k agresi vůči ostatním, se může také obrátit dovnitř, vyvolávajíc sebedestruktivní chování. Lawrence (2019) a Gaynor (2015) zdůrazňují, že důležitým faktorem pro zvládnání této dynamiky je podpora a pozitivní zkušenosti v prostředí, ve kterém jedinec vyrůstá. Chybějící podpora v dětství může vést k internalizaci destruktivních aspektů pudů a k rozvoji PPP. Jedinec, který si onemocněním prochází, se může ocitnout v neustálém konfliktu s hlasem vnitřního superega, což vede k sebedestruktivnímu chování, jehož cílem je získat iluzorní kontrolu nad vlastní nedostatečností. Zmíněný psychoanalytický koncept ilustruje složitost lidské psychiky a zdůrazňuje důležitost porozumění a zvládnání sebedestruktivních tendencí, které u osob s PPP mohou vyplynout z konfliktu mezi pudem života a pudem smrti.

Esence fenoménu poruch příjmu potravy u dospělých žen spočívá v komplexní interakci mezi několika klíčovými tématy, kterými je *Nefunkční rodinné prostředí a trauma, Sycení základních potřeb zástupným způsobem, Objektifikace, Izolace a Sebedestrukce*. Nelze proto hovořit o jednoduchém omezení příjmu jídla či nadměrném cvičení, ale spíše o hluboce zakořeněných vzorcích chování, emocionálních prožitcích a sociálních interakcích, které formují žitou realitu dospělých žen s PPP. Abstrakce fenoménu spočívá v destruktivním cyklu, kde nepříznivé životní události a traumatizující zážitky vedou k nedostatečnému naplnění emocionálních a psychických potřeb, jenž následně vyvolá sklony k (sebe)objektifikaci, izolaci a sebedestrukci. Tento cyklus vede k prohlubování PPP a ztížení léčby a zotavení. Dospělé ženy s PPP se často potýkají dlouhodobými důsledky poruchy, které se projevují nejen ve vztahu k jídlu a tělu, ale i v jejich schopnosti navazovat uspokojivé sociální vztahy a nalézt smysl a hodnotu ve svém vlastním životě.

4.1 Limity výzkumu

U každého výzkumu je potřeba zmínit i jeho limity. Samotná metoda IPA použitá v této práci bývá terčem kritiky, a to primárně kvůli způsobu interpretace výsledků. Některé zdroje metodu zpochybňují i pro svoji malou objektivitu a diskutabilní vědeckost (Giorgi, 2011).

Limity mohou vycházet jak ze strany výzkumníka, tak ze strany respondentů. Jako autorka této práce jsem byla zaměstnána v Centru Anabell, a tak mé předchozí znalosti o problematice PPP mohly mít vliv na objektivitu výzkumu. Současně respondentky, které využívaly služby centra, mohly předpokládat moji znalost tématu a záměrně vynechat některé podstatné informace ve svém vyprávění. Stejně tak jsem mohla být jako výzkumník zatížena minulými zkušenostmi s jinými dospělými ženami s PPP, se kterými jsem se setkala v rámci mé pracovní pozice v Centru Anabell.

Další limit může spočívat menší homogenitě vzorku. Respondentky se liší v typu PPP, se kterým se potýkají a mezi nejmladší a nejstarší respondentkou je věkový rozdíl 17 let. Odlišnosti mezi zkoumanými ženami mohou ovlivnit jejich zkušenosti a reakce na danou problematiku. Větší rozmanitost ve vzorku může také ztěžovat generalizaci výsledků na širší populaci dospělých žen s PPP a vyžaduje opatrnější interpretaci výzkumných zjištění.

