

Pražská vysoká škola psychosociálních studií

Písomná práca k bakalárskej skúške

Vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine

Arlethová Patricie

Studijní obor:

**Sociální práce se zaměřením
na komunikaci a aplikovanou
psychoterapii**

Vedúci práce:

**Mgr. Jan Kulhánek
a MUDr. PhDr. Jan Poněšický**

2008

Prehlásenie

Prehlasujem, že som túto písomnú prácu k bakalárskej skúške vypracovala samostatne a citujem v nej všetky pramene, ktoré som použila.

V Prahe dňa 19.8.2008

.....

Pod'akovanie

Ďakujem Mgr. Janu Kulhánkovi za odborné vedenie mojej bakalárskej práce, za podporu a pomoc pri jej tvorbe, za trpezlivosť a prejavenu láskavosť. Moje ďakujem rovnako patrí MUDr. PhDr. Janu Poněšickému za vedenie mojej práce a za konzultácie, ktoré sa mi stali veľkou inšpiráciou.

Veľké ďakujem chcem tiež prejať PhDr. Jiřímu Jakubů, ktorý ma doviedol k poznaniu, že za krátky čas nie je možné dosiahnuť dokonalosti. Potom tiež ďakujem Mgr. Magdalene Kořovej za dodanie nádeje v kritických momentoch.

A predovšetkým ďakujem všetkým klientom, ktorí mi umožnili vstúpiť do ich vnútorného sveta...

Obsah

Úvod	5
1 Poruchy príjmu potravy	7
1.1 Všeobecne o poruchách príjmu potravy	7
1.2 Mentálna anorexia	8
1.2.1 Atypická mentálna anorexia	12
1.3 Mentálna bulímia	12
1.3.1 Atypická mentálna bulímia	14
2 Prehľad teoretických prístupov	16
2.1 Systemický rodinný teoretický prístup	16
2.2 Kognitívne - behaviorálny teoretický prístup	17
2.3 Psychoanalytický teoretický prístup	18
2.4 Poruchy príjmu potravy ako psychosomatické ochorenie	19
3 Faktory spôsobujúce poruchy príjmu potravy	23
3.1 Biologické faktory	24
3.1.1 Genetika	24
3.1.2 Fyziológia	24
3.2 Psychosociálne faktory	25
3.2.1 "Zdravá" rodina	27
3.2.1.1 Prenatálne obdobie	30
3.2.1.1.1 Tehotenstvo	30
3.2.1.1.2 Od počatia po narodenie	31
3.2.1.2 Postnatálne obdobie	34
3.2.1.3 Sociálna dĺžka a sociálny pôrod	37
3.2.2 Rodina s poruchou príjmu potravy	40

3.2.2.1 Mentálna anorexia a rodina	43
3.2.2.2 Mentálna bulímia a rodina	44
4 Príčina vzniku poruchy príjmu potravy	46
4.1 Koncept rizikovej mládeže	46
4.1.1 Skorá orálna fáza	47
4.1.2 Neskorá orálna fáza	48
4.1.3 Skorá falická fáza	49
4.1.4 Obdobie latencie	49
4.2 Vznik mentálnej bulímie	51
5 Kazuistika dievčaťa s mentálnou bulímiou	55
5.1 Kazuistika Sandry	55
5.2 Rodinná anamnéza sprostredkovaná pohľadom Sandry	58
5.3 Komentár	59
6 Diskusia	61
Záver	63
Literatúra	64

Úvod

Témou mojej bakalárskej práce je vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine. Prečo som si vybrala práve túto tému? Predovšetkým je to téma, ktorá ma oslovuje svojou „tajomnosťou“. Napriek tomu, že mentálna bulímia vzniká ako dôsledok mnohých faktorov, tzv. bio-psycho-sociálnych faktorov, doposiaľ sa nenašla jednoznačná teória o jej príčine. Stále je tu voľný priestor, ktorý by som svojou prácou chcela aspoň z časti vyplniť.

Počas štúdia na Pražskej vysokej škole psychosociálnych štúdií som mala možnosť a zároveň aj povinnosť vykonávať prax v rozličných sociálnych a psychoterapeutických zariadeniach. Súčasťou štúdia je psychoterapeutický výcvik, vďaka ktorému som mohla vykonávať stáž v oblasti psychoterapie.

Najprínosnejšia a zároveň najvýznamnejšia bola pre mňa stáž v občianskom združení Anabell, kde som sa dostala do priameho kontaktu s klientkami. Počas dvoch rokov praxe mi bolo umožnené podieľať sa na širokom spektre činností spojených s poslaním kontaktného centra Anabell. Od poskytovania sociálnych služieb a poradenstva, až po účasť na svojpomocnej skupine. Detailne som sa oboznámila s činnosťou centra a získala veľa skúseností od personálu a klientov.

Ďalšia, veľmi cenná a obohacujúca prax nielen v oblasti porúch príjmu potravy, prišla v treťom ročníku. Vo Všeobecnej fakultnej nemocnici na detskom stacionári psychiatrickej kliniky som sa podieľala pod supervíznym vedením PhDr. V. Masákovéj na vytváraní programu. Zahrňoval činnosti od vedenia komunit, skupín, cez relaxáciu, až po individuálnu terapiu. Medzi klientmi sa často vyskytovali dievčatá s poruchou príjmu potravy. Pretože skupina nebola špecializovaná iba na poruchy príjmu potravy, tak prevažovali témy spojené s rodičmi, partnerskými a priateľskými vzťahmi, nad témami spojenými so stravovacími návykmi. Klientky mi

sprostredkovali nový pohľad na poruchy príjmu potravy a priviedli ma k hlbšiemu zamysleniu sa nad ich príčinou.

Často sa hovorí o poruchách príjmu potravy ako o „módnych chorobách“. Tento pohľad nezdieľam, ba naopak. Jedná sa o ochorenia fyzickej, psychickej a emocionálnej stránky človeka.

Z mojich skúsenosti získaných počas štúdií sa ukazuje, že rodina, rodičovská výchova, vzťah matky a dcéry, otca a dcéry, inými slovami rodinná konštelácia, patrí medzi najmocnejší rizikový faktor. Doposiaľ nie je známa jediná príčina, väčšinou sa jedná o súhrn viacerých okolností, tak cieľom mojej práce je poukázať na význam rodiny a výchovy, ako na faktor, na rizikový faktor, na príčinu vzniku mentálnej bulímie.

„Odvaha byť je odvahou prijať seba samého ako prijatého navzdory svojej neprijateľnosti“ (Tillich, 2004, s. 108).

Dievča ocitajúce sa v rodinnej konštelácii, ktorú musí prijať, neschopné nájsť slová k tomu, aby povedalo to, čo cíti, robí na sebe to, čo nie je možné dosiahnuť komunikáciou, nahrádza to činnosťou, ktorá je opačná než jej potreba, a zároveň zameraná proti nej samotnej - neprijateľnej.

Ja dúfam, že navzdory neprijateľnosti tejto práce, môže byť, bude, jej zámer prijateľný...

1 Poruchy príjmu potravy

V tejto kapitole sa budeme venovať tak ako napovedá jej názov, poruchám príjmu potravy. Budeme predovšetkým vychádzať z desiatej revízie medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN-10). Pokúsime sa čitateľa zoznámiť s tým, čo poruchy príjmu potravy sú, čo prinášajú, ako sa prejavujú a taktiež, kedy sa už o poruchy príjmu potravy nejedná.

Vzhľadom na to, že mentálna anorexia úzko súvisí s mentálnou bulímiou (jednotlivé formy sa od seba praveľmi nelíšia, majú spoločné nekončiacie myšlienky na jedlo, telesnú hmotnosť a taktiež činnosti, ktoré boli prirodzené sú tabuizované¹), vo väčšine prípadov mentálnu bulímiu predchádza, alebo sa jednotlivé fázy striedajú a kombinujú. V práci budeme preberať obe tieto ochoreniach spoločne s prihliadnutím na rozdiely v symptomatike, ktorej komplexnosť umožňuje demonštrovať typické psychosomatické charakteristiky mentálnej bulímie. Budeme sa venovať tým charakteristikám a faktorom mentálnej anorexie, bez ktorých by sa o mentálnej bulímii ťažko písalo.

1.1 Všeobecne o poruchách príjmu potravy

V medzinárodnej klasifikácii chorôb (MKN-10) nájdeme poruchy príjmu potravy pod behaviorálnymi syndrómami spojenými s fyziologickými poruchami a somatickými faktormi. Konkrétne sú pod poruchami príjmu jedla s označením F 50.

V práci budeme ďalej používať termín poruchy príjmu potravy, pretože je to ustálené slovné spojenie používané širokou odbornou verejnosťou.

¹ Napríklad spoločenský život a následné vyhýbanie sa spoločnosti.

„Pod pojmom porucha príjmu potravy popisujeme najmä dva dôležité a jasne vyhranené syndrómy: mentálnu anorexiu a mentálnu bulímiu. Zaraďujeme tu aj menej špecifické klinické poruchy, ako je nadmerné prejedanie, pokiaľ je spojené s psychickými poruchami, a zvracanie súvisiace s psychickými poruchami“ (MKN-10, 2006, s. 144).

V desiatej revízii medzinárodnej klasifikácie chorôb (2006) sa nachádzajú konkrétne tieto poruchy:

F 50.0 Mentálna anorexia

F 50.1 Atypická mentálna anorexia

F 50.2 Mentálna bulímia

F 50.3 Atypická mentálna bulímia

F 50.4 Prejedanie spojené s inými psychickými poruchami

F 50.5 Zvracanie spojené s inými psychickými poruchami

F 50.8 Iné poruchy príjmu potravy

F 50.9 Porucha príjmu potravy nešpecifikovaná

V nasledujúcej časti sa zameriame na diagnózu mentálnej anorexie, mentálnej bulímie a na ich atypické formy. Jednak z dôvodu toho, že väčšina klientok, s ktorými som pracovala, prešli niektorou z týchto dvoch foriem poruchy, a jednak preto, že je to postačujúce k splneniu zámeru tejto práce.

1.2 Mentálna anorexia

MKN-10 (2006) uvádza, že mentálna anorexia je porucha charakterizovaná úmyselným znižovaním hmotnosti, ktorú si pacient spôsobuje a udržuje sám. Porucha sa najčastejšie vyskytuje u dospievajúcich dievčat a mladých žien, vzácnejšie môžu byť

postihnutí aj dospievajúci chlapci a mladí muži, taktiež deti pred pubertou a staršie ženy až do menopauzy. Vzhľadom k tomuto faktu sa vo svojej práci obmedzím na problematiku tohto ochorenia u dievčat a žien.

Mentálna anorexia tvorí nezávislý syndróm v tomto zmysle:

- a) klinické rysy syndrómu sa ľahko rozpoznajú, takže diagnóza je spoľahlivá s vysokou zhodou medzi klinickými psychológmi,
- b) katamnestické štúdie ukázali, že značný počet pacientov, ktorí sa nevyyliečili, stále vykazuje hlavné charakteristiky mentálnej anorexie v chronickej forme.

Aj keď základné príčiny mentálnej anorexie nám doposiaľ unikajú, je stále evidentnejšie, že k vyvolaniu prispieva vzájomné pôsobenie sociokultúrnych a biologických faktorov, zároveň aj menej špecifické psychologické mechanizmy a zraniteľná osobnosť. Choroba je sprevádzaná podvýživou s následnými sekundárnymi endokrinnými a metabolickými zmenami, a poruchou telesných funkcií. Existujú stále pochybnosti, či charakteristickú endokrinnú poruchu je možné úplne pripísať podvýžive a priamemu vplyvu rôznych foriem chovania, ktoré ju vyvolali (napr. obmedzený výber jedál, nadmerné cvičenie a zmeny v skladbe tela, vyprovokované zvracanie a používanie laxatív s následnou poruchou elektrolytovej rovnováhy), alebo sú v hre aj iné faktory (MKN-10, 2006, s. 144).

Podľa MKN-10 (2006) je pre definitívnu diagnózu nutné, aby boli prítomné všetky nižšie uvedené poruchy:

- a) Telesná váha je udržiavaná najmenej 15% pod predpokladanou (či už bola znížená, alebo jej nebolo nikdy

dosiahnuté) alebo Queteletov index² hmoty tela je 17,5 alebo menej. Prepubertálni pacienti nespĺňajú v priebehu rastu očakávaný váhový prírastok.

- b) Zníženie váhy si spôsobuje pacient sám tým, že sa vyhýba jedlám „po ktorých sa priberá“, a že užíva jeden alebo niekoľko z nasledujúcich prostriedkov: vyprovokované zvracanie, vyprovokovaná defekácia, užívanie anorektík a diuretík, nadmerné cvičenie.
- c) Špecifická psychopatológia, pričom stále pretrváva strach z priberania a skreslená predstava o vlastnom tele ako vtieravá, ovládajúca myšlienka a pacient si sám sebe ukladá za povinnosť mať nízku váhu.
- d) Rozsiahla endokrinná porucha, zahrňujúca hypotalamo-pituitárnu-gonádovú osu, sa prejavuje u ženy ako amenhoroe a u muža ako strata sexuálneho záujmu a potencie (zrejماً výnimka je vaginálne krvácanie u anorektických žien, ktoré sú na náhradnej hormonálnej terapii, obvykle vo forme antikoncepčnej tabletky). Môžu sa taktiež vyskytnúť zvýšené hladiny rastového hormónu, zvýšené hladiny kortizolu, zmeny periférneho metabolizmu tyreoidného hormónu a odchýlky vo vylučovaní inzulínu.
- e) Pokiaľ je začiatok ochorenia pred pubertou, sú pubertálne prejavy oneskorené alebo dokonca zastavené (zastavuje sa rast, u dievčat sa nevyvíjajú prsia a dochádza k primárnej amenhorei, u chlapcov zostávajú detské

² Queteletov index hmoty tela (body mass index): BMI = váha [kg] / (výška [m])²

genitálie). Po vyliečení dochádza často k normálnemu dokončeniu puberty, avšak menarché je oneskorená.

Pri stanovení diagnózy mentálnej anorexie je potrebné vylúčiť prítomnosť somatickej a duševnej poruchy, ktorá by mohla vyvolávať nechutenstvo, poruchu v jedení a nízku telesnú hmotnosť. Strata telesnej hmotnosti sa vyskytuje predovšetkým pri niektorých nádorových ochoreniach, pri tuberkulóze, endokrinopatii a u depresívnych poruchách. S anorektickými rysmi sa môžeme stretnúť aj u niektorých toxikomanov, ktorí obvykle trpia nechutenstvom a sú vychudnutí (Krch, 2005, s. 18).

Diagnostická klasifikácia DSM-IV (cit. podľa Horta a Kocourkovej, 1995) rozlišuje dva špecifické typy mentálnej anorexie:

- a) **Nebulimický (reštriktívny) typ.** V priebehu epizódy mentálnej anorexie u pacienta nedochádza k opakovaným záchvatom prejedania. U dievčat s mentálnou anorexiou reštriktívneho typu sú časté obsedantné rysy spojené s rigiditou, perfekcionizmom alebo taktiež s hodnotiacimi a moralizujúcimi postojmi. Choré dievčatá extrémne kontrolujú svoje stravovacie návyky, majú rysy zvýšenej sebakontroly, pričom im chýba vnímavosť pre vlastné pocity, prania a fantázie. Tento typ sa vyskytuje väčšinou u mladých dievčat, ktoré sa bránia dospievaniu, alebo nechcú, poprípade nedokážu toto problematické obdobie zvládnuť.

- b) **Bulimický (purgatívny) typ.** V priebehu epizódy mentálnej anorexie u pacienta dochádza k opakovaným záchvatom prejedania. Dievčatá bulimického typu mentálnej anorexie bývajú extrovertnejšie, ľahko nadväzujú priateľské, alebo

sexuálne vzťahy, avšak ich nehodnotia ako uspokojivé. Bývajú viac impulzívne, častejšie sa u nich objavuje abúzus alkoholu a drog, majú tiež väčší sklon k spáchaniu samovraždy.