4.2. Implikace pro další výzkum a využití v praxi

Na provedenou studii by bylo možné navázat prostřednictvím rozšíření výzkumného vzorku a provedením longitudinálního výzkumu zaměřeného na představený fenomén. Dlouhodobější zkoumání má potenciál umožnit lepší identifikaci specifík, jež ovlivňují trvání PPP v dospělosti a míru chronicity symptomů. Tento přístup by otevřel cestu k podrobnějšímu zaměření na individuální, sociální i ekologické komponenty životů dospělých žen s PPP, což by následně umožnilo identifikaci podpůrných faktorů v procesu zotavení, jakož i faktorů, které PPP udržují a brání ženám v úplném vyléčení. Dalším předmětem zájmu budoucích studií by mohlo být užší zaměření na dospělé ženy s PPP, jejichž porucha vznikla až ve středním věku, s cílem pojmenovat klíčové faktory a mechanismy, které mohou přispět k vzniku těchto poruch v pozdějším životě.

Zjištění obsažená v této diplomové práci mohou představovat hodnotný přínos v oblasti prevence, podpory a léčby PPP u dospělých žen. Mohou posloužit k informování odborných pracovníků, kteří přicházejí do kontaktu s touto cílovou skupinou. Je nezbytné, aby tito pracovníci disponovali hlubší znalostí specifických charakteristik PPP u dospělých žen a byli schopni poskytnout terapeutickou intervenci odpovídající individuálním potřebám těchto osob. Měli by se také stát aktivními účastníky procesu postupné destigmatizace PPP u žen ve středním věku a zajistit jim přístup ke stávajícím léčebným postupům. Díky tomu by se mohla následně zvýšit dostupnost a efektivita léčby pro tuto věkovou skupinu.

Tato studie může představovat cenný přínos i pro samotné respondentky. Zamyšlení se nad položenými otázkami a prozkoumání vlastních schopností jim mohlo pomoci hlouběji pochopit samy sebe a posílit jejich odhodlání v hledání léčby a uzdravení.

Závěr

Tato diplomová práce se věnuje problematice fenoménu poruch příjmu potravy u dospělých žen. Nejprve byl za pomoci studia relevantní literatury předložen přehled jednotlivých PPP a současného poznání v kontextu výskytu těchto poruch u žen ve středním věku. Cílem práce bylo proniknout do jedinečné zkušenosti žen žijících s PPP, jež často přetrvává jako dlouhodobý až chronický stav, který ovlivňuje stěžejní aspekty jejich života. K dosažení tohoto cíle byla použita interpretativní fenomenologická analýza, a to prostřednictvím sběru dat metodou polostrukturovaných rozhovorů s ženami ve věku 35+, které mají ve svém životě zkušenost s PPP.

Výsledkem prezentovaného výzkumu je svědectví o zkušenosti dospělých žen s PPP. Nejprve jsou tyto zkušenosti prezentovány z pohledu každé jednotlivé ženy prostřednictvím "portrétu", v němž jsou reflektována hlavní témata rozhovoru doplněná citacemi. Následuje druhá perspektiva, kondenzovaná do pěti klíčových témat, která byla následně konfrontována s teoretickými koncepty a dosavadními výzkumy. Identifikovaná témata jsem pojmenovala *Nefunkční rodinné prostředí a trauma, Sycení základních potřeb zástupným způsobem, Objektifikace, Izolace a Sebedestrukce*.

Závěrečnou část bych ráda věnovala těm, které byly průběhu psaní tohoto textu nazývány respondentkami, participantkami nebo informantkami. Z mého pohledu se jedná o jedinečné ženy, s nimiž jsem prožila autentická a hluboká lidská setkání. Jejich odvaha, otevřenost a důvěra, kterou mi projevovaly, ve mě zanechaly výrazný dojem. Rozhovory s nimi byly protkány pasážemi, během nichž jsem společně s nimi zažívala pocity beznaděje, které vyplývají z nedostupnosti adekvátní odborné péče a neochoty okolí naslouchat jejich potřebám. Podobně jako Alžběta, i já si přeji, aby prevalence poruch příjmu potravy směřovala k minimu. Díky za možnost nahlédnout do Vašeho světa, držím Vám palce.