1.2.1 Atypická mentálna anorexia

Je bežné, že niekto u jednej ženy diagnostikuje mentálnu anorexiu, a niekto iný atypickú mentálnu anorexiu. Medzi týmito dvoma poruchami nie je žiadny veľký rozdiel. Podľa Bunnella (cit. podľa Krcha, 2005, s. 21) vykazujú pacienti, ktorí trpia atypickou mentálnou anorexiou, rovnako závažné psychické problémy ako chorí s mentálnou anorexiou. Ide o poruchu, ktorá spĺňa časť kritérií pre mentálnu anorexiu, ale pri celkovom klinickom obraze chýba jedna alebo viac kľúčových črt, napr. hrôza z tučnosti alebo amenorea. Pritom zostáva výrazný pokles hmotnosti a správanie zamerané na jeho pokračovanie.

1.3 Mentálna bulímia

Mentálna bulímia je menej zjavná, osoby ktoré ňou trpia, majú väčšinou normálnu, niekedy aj väčšiu hmotnosť. Cez to všetko sú si veľmi podobné vo svojich príznakoch, ktoré sa navzájom líšia najmä podľa závažnosti podvýživy a metód používaných ku kontrole váhy. Obidve poruchy spája strach z tučnosti a zvýšená pozornosť venovaná vlastnému vzhľadu a telesnej hmotnosti.

V MKN-10 (2006) sa uvádza, že mentálna bulímia je syndróm charakterizovaný opakujúcimi sa záchvatmi prejedania a prehnanou kontrolou telesnej hmotnosti, ktoré vedú pacienta k aplikácií krajných

opatrení, aby zmiernil „tučnotu vyvolávajúce“ účinky skonzumovanej potravy. Výskyt podľa veku a pohlavia je podobný ako u mentálnej anorexie, ale vek pri začiatku ochorenia býva vyšší. Poruchu je možné pokladať za následok trvajúcej mentálnej anorexie (môže to byť aj v opačnom poradí). Môže sa zdať, že pôvodne anorektická pacientka sa lepšie následkom zvýšenej váhy a eventuálne aj návratom menštruácie, avšak zhubný vzorec prejedania s následným zvracaním sa potom ustáli. Opakujúce sa zvracanie predstavuje možnosť vzniku poruchy elektrolytov v tele a somatické komplikácie (tetania, epileptické záchvaty, srdcová arytmia, svalová slabosť) a ďalší evidentný úbytok váhy.

Somatické dôsledky mentálnej bulímie sú veľmi vážne rovnako ako u mentálnej anorexie. Opakované záchvaty prejedania a zvracania často vedú k poškodeniu zubnej skloviny, k chronickej zápche, žalúdočným vredom, prasklinám zažívacieho traktu, k poškodeniu hltanu a k elektrolytickej nerovnováhe, môžu viesť k arytmií až zlyhaniu srdca (Ladishová, 2006, s. 29-30).

Pre definitívnu diagnózu mentálnej bulímie, MKN-10 (2006) uvádza, že je potrebné, aby boli prítomné všetky nasledujúce poruchy:

- a) Neustále zaoberanie sa jedlom, neodolateľná túžba po jedle a epizódy prejedania s konzumáciou veľkých dávok jedla v priebehu krátkej doby.

- b) Snaha potlačiť „výkrmný“ účinok jedla jedným (alebo viacerými) z nasledujúcich spôsobov: vyprovokovaným zvracaním, zneužívaním laxatív, striedavým obdobím hladovania, užívaním liekov, ako sú anorektiká, tyreoidné preparáty alebo diuretiká. Keď sa bulímia vyskytne u diabetických pacientov, môže dôjsť aj k úmyselnému zanedbaniu inzulínovej liečby.

c) Psychopatológia spočíva v chorobnom strachu z tučnosti a pacient si určí presne vymedzený váhový prah, ktorý je nižší než premorbidná váha, ktorá je podľa názoru lekárov optimálna alebo zdravá. Často, ale nie vždy, je v anamnéze predchádzajúca epizóda mentálnej anorexie, pričom interval sa pohybuje od niekoľkých mesiacov do niekoľkých rokov. Táto epizóda môže byť plne vyjadrená a mať podobu mierne skrytej formy s primeranou stratou váhy alebo prechodnú fázu amenhorei.

Diagnostické kritéria podľa DSM-IV rozdeľujú bulímiu na dva špecifické typy (cit. podľa Jacobi aj. 2006, s. 8):

- a) Purgatívny typ. V priebehu aktuálnej epizódy mentálnej bulímie si osoba pravidelne indukuje vracanie alebo zneužíva laxatíva, diuretiká alebo klystír.
- b) Nepurgatívny typ. V priebehu aktuálnej epizódy mentálnej bulímie používa osoba iné nevhodné opatrenia na zabránenie priberaniu ako napríklad pôst alebo nadmernú fyzickú činnosť, neindukuje pravidelne vracanie alebo nezneužíva laxatíva, diuretiká, klystír.

1.3.1 Atypická mentálna bulímia

Tento termín by sa mal používať pre tých pacientov, u ktorých chýba jeden alebo viac kľúčových rysov uvedených pri mentálnej bulímii (F 50.2). Inak sa u pacientov prejavuje takmer typický klinický obraz. Platí to predovšetkým pre pacientov s normálnou alebo nadmernou váhou, ale s typickým obdobím prejedania, nasledovným

zvracáním alebo používaním preháňadiel. Taktiež nie sú neobvyklé čiastočné syndrómy spolu s depresívnymi príznakmi. Ak depresívne príznaky oprávňujú k diagnóze depresívnej poruchy, mali by sa stanoviť dve samostatné diagnózy (MKN-10, 2006, s. 146).

2 Prehľad teoretických prístupov

Je všeobecne známe, že poruchy príjmu potravy sú psychosomatické ochorenie. Tento termín nie je používaný v MKN-10, pretože by z neho mohlo byť vyvodzované, že psychické faktory nehrajú dôležitú úlohu pri vzniku a priebehu chorôb, ktoré nie sú označené ako psychosomatické (Hartl a Hartlová, 2004, s. 487-488).

Z predchádzajúcej kapitoly vyplýva, že poruchy príjmu potravy sú záležitosťou celej osobnosti, hlboko zakorenenej patológie, ktorá znemožňuje osobnostný vývoj.

V súčasnej dobe existuje viac druhov terapeutických prístupov k poruchám príjmu potravy. Medzi dva najpreferovanejšie patrí kognitívno-behaviorálna terapia a na rodinu zameraný prístup. V súčasnosti sa preferuje a pokladá za vhodnú liečbu, vzhľadom na hlbokú patológiu ochorenia, kombinácia individuálnej, skupinovej a rodinnej psychoterapie zároveň s behaviorálnou terapiou, ktorá sa zaoberá nácvikom sebaregulácie a reguláciou príjmu potravy.

Táto kapitola je venovaná jednotlivým teoreticko-terapeutickým prístupom k poruchám príjmu potravy. Konkrétne si povieme o kognitívne-behaviorálnej, systemickej rodinnej a psychoanalytickej terapii. Objasníme si hlavné východiská týchto jednotlivých prístupov. Jadro kapitoly je zamerané na poruchy príjmu potravy ako psychosomatické ochorenie.

2.1 Systemický rodinný teoretický prístup

Systemická rodinná terapia je na prvom mieste u liečby mladých pacientov a pacientov žijúcich so svojou rodinou. Pre rodinnú terapiu nemá psychická porucha žiadnu príčinu v kauzálnom zmysle. Vychádza z toho, že psychické problémy vznikajú vo vzťahovom kontexte (Vymětal, 2004, s. 305).

Rodinná terapia privádza opäť do povedomia narušené vzťahy v rodine a vedie k ich spoločnému spracovaniu. Stručne povedané, záujmom rodinnej terapie je zmena. Terapeut zapája rodinu do terapeutického systému a pomáha realizovať alternatívne spôsoby bytia. Terapeutickým cieľom je rozšíriť členom rodiny repertoár odpovedí na zložitosti života, čo vedie k pozitívnej zmene sociálnych rodinných vzťahov, pred ktorými pacient už nemusí utekať do chorobnej závislosti (Zeig aj. 2005, s. 62).

„Rodinní terapeuti sú presvedčení, že poruchy príjmu potravy môžu odrážať určité dysfunkčné úlohy, spojenectvá, konflikty alebo interakčné vzorce v rodine“ (Krch, 2005, s. 127).

Chvála a Trapková (2004) sa zaoberajú rodinnou dynamikou a terapiou, poukazujú na to, že anorektická stagnácia viacej súvisí s nemožnosťou uskutočniť pubertálne túžby, zároveň priblížiť sa a separovať sa od matky. Bulimická stagnácia sa analogicky týka vzťahu dcéry k otcovi.

Systemická rodinná terapia pristupuje k poruche ako ku výsledku rodinných interakcií, avšak zabúda na pacientku samotnú.

2.2 Kognitívne – behaviorálny teoretický prístup

„Kognitívno-behaviorálna terapia je odporúčaná tým pacientkam, pre ktoré nie je vzhľadom na ich vek vhodná rodinná terapia, a ktoré majú stredne ťažké až vážne príznaky“ (Krch, 2005, s. 128).

Fairburn zdôrazňuje pri liečbe mentálnej bulímie (cit. podľa Krcha, 2005, s.128) tieto hlavné body:

- a) vedenie záznamov o jedle, záchvatoch prejedania, prečisťovaní a o myšlienkach a pocitoch, ktoré toto chovanie vyvolali
- b) pravidelné váženie
- c) zmena vzorca jedálneho správania (t.j. kontrolovanie redukčných diét, zavedenie konzumácie jedál, ktorým sa pacientka vyhýbala, plánovanie jedál s cieľom normalizovať stravovacie návyky)
- d) kognitívna reštruktúrácia s cieľom zmeniť navyknuté chyby v myslení a za nimi skryté základné predpoklady, ktoré súvisia s rozvojom a udržovaním poruchy príjmu potravy
- e) zavedenie prevencie relapsu.

Kognitívno-behaviorálna terapia sa zameriava na zmenu konkrétneho chovania človeka, na vonkajšiu stránku osobnosti a zdôrazňuje zodpovednosť človeka za to, čo sa v ňom a okolo neho deje. Zaoberá sa tým, čo je vidieť, ale opäť opomína vnútorný svet pacientky.

Preto budeme naďalej v tejto práci vychádzať z psychodynamických prístupov, ktoré ako jediné nepodceňujú túto okolnosť.

2.3 Psychoanalytický teoretický prístup

„Psychoanalýza sa snaží tak ako v individuálnej, tak aj v spoločenskej rovine uvedomením všetkého toho, čo sa v ňom a okolo neho deje, človeka emancipovať a aktivovať, otvárať mu oči, neuspokojiť sa len s prispôbením sa“ (Ponešický, 2003, s. 12).

Práve v prípade porúch príjmu potravy je odmietanie potravy, alebo záchvatové prejedanie zakrývacím manévrom, ktorý odvracia

pozornosť od seba samého, od „skutočnej“ choroby, ktorá je mimo oblasť poruchy príjmu potravy. Jedlo je symbolickým vyjadrením, metaforou, prispôbením sa na úkor seba samého.

Predpoklad psychodynamických terapií spočíva v presvedčení, že súčasné problémy klienta nemôžu byť úspešne vyriešené bez hlbokého porozumenia ich nevedomým podkladom v raných vzťahoch s rodičmi a súrodencami. Cieľom psychoanalýzy je priviesť konflikty (potlačené emócie a motívy) do vedomia, aby mohli byť spracované racionálnejším a realistickejším spôsobom (Atkinson, 2003, s. 569-570).

„Psychoanalýza rekonštruuje detstvo. Vychádza z klinickej skúsenosti, že duševné traumy vznikajú prevažne v rannom detstve a v rôznych premenách sa stávajú charakteristickým znamením psychológie dospelého človeka. Na duševnú chorobu je nahliadané ako na detstvo v dospelosti. Analytický proces vykazuje prvky rodinnej štruktúry. Rozvíja sa tým, že sa detstvo sprítomňuje a znovu prežíva. Psychoanalýza je nanovo usporiadaná rodina“ (Černoušek, 1996, s. 126).

2.4 Poruchy príjmu potravy ako psychosomatické ochorenie

Sigmund Freud nebol prvým bádateľom, ktorý sa zaoberal nevedomým, potlačenými zážitkami a motiváciami, bol však prvým lekárom, ktorý to spojil s výskytom telesných a neskôr aj duševných príznakov u hystérie. Telesné symptómy boli podľa Freudovej predstavy zástupnými reakciami, výkonmi nášho „ja“. Naše „ja“ považoval za projekciu povrchu nášho tela (a jeho reagovanie) do duševnej sféry (cit. podľa Poněšického, 2003, s. 98-99).

Pojem „psychosomatický“ označuje choroby, ktoré vyzerajú ako telesné, ale sú významne ovplyvňované duševným životom, psychikou.

„Psychosomatická medicína nekladie menšiu dôležitosť na organické faktory ako všeobecná medicína, ale zároveň kladie väčší dôraz na psychické faktory, svojim významom považované za hlavný princíp, podľa ktorého duša a telo, nie sú v protiklade, ale navzájom súvisia“ (Bergeret, 2004, s. 233).

„V psychosomatickej medicíne sa poukazuje na to, ako a prečo sa telo dáva k dispozícii pre neriešiteľné, konfliktné intrapsychické či interpersonálne situácie, ako sa snaží kompenzovať psychologické nedostatky vo výstavbe osobnosti, kedy sa telo používa ku kompenzácii defektnej schopnosti naviazania vzťahu, proti možnosti rozviazania vzťahu, k zvládnutiu odlúčenia, k potlačeniu citového výrazu, k racionalizácii neúspechu, k potlačeniu pocitu menejcennosti, k zabráneniu hlbšej regresii až po vývoj psychózy, k obrane proti stresu, k možnosti stiahnuť sa do ústrania, k náhrade nedostatočného sebacítania či chýbajúceho životného zmyslu“ (Poněšický, 2004, s. 64).

To, prečo vzniká u niekoho to či ono psychosomatické ochorenie, súvisí s jeho osobnosťou, s problematikou, s ktorou sa dostáva do sporu či s telesným miestom, ktoré je už nejako menejcenné alebo už predtým niečím postihnuté. Dôležitú úlohu zohráva aj rodina, rodinná tradícia, skúsenosť dieťaťa s reakciou matky na rôzne ochorenia a skúsenosť s tým, ako sú telesné ochorenia v rodine a okolí akceptované. Ďalej je významné, akú ma dieťa samé skúsenosť so svojimi telesnými poruchami a ochoreniami. Získava tým nejaké výhody, alebo viacej pozornosti a opatery zo strany rodičov? Alebo sa tým niečomu vyhne, je to jediný spôsob vyjadrenia niečoho, čo je v rodine tabuizované? Je to protest či ide o reakciu na zlé manželské súžitie rodičov? (Poněšický, 2002, s. 16).

„Psychosomatická symptomatika choroby vzniká vždy, keď človek žije v životnej skutočnosti inak, než to zodpovedá jeho vnútornému príkazu. Vedomie o tomto vnútornom príkaze sa nachádza v duševnej nevedomej oblasti, v oblasti, ktorú dnešný človek rád popiera a ktorej existenciu si nechce uvedomiť“ (Široký, 2001, s. 36).

Somatické príznaky sa dostavia vtedy, keď telesný symptóm je možnou, resp. vhodnou formou vyjadrenia, abreakcie, prežitia, keď telesné dianie či orgán reprezentuje poruchu nevyriešeného medzilidského vzťahu (Poněšický, 1993, s. 61-64).

Súhrnne je o vývojovo - štrukturálne podmienených psychosomatických symptómoch možné povedať, že sú telesnou reakciou, telesnou kompenzáciou alebo telesným riešením, inak nezvládnuteľnej medzilidskej situácie.