Seznam použitých informačních zdrojů

American Psychological Association. (2020). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th ed.). <https://doi.org/10.1037/0000165-000>

Angermeyer, M.C., Mnich, E., Daubmann, A., Herich, L., Wegscheider K., Kofahl C., & Knesebeck, O. v. d. (2013). Biogenetic explanations and public acceptance of people with eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(10), 1667–1673. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0648-9>

Azzi, V., Hallit, S., Malaeb, D., Obeid, S., & Brytek-Matera, A. (2021). Drunkorexia and Emotion Regulation and Emotion Regulation Difficulties: The Mediating Effect of Disordered Eating Attitudes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(5), 2690. MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052690>

Bartky, S. L. (1990). *Femininity and domination: Studies in the phenomenology of oppression*. Routledge.

Bartrina, J. A. (2007). Orthorexia or when a healthy diet becomes an obsession. *Archivos latinoamericanos de nutricion*, 57(4), 313–315.

Blatný, M. (Ed.). (2016). *Psychologie celoživotního vývoje*. Karolinum.

Book, K. (2023). Eating Disorders Later in Life. *Eating Disorders Review*, 34(2), 4.

Brauhardt, A., Rudolph, A., Hilbert, A. (2014). Implicit cognitive processes in binge-eating disorder and obesity. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 45(2), 285–290. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.01.001>

Brewerton T. D. (2007). Eating disorders, trauma, and comorbidity: focus on PTSD. *Eating disorders*, 15(4), 285–304. <https://doi.org/10.1080/10640260701454311>

Calzo, J. P., Blashill, A. J., Brown, T. A., & Argenal, R. L. (2017). Eating Disorders and Disordered Weight and Shape Control Behaviors in Sexual Minority Populations. *Current Psychiatry Reports*, 19(8). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0801-y>

Cooper, Z., & Dalle Grave, R. (2017). Eating disorders: Transdiagnostic theory and treatment. In S. G. Hofmann & G. J. G. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (pp. 337–357). Elsevier Academic Press.

Corneau, G. (2010). *Anatomie lásky: vztahy otec–dcera, matka–syn a jejich vliv na budoucí partnerské vztahy* (4. vyd.). Portál.

Cumella, E. J., & Kally, Z. (2008). Profile of 50 women with midlife-onset eating disorders. *Eating Disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 16(3), 193–203. <https://doi.org/10.1080/10640260802016670>

Darwin, C. (1965). *The expression of emotion in man and animals*. University of Chicago Press.

Davis, I. P. (1985). *Adolescents. Theoretical and Helping Perspectives*. Kluwer-Nijhoff Publishing.

de Beauvoir, S. (1952). *The second sex*. Knopf.

Dunn, T. M., & Bratman, S. (2016). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating Behaviors*, 21, 11–17. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2015.12.006>

Ebnetter, D. S., & Latner, J. D. (2013). Stigmatizing attitudes differ across mental health disorders: a comparison of stigma across eating disorders, obesity, and major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 201(4), 281–285. <https://doi.org/10.1097/nmd.0b013e318288e23f>

Ebnetter, D. S., Latner, J. D., O'Brien, K. S. (2011). Just world beliefs, causal beliefs, and acquaintance: associations with stigma toward eating disorders and obesity. *Personality and Individual Differences*, 51(5), 618–622. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2011.05.029>

Emery, R. L., Yoon, C., Mason, S. M., & Neumark-Sztainer, D. (2021). Childhood maltreatment and disordered eating attitudes and behaviors in adult men and women: Findings from project EAT. *Appetite*, 163, 105224. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2021.105224>

Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: A practical guide. *Proceedings of the Nutrition Society*, 63(4), 647–653. <https://doi.org/10.1079/pns2004398>

Feldman, M. (2000). Some views on the manifestation of the death instinct in clinical work. *The International Journal of Psychoanalysis*, 81(1), 53–65. <https://doi.org/10.1516/0020757001599528>