Minuchin (cit. podľa Bratskej a Sobotkovej, 2000, s. 37) zistil, že určité druhy rodinného prostredia podporujú pasívne metódy vzdoru (napr. nejedenie alebo nadmerná konzumácia s následným zvracaním) a sťažujú členom presadenie svojej individuality. Minuchin nazýva takúto rodinu psychosomatickou rodinou. Vyznačuje sa nasledovnými znakmi:

- a) Nadmerná emočná blízkosť a prepletenie emočných vzťahov s nejasnou individuáciou a nadmerne silnými emočnými väzbami medzi členmi rodiny.
- b) Ochráňujúci alebo nadmerne protektívny ráz týchto vzťahov nielen medzi rodičmi a dieťaťom, ale i zo strany dieťaťa k rodičom.
- c) Rigidita, strnulosť zavedených spôsobov v interakcii rodiny, neschopnosť zmeny, ťažkosti s nástupom do ďalšieho vývinového štádia, prejavené v komunikácii i v pravidlách súžitia a životného štýlu rodiny.

- d) Neschopnosť riešiť konflikty, ktoré sa preto buď bagatelizujú alebo úplne popierajú.
- e) Zatiahnutie dieťaťa do partnerského konfliktu rodičov.
- f) Neschopnosť rodiny prijímať rozhodnutie.
- g) Neschopnosť rodiny vecne komunikovať, neustále zmeny v tematickej interakcii.

Keď napríklad dievčatá s mentálnou bulímiou a anorexiou v plnom rozsahu pochopia, že všetko, čo im je v našej konzumnej spoločnosti dávané, najprv ochotne prijímali, prispôbovali sa očakávaniam bezproblémového fungovania a predstavám krásy, napriek tomu, že to ich vnútornému „ja“ odporovalo, tak prežívajú svoje zvracanie aj ako výraz protestu.

Inokedy sú konfrontované s tým, že svojou redukciou váhy sa vyhýbajú skutočnému životu, že sa vyhýbajú dospelosti, nechcú byť ako ich rodičia a namiesto toho, aby to dokázali konštruktívnymi alternatívami, zostávajú len u apelu, výčitky, perpetuujú potlačovaním seba samej. Inokedy si nechcú uvedomiť, že im ide o to, aby zneistili rodičov, nahnali im strach, a že sa otvorenej konfrontácie obávajú.

Často si nahovárajú, že im ide len o harmóniu, akési zduchovenie, na starosť o telesnosť u ostatných ľudí sa pozerajú s dešpektom. Tým, že im akoby nezáleží na jedle, sa snažia byť úplne sebestačné, na druhej strane sa jedlom, sebou samými a vzťahmi neustále zaoberajú, čo má opäť zostať skryté.

U dievčat s mentálnou bulímiou a anorexiou má telesnosť obrannú, tak aj apelujúcu funkciu a býva často náhradou za ohrozené vlastné „ja“. Mentálna bulímia či anorexia je pre tieto pacientky niečím, čo im nikto nemôže vziať, čomu nikto skutočne nerozumie, čo je len a len ich (Poněšický, 2004, s. 97-106).

3 Faktory spôsobujúce poruchy príjmu potravy

Všetci vieme, alebo aspoň tušíme, že etiológia mentálnej anorexie a bulímie je veľmi komplikovaná svojou pestrou interakciou biologických, psychogenných a sociálnych faktorov. Dalo by sa povedať, že špecifické psychosociálne stimuly vyvolávajú u jedinca s určitými predispozíciami zmeny až na úrovni neurofyziologickej a endokrinologickej.

V tejto kapitole si stručne predstavíme biologické faktory, kam zaraďujeme hereditu a fyziológiu. Podrobne sa však budeme venovať psychosociálnym faktorom, predovšetkým rodine. Oboznámime sa s tým, ako by mala vyzeráť „zdravá rodina“ a akú úlohu zohráva pri formovaní osobnosti. Pretože rodina je komplikovaný systém, ktorý sa postupne vyvíja, tak sa zameriame na jednotlivé zásadné obdobia oddelene. V súvislosti s prenatálnym obdobím sa zmienim o tehotenstve, o období od počatia po narodenie, venovať sa budeme pôrodu, a taktiež sociálnemu pôrodu v ponímaní Chvály a Trapkovej.

Druhá časť kapitoly je zameraná na rodinu s poruchou príjmu potravy, s mentálnou anorexiou a bulímiou.

Cieľom tejto kapitoly je, aby mal čitateľ v závere kompletný prehľad o rizikových faktoroch porúch príjmu potravy.

Je patetické, že tak ako sa zdá, má výchovné pôsobenie na deti svoje zákonitosti. Nadbytok či nedostatok citov, telesné tresty, nedostatok či nekvalitná komunikácia, výčitky, ponižovanie, to všetko a mnoho iného, má sformovať osobnosť človeka. Áno, je to fantastické, ale zároveň desivé. Rodič v takejto pozícii má veľkú moc a aj keď sa poruchy príjmu potravy prejavujú v spôsobe manipulácie s jedlom a telesnou hmotnosťou, nesúvisia len s nimi. Sú komplexným problémom, kde gro problémov pramení z vnútorných nevyrovnaných konfliktov.

3.1 Biologické faktory

„Biologické faktory spolu podmieňujú prejavy ochorenia a predstavujú rizikový faktor, ktorý získava na význame až v interakcii s faktormi psychosociálnymi“ (Hort aj. 2001, s. 392-396).

3.1.1 Genetika

Výskumy rodín ukázali na vysoké riziko vzniku mentálnej anorexie a bulímie, ak nimi trpí najbližší príbuzný. Štúdie zhody u jednovaječných dvojčiat naznačujú, že genetický vplyv môže byť vyšší u anorexie než u bulímie. Holland aj. (cit. podľa Hilla, 2004, s. 260) našli pravdepodobnosť 55%, že pokiaľ má jedno z identických dvojčiat anorexiu, prepukne aj u druhého (v porovnaní so 7% u neidentických dvojčiat). Niektoré zo štúdií dvojčiat dostatočne nevyklúčili efekt spoločného prostredia (napr. štúdie týkajúce sa adopcie), alebo zistili v poruchách príjmu potravy výraznejší vplyv prostredia než dedičnosti. Nie je tiež isté, ktoré dispozície k poruche príjmu potravy sa dedia, či je to osobnostný rys ako napríklad perfekcionizmus, alebo obecný dedičný sklon k duševnej poruche.

3.1.2 Fyziológia

Ranné výskumy naznačovali, že na chovanie spojené s príjmom potravy by mohlo mať výrazný vplyv poškodenie ventromediálnej či laterálnej oblasti hypotalamu. Podľa teórie základného nastavenia môžu tieto oblasti hypotalamu mať nevyvážený vplyv, ktorý sa môže podieľať na vzniku poruchy príjmu potravy. Tieto poruchy sú tiež spájané s depresiou a niektoré štúdie

o chorých mentálnou bulímiou zistili nižšie hladiny neurotransmitérov serotonínu. Určitú úlohu môže hrať aj noradrenalin a hormón CCK-8³. Biologické príčiny a účinky porúch príjmu potravy je ťažké stanoviť. Somatické poruchy môžu byť nie príčinou, ale dôsledkom hladovania a opakovaného zvracania, používania preháňadiel apod. Pitvy ľudí trpiacich týmito poruchami neukazujú na poškodenie hypotalamu, ale antidepresíva zvyšujúce hladinu serotonínu sú pri liečbe bulímie účinné (Hill, 2004, s. 260).

3.2 Psychosociálne faktory

Je všeobecne známe, že niektoré osobnostné rysy a psychické charakteristiky zvyšujú riziko vzniku mentálnej anorexie a bulímie. Niektoré psychologické vlastnosti činia človeka náchylnejším ku vzniku porúch príjmu potravy. Môže to byť nízke sebahodnotenie, hlboký pocit neschopnosti, perfekcionizmus⁴ atď.

Medzi psychosociálne faktory (cit. podľa Jacobi aj. 2006, s. 26) patrí:

- a) pohlavie, stačí byť ženou a riziko je desaťkrát vyššie (Mladí muži mávajú len zriedka poruchy príjmu potravy. Psychológovia, to zdôvodňujú tým, že v ich prípade neexistuje tlak, ktorý pubertálne dievčatá nabáda prispôbovať sa v rámci tradičnej ženskej úlohy ideálu štíhlosti. Pre dievčatá má puberta z celkového pohľadu negatívnejšiu podobu, najmä keď pred ňou boli vystavené sexuálnemu násiliu. U dievčat

³ CCK-8: cholecystokinín – črevný hormón, ktorý reguluje kontrakcie žlčníka a sekréciu pankreatických enzýmov

⁴ Perfekcionizmom máme na mysli sklon (ako súčasť povahových vlastností) podávať bezchybný, dokonalý výkon, posudzovať sa nadmerne prísne (Hartl a Hartlová, 2004, s.405, 540)

v puberte dochádza ku hruškovitej distribúcií uloženia tuku v tele a u chlapcov je to nárast svalovej hmoty. Preto je pre mladých mužov ľahšie integrovať vlastné hodnotenie svojho tela do sebapojatia. Pre mladistvé ženy má hodnotenie vlastnej telesnej krásy obrovský význam pre pocit vlastnej hodnoty vôbec. Keď si dievča pripadá tučné, klesá jej sebavedomie, je jej „zo seba zle“ tak, že sa radšej nepozerá ani do zrkadla, a pocit nedostatočnej príťažlivosti v nej vyvoláva pocit menejcennosti (Karsten, 2006, s. 105-106)).

b) rodinné vzťahové a komunikačné vzory

(Zatiaľ, čo navonok sa vzorce prejavujú ako návyky, napr. vo voľbe určitých slov, gest atď., vnútorne môžu mať podobu úzkosti, dešpektu, či naopak úcty apod. To, ako sme zvyknutí sa správať, stále opakujeme, a tým svoje prejavy a reakcie fixujeme, bez toho, aby sme si to plne uvedomovali. Vo vzorcoch sú uložené internalizované hodnoty a preferencie, automatické očakávania aj sebahodnotenie (Vybíral, 2005, s. 203)).

c) ochorenia u rodinných príslušníkov

(porucha príjmu potravy, afektívne a úzkostné poruchy, sociálna fóbia)

d) apelácia na úspech, a s ním spojený dnešný prototyp úspešného človeka, ktorý je mladý a štíhly, podporovaný silným pôsobením médií

(články o chudnutí a diétach, reklamy atď.)

e) informačná a masmediálna úzkosť

(človek chce na jednej strane byť nezávislým a samostatným jedincom, ktorý sa snaží zachovať si svoju autenticitu, na strane druhej však túži po kolektivitě, po splynutí s komunitou a masou), byť rozdielnym a zároveň totožným je tragický a úzkostný úděl človeka dnešnej doby.

f) diétne správanie

(je rizikový faktor, ktorý predchádza poruche príjmu potravy)

g) nadváha rodičov

h) sexuálne zneužitie

i) rizikové profesie

(balet, modeling, gymnastika, krasokorčuľovanie, závodný tanec, atletika atď.)

j) a mnoho ďalších.

K tomu, aby sme porozumeli príčine vzniku mentálnej bulímie, respektíve vysvetlili to, čo je cieľom tejto práce, je dôležité sa oboznámiť s úlohou rodiny, s jej významom v živote dieťaťa, s tým ako vplývajú vzťahy v rodine na psychiku dieťaťa. Tomu všetkému sa budeme venovať v nasledujúcej časti práce.

3.2.1 „Zdravá“ rodina

Rodinná terapia (cit. podľa Sobotkovej, 2007, s. 160) prišla ako prvá s konceptom „zdravej rodiny“, ktorý vznikol ako protipól poznatkov o patológii rodiny. Existujú tri základné princípy:

- a) súdržnosť - vyvažovaná primeranou mierou autonómie členov rodiny
- b) adaptabilita - schopnosť prispôbovať sa zmenám
- c) komunikácia - priama, jasná, otvorená.

Často citovaný výpočet znakov úspešnej, zdravo a optimálne fungujúcej rodiny uvádza Skynner (cit. podľa Sobotkovej, 2007, s. 160) :

- a) vyváženie blízkosti a autonómie
- b) schopnosť adaptácie, zvládanie zmien a strát
- c) schopnosť kooperácie
- d) jasná komunikácia
- e) humor a radosť v rodine
- f) vernosť, nie ako obecný morálny princíp, ale ako vedomá osobná voľba
- g) afiliatívny postoj k druhým.

Rodina je miestom, kde sa dieťa a dospelávajúci učí základom sociálnej interakcie. Prostredníctvom rodiny a v rámci rodiny sú uspokojované základné jedincove potreby. Pre osobný rozvoj a duševné zdravie je podstatné, aby bol jedinec významnými osobami svojho života akceptovaný vo vzájomnej jasnej komunikácii. Nedostatočná akceptácia a nejasná komunikácia sú považované za faktory spolupodieľajúce sa na vzniku a udržiavaní niektorých porúch zdravia (Vymětal aj. 2004, s. 34).

V dnešnom poňatí sa často hovorí o úlohe matky, o úlohe otca, o rodine ako systéme, v ktorom má každý svoju jedinečnú úlohu. Vyznačuje sa intimitou, citovými väzbami medzi členmi, súdržnosťou plynúcou z citových fixácií a úzkym prepletením rolí (otec, matka, dieťa). Aby sme sa v tomto spleťtom labyrinte vzťahov,

ktorým rodina býva, vyznali a zorientovali, používame charakteristiky jednotlivých členov.

„Vývoj, v ktorom je pripútanie k matke postupne nahradené pripútaním k otcovi, až nakoniec dôjde ku syntéze oboch, je základom duševného zdravia a podmienkou dosiahnutia zrelosti“ (Fromm, 2006, s. 48).

„Matka by mala veriť v život, nebyť príliš starostlivá a nenakaziť dieťa svojimi obavami. Časťou jej života by malo byť pranie, aby sa dieťa stalo nezávislým a aby sa nakoniec od nej oddelilo. Otcova láska by sa mala riadiť princípmi a nádejami, mala by byť skôr trpezlivá a zhovievavá než hrozivá a autoritatívna. Mala by dávať vyrastajúcemu dieťaťu stále narastajúce vedomie vlastných schopností a nakoniec mu dovoliť, aby sa stalo svojou vlastnou autoritou a zaobišlo sa bez otcovej autority“ (Fromm, 2006, s. 47).

Otec dospievajúceho dievčaťa má jednu z kľúčových úloh vo vývoji svojej dcéry. Od začiatku života je jej najbližším sprievodcom do sveta mužov. Predstavuje mužské pohlavie, a tak je vzorom životného poslania. Dcéry budú každého muža, ktorý v ich živote získa určitý význam, porovnávať zo svojim otcom. V puberte dochádza k oddeleniu, ktoré je veľmi dôležité. Pokiaľ k nemu nedôjde, bude sa dievča prispôsobovať mužom a nerozvinie svoju vlastnú identitu. Jej sebaúcta bude závisieť na tom, do akej miery si dokáže získať obdiv mužov. Žena, ktorá v detstve nezažila trvalú rodičovskú lásku otca aj matky, je vo svojej sebaúcte hlboko zranená. Takáto žena si myslí, že nie je hodná lásky (Preuschoff, 2007, s. 140-141).

Otec je často aj prvým mužom v živote dievčaťa, ktorý po prvýkrát zhodnotí vzhľad a správanie dcéry, dáva spätnú väzbu o jej tele, úprave, vzhľade a sebahodnotení.

„Otcovská láska je láska podmienená. Jej princíp je: milujem ťa, pretože plníš moje očakávania, pretože konáš svoju povinnosť, pretože si ako ja“ (Fromm, 2006, s. 46).

V ideálnom prípade by mal vysielat' správu „mám ťa rád takú, aká si“. Má pritom ťažkú úlohu, kedy musí prijať fakt, že jeho malé dievčatko sa stáva dospelou ženou a už nebude dieťaťom ani psychicky ani fyzicky.