Fitzsimmons-Craft, E. E. (2017). Eating disorder-related social comparison in college women's everyday lives. *International Journal of Eating Disorders*, 50(8), 893–905. <https://doi.org/10.1002/eat.22725>

- Fredrickson, B. L., & Roberts, T.-A. (1997). Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks. *Psychology of Women Quarterly*, 21(2), 173–206. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1997.tb00108.x>
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>
- Gayonor, F. (2015). *The psychoanalytic understanding of anorexia nervosa and the therapeutic response* [Higher Diploma in Arts in Counselling and Psychotherapy].
- Giorgi, A. (2011). IPA and science: A response to Jonathan Smith. *Journal of Phenomenological Psychology*, 42(2), 195–216
- Goffman, E. (1963). *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. Penguin Books.
- Gorrell, S., & Murray, S. B. (2019). Eating Disorders in Males. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 28(4), 641–651. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2019.05.012>
- Grilo, C. M., White, M. A., & Masheb, R. M. (2008). DSM-IV psychiatric disorder comorbidity and its correlates in binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 228–234. <https://doi.org/10.1002/eat.20599>
- Halmi, K. (1994). A multimodal model for understanding and treating eating disorders. *Journal of Women's Health*, 3(6), 487–493. <https://doi.org/10.1089/jwh.1994.3.487>
- Håman, L., Barker-Ruchti, N., Patriksson, G., & Lindgren, E.-C. (2015). Orthorexia nervosa: An integrative literature review of a lifestyle syndrome. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1), 26799. <https://doi.org/10.3402/qhw.v10.26799>
- Hay, P., Touyz, S., & Sud, R. (2012). Treatment for severe and enduring anorexia nervosa: a review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 46(12), 1136–1144. <https://doi.org/10.1177/0004867412450469>
- Hebebrand, J., & Bulik, C. M. (2010). Critical appraisal of the provisional DSM-5 criteria for anorexia nervosa and an alternative proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 44(8), 665–678. <https://doi.org/10.1002/eat.20875>
- Hendl, J. (2016). *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace* (Čtvrté, přepracované a rozšířené vydání) [Computer software]. Portál.

Hilbert, A. (2019). Binge-Eating Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 42(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.10.011>

Hill, L., Peck, S., Wierenga, C., & Kaye, W. (2016). Applying neurobiology to the treatment of adults with anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 31. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0119-x>

Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389–394. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>

Hsu, L. K. G. (1990). *Eating disorders*. Guilford Press.

Chvála, V., & Trapková, L. (2014). Je každé setkání lékaře s rodinou rodinná terapie? *Psychiatrii pro praxi*, 15(1), 31–34.

Chvála, V., & Trapková, L. (1995). Sociální děloha (Vývoj sexuality v rodině a nemoc). *Kontext*, XI(4), 5–11.

Chvála, V., & Trapková, L. (1998). Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému. *Česká a slovenská psychiatrie*, 94(5), 252–262.

Chvála, V., & Trapková, L. (2004). *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Portál.

Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí: kategorie, projevy a specifika odborné péče*. Grada Publishing.

Johansson, A.-K., Mjanger Øvretvedt, T., Reinholtsen, K. K., & Johansson, A. (2022). Eating Disorders: An Analysis of Self-Induced Vomiting, Binge Eating, and Oral Hygiene Behavior. In R. Amaral Mendes (Ed.), *International Journal of Clinical Practice* (Vol. 2022, pp. 1–7). Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2022/6210372>

Jordan, J., McIntosh, V. V. W., Carter, J. D., Rowe, S., Taylor, K., Frampton, C. M. A., McKenzie, J. M., Latner, J., & Joyce, P. R. (2013). Bulimia nervosa-nonpurging subtype: Closer to the bulimia nervosa-purging subtype or to binge eating disorder? *International Journal of Eating Disorders*, 47(3), 231–238. <https://doi.org/10.1002/eat.22218>

Keel, P. K., Baxter, M. G., Heatherton, T. F., & Joiner, T. E. (2007). A 20-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(2), 422–432. <https://doi.org/10.1037/0021-843x.116.2.422>

- Kipman, A., Gorwood, P., Mouren-Siméoni, M., & Adès, J. (1999). Genetic factors in anorexia nervosa. *European Psychiatry, 14*(4), 189–198. [https://doi.org/10.1016/s0924-9338\(99\)80741-x](https://doi.org/10.1016/s0924-9338(99)80741-x)
- Knight, A., Castelnovo, G., Pietrabissa, G., Manzoni, G. M., & Simpson, S. (2017). Drunkorexia: An Empirical Investigation among Australian Female University Students. *Australian Psychologist, 52*(6), 414–423. <https://doi.org/10.1111/ap.12212>
- Koutek, J., & Kocourková, J. (2007). *Sebevražedné chování* (2. vyd.). Portál.
- Koutná Kostínková, J. & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Řiháček, T. - Čermák, I. - Hytych, R. a kolektiv, *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*, Brno: Masarykova univerzita, s. 9-43.
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd.). Grada Publishing.
- Krch, F. D. (2008). *Bulimie: jak bojovat s přejídáním* (3., dopl. a přeprac. vyd.). Grada Publishing.
- Krug, I., Giles, S., & Paganini, C. (2019). Binge eating in patients with polycystic ovary syndrome: prevalence, causes, and management strategies. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 15*, 1273–1285. <https://doi.org/10.2147/ndt.s168944>
- Kviatkovská, K., Albrecht, J., & Papežová, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a slovenská psychiatrie, 112*(6), 275–279.
- Lapid, M. I., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E., Sutor, B., & Rummans, T. A. (2010). Eating disorders in the elderly. *International psychogeriatrics, 22*(4), 523–536. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000104>
- Larkin, M., Watts, S., & Clifton, E. (2006). Giving voice and sense making in interpretative phenomenological analysis. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 102–120. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1191/1478088706qp062oa>
- Lawrence, M. (2019). *The Anorexic Mind*. Routledge.
- Lebedová, Z. (2012). Pohled na základní vývojové potřeby člověka z hlediska PBSP. In M. Šamánková, Z. Lebedová, J. Víchová, T. Koláčná, & H. Jirků (Eds.), *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci z hlediska ošetřovatelského procesu* (s. 11). Grada Publishing.
- Lerner, R. M., Orlos, J. B., & Knapp, J. R. (1976). Physical attractiveness, physical effectiveness and self-concept in late adolescents. *Adolescence, 11*(43), 313–326.

- Luca, A., Luca, M., & Calandra, C. (2015). Eating Disorders in Late-life. *Aging and Disease*, 6(1), 48–55. <https://doi.org/10.14336/ad.2014.0124>
- Macek, P. (1999). *Adolescence: psychologické a sociální charakteristiky dospívajících*. Portál.
- Maier, A., Ernst, J.-P., Müller, S., Gross, D., Zepf, F. D., Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U. (2014). Self-perceived stigmatization in female patients with anorexia nervosa—results from an explorative retrospective pilot study of adolescents. *Psychopathology*, 47(2), 127–132. <https://doi.org/10.1159/000350505>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H., Rupp, C., Kemmler, G., Pope, H., & Kinzl, J. (2013). The menopausal transition—a possible window of vulnerability for eating pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 46(6), 609–616. <https://doi.org/10.1002/eat.22157>
- Mangweth-Matzek, B., Kummer, K. K., & Hoek, H. W. (2023). Update on the epidemiology and treatment of eating disorders among older people. *Current Opinion in Psychiatry*, 36(6), 405–411. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000893>
- Marádová, E. (2007). *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí.
- Marino, J. M., Ertelt, T. E., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Lancaster, K., Mitchell, J. E., Fischer, S., Doyle, P., Le Grange, D., Peterson, C. B., & Crow, S. (2009). Caffeine, artificial sweetener, and fluid intake in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42(6), 540–545. <https://doi.org/10.1002/eat.20633>
- McGregor, R. (2017). *Orthorexia: When healthy eating goes bad*. Nourish.
- McHan, A., In: YouTube [online]. 14. 10. 2019 [cit. 2024-04-7] Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=7VZNGgDjsMo>
- McLean, S. A., Paxton, S. J., Massey, R., Hay, P. J., Mond, J. M., & Rodgers, B. (2014). Stigmatizing attitudes and beliefs about bulimia nervosa: gender, age, education and income variability in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 47(4), 353–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22227>
- Mehler, P. S. (2003). Bulimia Nervosa. *New England Journal of Medicine*, 349(9), 875–881. <https://doi.org/10.1056/nejmcp022813>