3.2.1.1 Prenatálne obdobie

3.2.1.1.1 Tehotenstvo

Tehotenstvo je veľmi významné obdobie v živote ženy. Počas tehotenstva dochádza k búrlivým hormonálnym zmenám, ktoré majú vplyv na depresívne rozpoloženie tehotných žien. Výskyt depresie je vyšší u žien s negatívnym či ambivalentným postojom k tehotenstvu. Vysoký výskyt úzkostlivosti súvisí s obavou o zdravotný stav plodu a pohyby plodu sú dôkazom, že je živý a v tomto zmysle prinášajú úľavu. Ďalej plynie úzkosť z obavy o seba samú, z priebehu pôrodu, zo zvládnutia rodičovských povinností. Tento stav sa vyskytuje aj po pôrode, vo forme popôrodnej depresie, ktorá je charakteristická ambivalenciou voči dieťaťu a pocitom neschopnosti dieťa milovať. Výrazne sa menia aj proporcie ženského tela. Väčšina žien cíti ohrozenie svojej fyzickej atraktivity, čo sa prenáša do partnerských vzťahov (Honzák a Chromý aj. 2005, s. 177-179).

Honzák a Chromý (2005) uvádzajú, že tehotenské zvracanie je typické psychosomatické ochorenie, ktorého príčinou býva hystéria pacientky, odmietanie feminity, odmietanie tehotenstva, ambivalentný vzťah k tehotenstvu, neprimeraná väzba na matku, neschopnosť matky reagovať na zvýšený stres.

Sontag (cit. podľa Kerna aj. 2006, s. 208) potvrdil, že aktivita detí v maternici narastá, pokiaľ ich matky prežívajú stres.

„Pri nechcenom tehotenstve, prijímanom so zmiešanými pocitmi, býva psychická situácia ženy nasledovná: úzkosť, smútok,

pocity poníženia, rozporný vzťah k vlastnému telu a k tomu, čo v ňom vzniká“ (Říčan, 2004, s. 261).

Verny (cit. podľa Vágnerovej, 2005, s. 63-67) hovorí, že ľudský plod dokáže vidieť, počuť, má vyvinutú chuť, čuch, a je schopný sa na základnej úrovni učiť. Zdrojom týchto prvých formatívnych posolstiev je matka, jej vyladenie, prevažujúca nálada, rovnováha, vzťah k tehotenstvu, rodičovstvu a dieťaťu, a tak silne ovplyvňujú psychiku plodu.

Z uvedeného môžeme vyvodiť, že pre zdravý vývoj plodu a sebapojatie dieťaťa je dôležitá matkina rovnováha, a tým aj stabilita jej imunitného systému. Oboje je nepochybne závislé na dobrom vzťahu s partnerom, a tým je funkcia otca od prvého okamihu nenahraditeľná.

S týmto tvrdením korešponduje aj česká unikátna longitudinálna štúdia známa pod názvom „Nechcené deti“, ktorá potvrdila, že narodiť sa z nechceného tehotenstva predstavuje zvýšené riziko negatívneho psychosociálneho vývoja a duševného zdravia (David aj. 2003, s. 28).

3.2.1.1.2 Od počatia po narodenie

V období intrauterinného vývoja sme v tom najužšom spojení s materským telom, ktoré nám zaisťuje výživu, dáva nám teplo a bezpečie, chráni nás pred škodlivými vplyvmi. Vzťah dieťaťa a matky je obojstranne veľmi citlivý a intenzívny. Jedná sa o vzájomné vyladovanie pohybov, potrieb do jediného interakčného reťazca. Táto ranná komunikácia prebieha už v prenatálnom období, ako sme si povedali v predchádzajúcej časti.

Freybergh (cit. podľa Šulovej, 2003, s. 41-42) píše, že tehotenstvo môžeme chápať ako aktívny dialóg medzi matkou a dieťaťom, ktorý je časťou veľmi aktívneho vzájomne na sebe

závislého procesu na niekoľkých úrovniach, ako je úroveň psychologicko - emocionálna, biochemická a psycho – neuro - endokrinologická.

„Prenatálny vývoj vytvára základ pre ďalšie vývojové zmeny. Prechádza plynule v postnatálnu fázu, ktorá je jeho pokračovaním. To platí aj pre interakciu matky a plodu, ktorá rovnako začína už v prenatálnej fáze. Medzi matkou a plodom sa v tejto dobe vytvorí určitý komunikačný systém, v ňom je podiel matky bohatší a diferencovanejší. Aj plod je v tejto komunikácii aktívnym účastníkom. Reaguje na rôzne podnety špecifickým spôsobom a tým podáva informácie o svojich pocitoch, resp. potrebách“ (Vágnerová, 2005, s. 66).

Vágnerová (2005) píše, ľudský plod sa v priebehu svojho vývoja prejavuje typickými spôsobmi:

- a) Plod má vrodene dispozície reagovať na rôzne podnety, ktoré na neho môžu v maternicovom prostredí pôsobiť.
- b) Plod je od 12 týždňa až po narodenie schopný najjednoduchších foriem učenia. Vytvára si určitú skúsenosť a rozlišuje medzi niekoľkými najbežnejšími podnetmi. Významným výsledkom komplexnej prenatálnej skúsenosti je bazálny pocit bezpečia, ktorého rozvoj postnatálne pokračuje, predovšetkým vo väzbe na matku.
- c) Správanie sa plodu je v tomto období individuálne typické. Charakteristické znaky pretrvávajú aj po narodení. Väčšinou sa to týka prejavu temperamentu.

Ako vplýva psychika matky na sebaopojatie dieťaťa počas tehotenstva? Už sme si povedali, že psychiku matky ovplyvňuje vzťah s partnerom, otcom dieťaťa. Tak teda ako vplývajú rodičia na

sebapojatie dieťaťa počas prenatálneho obdobia? Poďme sa spoločne zamyslieť konkrétne nad nechcenými deťmi.

Dôvody, prečo rodičia dieťa nechcú, môžu byť rôzne, môže to byť napríklad vek matky, neplánované tehotenstvo, matka zmení postoj v priebehu tehotenstva, a tak je neskoro ísť na interrupciu, z ekonomickej alebo sociálnej núdze, žena nechce mať dieťa s konkrétnym partnerom, alebo môže ísť o hlboké vnútorné psychologické dôvody ako napríklad zásadné odmietanie role matky.

Pokiaľ sa tehotná žena rozhodne napriek vzniknutej nežiaducej situácii dieťa donosiť, pričom sa jej pocity nezmenia, narodí sa nechcené dieťa. Fakt, že sa žena rozhodne donosiť nechcené dieťa, či už nechcené ňou samotnou alebo otcom, ovplyvňuje celý priebeh a atmosféru tehotenstva. Ideálne by tehotenstvo malo byť krásnou etapou života spojenou s radostnými pocitmi z prvého pohybu, kopnutia, sprevádzanou láskyplnými dotykmi rastúceho bruška a aj pôrod, ktorý nebýva tým najpríjemnejším, by mal byť radostným očakávaním dieťaťa. Ale ako to je v prípade, keď je dieťa nechcené?

Keď sa narodí nechcené dieťa, pohľad na novorodenca môže zmeniť ambivalentné alebo odmietavé pocity k nemu na lásku a prebudiť pocity viny z toho, ako sme ho/ju nemohli chcieť? Jednou z možností ako sám seba ospravedlniť a zmierniť pocity viny, je kompenzácia nadmernou láskou.

Je možné, zároveň aj veľmi diskutabilné vidieť súvislosť medzi nechcenými deťmi a poruchou príjmu potravy?

Takéto dieťa sa rodí s pocitom, že sa na neho nikto neteší, nikto ho nechce, a napriek tomu sa narodilo, žije, dýcha, ale napriek tomu všetkému je nechcené. Pocit je ukotvený niekde hlboko v podvedomí. Ako sa takéto dieťa môže prijať, ako sa môže mať rado, ako si môže vytvoriť zdravé sebavedomie, keď je nechcené?