Mills, J. (2006). Reflections on the death drive. *Psychoanalytic Psychology*, 23(2), 373–382. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0736-9735.23.2.373>

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada Publishing.

Mond, J. M., & Arrighi, A. Perceived acceptability of anorexia and bulimia in women with and without eating disorder symptoms. *Australian Journal of Psychology*, 64(2), 108–117. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1111/j.1742-9536.2011.00033.x>

Nagata, J. M., Ganson, K. T., & Austin, S. B. (2020). Emerging trends in eating disorders among sexual and gender minorities. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 562–567. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000645>

Nevonen, L., & Broberg, A. G. (2000). The emergence of eating disorders: An exploratory study. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 279–292. [https://doi.org/10.1002/1099-0968\(200008\)8:4<279::AID-ERV348>3.0.CO;2-J](https://doi.org/10.1002/1099-0968(200008)8:4<279::AID-ERV348>3.0.CO;2-J)

Niedzielski, A., & Kaźmierczak-Wojtaś, N. (2021). Prevalence of Orthorexia Nervosa and Its Diagnostic Tools—A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(10), 5488. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105488>

Noordenbos, G. (2011). Which criteria for recovery are relevant according to eating disorders patients and therapist? *Eating Disorders*, 19, 441–451. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.618738>

Nørreklit, L. (2006). The double hermeneutics of life world: A perspective on the social dialowue and interpretation. *Philosophy and Science Studies*, 5, 1–12.

Ocisková, M., & Praško, J. (2015). *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Grada Publishing.

Oh, J., & Kim, S. (2023). The relationship between psychological distress and the health-related quality of life of middle-aged korean females: a serial mediation model. *BMC Nursing*, 22, 132. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2450215/v1>

Oluyori, T. I. (2014). *Shame, Guilt and Eating Disorders: An Interpretative Phenomenological Analysis* [Doctoral dissertation, University of Manchester].

Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Grada Publishing.

Papežová, H. (2020). Poruchy příjmu potravy, Transgenerační přenos a trauma. *Česká a slovenská psychiatrie*, 116(4), 197–204.

Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy. Příručka pro pomáhající profese*. Univerzita Karlova v Praze & Togga.

Papežová, H. a kol., In: YouTube [online]. 27. 11. 2018 [cit. 2024-04-7] Dostupné z: <https://www.youtube.com/watch?v=3bEIKKls9nM&t=1s>

Pearl, R. L., White, M. A., & Grilo, C. M. (2013). Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. *Obesity*, 22(5), E142–E148. <https://doi.org/10.1002/oby.20617>

Pesso, A., Boyden-Pesso, D., & Winnette, P. (2009) *Úvod do Pesso Boyden System Psychomotor: PBSP jako terapeutický systém v kontextu neurobiologie a teorie attachmentu*. Sdružení SCAN.

Preiss, M., & Vizinová, D. (Eds.). (2023). *Transgenerační přenos: trauma a odolnost*. Grada Publishing.

Pringle, J., Drummond, J., McLafferty, E., & Hendry C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: A discussion and critique. *Nurse Researcher*, 18(3), 20–24. <https://doi.org/10.7748/nr2011.04.18.3.20.c8459>

Rabito-Alcón, M. F., Baile, J. I., & Vanderlinden, J. (2021). Mediating Factors between Childhood Traumatic Experiences and Eating Disorders Development: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 8(2), 114. <https://doi.org/10.3390/children8020114>

Ramacciotti, C. E., Perrone, P., Coli, E., Burgalassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell’Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: A preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and Weight Disorders – Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), e127–e130. <https://doi.org/10.1007/bf03325318>

Roberts, TA. (2015). Objectification Theory Model of Eating Disorders. In: Wade, T. (eds) *Encyclopedia of Feeding and Eating Disorders*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-287-087-2_34-1

Rodgers, R., Berry, R., & Laveway, K. (2022). Body image concerns and disordered eating among older women: identifying variables of interest for integrated models. *International Journal of Eating Disorders*, 55(7), 886–891. <https://doi.org/10.1002/eat.23685>

- Rodin, J., Silberstein, L., & Striegel-Moore, R. H. (1984). Women and weight: A normative discontent. In T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation 1984: Psychology and gender* (pp. 267–307). University of Nebraska Press.
- Rohde, P., Stice, E., Shaw, H., Gau, J. M., & Ohls, O. C. (2017). Age effects in eating disorder baseline risk factors and prevention intervention effects. *International Journal of Eating Disorders*, *50*(11), 1273–1280. <https://doi.org/10.1002/eat.22775>
- Rousseau, A., Callahan, S., & Chabrol, H. (2012). Representations and beliefs about eating disorders in a sample of French adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, *45*(2), 247–251. <https://doi.org/10.1002/eat.20887>
- Salarian Kaleji, Z., Poursharifi, H., Dolatshahi, B., & Momeni, F. (2021). The Link Between External and Internal Body-Image Shame and Binge Eating in Men and Women: The Mediating Role of Self-criticism. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, *15*(4). Briefland. <https://doi.org/10.5812/ijpbs.114288>
- Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *1*(1), 39–54. <https://doi.org/10.1191/1478088704qp004oa>
- Smith, J. A. (2011). Evaluating the contribution of interpretative phenomenological analysis. *Health Psychology Review*, *5*(1), 9–27. <https://doi.org/10.1080/17437199.2010.510659>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2003). Interpretative phenomenological analysis. In J. A. Smith (Ed.), *Qualitative psychology: A practical guide to research methods* (pp. 53–80). Sage.
- Smith, J.A. and Osborn, M. (2008) Interpretative Phenomenological Analysis. In: Smith, J.A., Ed., *Qualitative Psychology: A Practical Guide to Research Methods*, Sage, London, 53-80. <http://dx.doi.org/10.1002/9780470776278.ch10>
- Smith, J. A., & Osborn, M. (2015). Interpretative phenomenological analysis as a useful methodology for research on the lived experience of pain. *British journal of pain*, *9*(1), 41–42. <https://doi.org/10.1177/2049463714541642>
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*. Sage Publications.
- Smith, J.A., Jarman, M. and Osborn, M. (1999) Doing interpretative phenomenological analysis. In: Murray, M. and Chamberlain, K., Eds. *Qualitative Health Psychology: Theories and Methods*. Sage, London. 218-241. <https://dx.doi.org/10.4135/9781446217870.n14>

Stice, E., & Shaw, H. (1994). Adverse effects of the media portrayed thin-ideal on women and linkages to bulimic symptomatology. *Journal of Social and Clinical Psychology, 13*(3), 288–308. <https://doi.org/10.1521/jscp.1994.13.3.288>

Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Shaw, H. (2009). An effectiveness trial of a dissonance-based eating disorder prevention program for high-risk adolescent girls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77*(5), 825–834). <https://doi.org/10.1037/a0016132>

Strother, E., Lemberg, R., Stanford, S. C., & Turberville, D. (2012). Eating Disorders in Men: Underdiagnosed, Undertreated, and Misunderstood. *Eating Disorders, 20*(5), 346–355. <https://doi.org/10.1080/10640266.2012.715512>

Tagay, S., Schlottbohm, E., Reyes-Rodriguez, M. L., Repic, N., & Senf, W. (2014). Eating disorders, trauma, PTSD, and psychosocial resources. *Eating disorders, 22*(1), 33–49. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.857517>

Tagay, S., Schlegl, S., & Senf, W. (2010). Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association, 18*(2), 124–132. <https://doi.org/10.1002/erv.972>

Theander, S. (1992). Chronicity in Anorexia Nervosa: Results from the Swedish Long-Term Study. In W. Herzog, H. C. Deter, & W. Vandereycken (Eds.), *The Course of Eating Disorders* (pp. 214–227). Springer.

Thiel, A., Jacobi, P., & Paul, T. (2006). *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. Vydavatelstvo F.

Thompson, K. A., & Bardone-Cone, A. M. (2019). Disordered eating behaviors and attitudes and their correlates among a community sample of older women. *Eating behaviors, 34*, 101301. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2019.05.004>

Thompson-Memmer, C., Glassman, T., & Diehr, A. (2018). Drunkorexia: A new term and diagnostic criteria. *Journal of American College Health, 67*(7), 620–626. <https://doi.org/10.1080/07448481.2018.1500470>

Thorová, K. (2015). *Vývojová psychologie: proměny lidské psychiky od početí po smrt*. Portál.

Vodáčková, D. (2020). *Krizová intervence* (4., aktualiz. vyd.). Portál.

Willig, C. (2001). *Introducing qualitative research in psychology: Adventures in theory and methods*. Open University Press.

World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.).

Yılmaz, H., Karakuş, G., Tamam, L., Demirkol, M. E., Namlı, Z., & Yeşiloğlu, C. (2020). Association of Orthorexic Tendencies with Obsessive-Compulsive Symptoms, Eating Attitudes and Exercise. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, *16*, 3035–3044. <https://doi.org/10.2147/ndt.s280047>

Zelkowitz, R. L., Zerubavel, N., Zucker, N. L., & Copeland, W. E. (2021). Longitudinal associations of trauma exposure with disordered eating: Lessons from the Great Smoky Mountains Study. *Eating Disorders*, *29*(3), 208–225. <https://doi.org/10.1080/10640266.2021.1921326>

Zerbe, K. (2003). Eating Disorders in Middle and Late Life: A Neglected Problem. *Primary Psychiatry*, *10*(6), 80–82.

Seznam příloh

Příloha 1 – Souhlas s provedením výzkumu

Centrum Anabell, z. ú.
Masarykova 506/37
Brno, 602 00
Zastoupen Mgr. Evou Slezákovou, ředitelkou

Souhlas s provedením výzkumu

Na základě žádosti **Bc. Jany Zachové** (nar. 4.8.1999; bydlištěm Mánesova 1209, Strakonice 38601) ze dne 13.11.2023 o provedení kvalitativního výzkumu k diplomové práci na téma „Dospělé ženy s poruchou příjmu potravy“, uděluji souhlas za těchto podmínek:

- Osloveni budou pouze ti klienti Centra Anabell, kteří nejsou v přímé péči výše jmenované Bc. Jany Zachové
- Respondenti budou informováni o výzkumu, jeho účelu, průběhu, nakládání s daty v dostatečném rozsahu a takovým způsobem, aby se mohli svobodně rozhodnout o svojí účasti či neúčasti.
- Rozhovory budou anonymní
- Respondenti mohou z výzkumu odstoupit, jejich data nebudou následně využita a budou smazána.

V Brně dne 15.11.2023