A nie je paradoxom, že dievčatá s poruchou príjmu potravy, sú skromné, nechcú nikoho zaťažovať, majú pocit, že svojou

existenciou ostatných len obťažujú, a naopak snažia sa pre ostatných rozdať, sú perfekcionistické, žijú v dvoch polaritách a extrémoch, a to buď budem dokonalá, alebo radšej nechcem žiť a odmietam akúkoľvek potravu.

S jedlom sú spojené štyri pocity, ako uvádza Vondráček (1981): máme hlad, apetít, pocit slastného ukojenia a pocit sýtosti.

Hlad nastáva, keď nám niečo chýba, apetít je chuť a pocit slastného ukojenia sa dostaví, keď túto chuť uspokojíme, a keď je toho dostatok, sme sýti.

Ak budeme v úvahe pokračovať, tak keď sme nechcené deti - teda nás rodičia nechcú, nemáme chuť žiť, uspokojujú rôzne iné chute, nikdy však nie základnú existencionálnu, týchto chutí sme presýtení, a jediný spôsob, aby nám z toho nebolo zle, je zvracať.

3.2.1.2 Postnatálne obdobie

„Prichádzame na svet už príliš starí, v dobe, kedy si skromne počítame vek nula, sme už ľudia s minulosťou“ (Široký, 2001, s. 437).

„Podľa najlepšieho psychoanalytického vedomia a svedomia tvarujú človeka rané detské zážitky. Infantilná psychika saje vplyvy okolitého sveta ako porézny hríb a jedinečné životné prostredie zalieva genetické semená dedičných vlôh“ (Černoušek, 1996, s. 9).

Bowlby (cit. podľa Šulovej, 2003, s. 36-38) hovorí, že vzťah matka – dieťa je základom pre všetky ďalšie sociálne vzťahy a jeho narušenie vedie k závažným dôsledkom vo vývoji jedinca. Zdôrazňuje, že mentálny stav človeka (nielen v detstve, ale po celý jeho život), je výrazne ovplyvnený interpersonálnymi vzťahmi, ich harmonickosťou a vrelosťou či naopak brutalitou, úskostlivosťou, citovým odstupom či chladom. Za rozhodujúce pre mentálny rozvoj a zdravie sa považuje vytvorenie vzťahu s druhým človekom. Schopnosť prijímať opateru a ochranu, poskytovať starostlivosť

a záujem. Práve z tohto základu sa musí vytvoriť medzi slabším - opateru vyžadujúcim a silnejším - opateru poskytujúcim vzťah, väzba, pripútanie, attachment. Ak je väzba medzi matkou a dieťaťom dostatočne istá, spoľahlivá a stabilná je to práve ona, ktorá tvorí základ pre ďalší významný ľudský prejav, ktorým je explorácia a zvedavosť. Pre dojča je primárne, aby opatrujúca osoba bola pozorná, reagovala na jeho signály bezprostredne, a aby sa na ňu bolo možné obrátiť. Pokiaľ chýba táto reakcia, prípadne ak je opatrujúca osoba neprítomná fyzicky, spôsobuje to dieťaťu stres a je situáciou traumatizované.

Neskôr Ainsworthová naviazala na Bowlbyho a určila tri hlavné typy detského pripútania (cit. podľa Drtilovej a Koukolíka, 1996, s. 147-154):

- a) Úzkostný – vyhýbavý či odťažitý typ. Dieťa ignoruje matku, nemajú na neho vplyv jej odchody či príchody, a aj keď je osamote rozrušené, ľahko sa nechá utešiť cudzou osobou.
- b) Bezpečne pripútaný typ. Dieťa sa spokojne hrá, ak je matka v miestnosti, jej odchod ho rozruší, upokojí sa pri jej návrate, a aj keď cudzie osoby neodmieta, správa sa ku nim inak ako k matke.
- c) Úzkostne – rezistentný či ambivalentý typ. Dieťa je nespokojné v prítomnosti matky, hrá sa menej, je rozrušené z jej odchodu, nedá sa ľahko utešiť pri jej návrate a môže sa vzpierať kontaktu zo strany matky aj cudzej osoby.

Pripútanie je silná, dlhotrvajúca tesná citová väzba medzi dvoma ľuďmi. Odlúčenie od takto pripútanej osoby spôsobuje strádanie. Ak je počas prvých rokov života dieťaťa porušená väzba

medzi dieťaťom a matkou, vznikne pre ďalší vývoj rada vážnych a trvalých následkov.

Podľa Bowlbyho (cit. podľa Hilla, 2004, s. 181) sú dlhodobé účinky materskej deprivácie nasledovné:

- a) príznaky „separačnej úzkosti“ (úzkosti z odlúčenia):
 - zvýšená agresia
 - závislosť na blízkych ľuďoch, môže sa vyvinúť až v odmietaní chodiť do školy
 - zvýšená odťažitosť
 - psychosomatické poruchy

- b) zvýšené riziko depresí v dospelosti.

Narodenie je len prvým krokom ku samostatnosti. Prestrihnutím pupočnej šnúry sa uvoľní tesné puto s matkou a človek musí začať čeliť životným prekážkam. Avšak aj po narodení pretrváva tesná väzba na matku a závislosť na dospelých.

„Hlbinné orientovaný pohľad na psychiku človeka hľadá korene jeho svojbytnosti, jedinečnosti vo veľmi skorom veku. Verí, že to, čo je pre budúcnosť najdôležitejšie, sa odohráva hlboko v detstve, od prvých chvíľ jeho života. To však neznamená, že osud človeka je nemenne zakotvený v jeho detstve, že emocionálne pomery, kvalita vzťahov a výchovy, udalosti, s ktorými sa musel on a jeho najbližší vyrovnávať, fatalisticky určili jeho budúcnosť. V priebehu dozrievania sa človek stále a stále viac stáva zodpovedným za svoj osud, nie je už bezmocnou obeťou okolností. Je to vec osobnej voľby, je tu možnosť sebavlády, vytvárania vlastného životného konceptu“ (Štúrová, 2003, s. 23).

3.2.1.3 Sociálna deloha⁵ a sociálny pôrod

Chvála a Trapková (2004) dospeli k hypotéze, že proces vývoja plodu v tele matky sa na vývojovo vyššej – psychosociálnej – úrovni vo svojich základných parametroch opakuje. Obidva procesy sú charakteristické tým, že vhodné tempo a náležité sekvencie (vývoj celku v delohe alebo priebeh vývoja v detstve) sú kritickými faktormi, ktoré celkovú variabilitu riadia a obmedzujú. Zachovanie poradia dejov a ich správne načasovanie je rozhodujúce a zásadné pre vznik celej stavby.

„Vzťah medzi rodičmi, to, čo ich spojilo, keď zakladali rodinu, a to, ako sa spoločne s takou úlohou vyrovnávajú, prúdi k deťom skrz interakcie každého s každým mimovoľne ako prirodzená výživa. Tak ako vzniká v každej rodine v priebehu spoločného života originálny výchovný štýl tej - ktorej rodičovskej dvojice, tak sme my dospeli ku metafore o sociálnej delohe a s ňou spojeným sociálnym pôrodom, ktorý predstavuje proces separácie dospelujúceho z pôvodnej rodiny“ (Chvála a Trapková, 2004, s. 85-86).

Počas intrauteriného vývoja plodu je deloha orgánom, ktorý zaisťuje ochranu pred nepriaznivými vplyvmi okolia. Je to hranica, ktorá oddeľuje vnútorný priestor od vonkajšieho. Špeciálne usporiadanie vzťahov okolo novorodenca plní deloha podobné funkcie ako na biologickej úrovni. Placenta je v tomto pojatí orgánom, ktorý sprostredkováva látkovú výmenu medzi vonkajším prostredím, teda materským organizmom a plodom. Interakčné prostredie medzi rodičmi je zdrojom „sociálnej výživy“ pre dieťa. Za nekonečným chaosom nevýznamných interakcií či už biologických okolo plodu, alebo sociálnych okolo dieťaťa, sú zákonitosti, ktorých naplnenie je neprekročiteľné.

⁵ Termín "sociální deloha" je pôvodom z češtiny. Jeho slovenská obdoba je "sociálna maternica", čo v českom kontexte navodzuje rušivé konotácie - z tohto dôvodu je v práci používané česko-slovenské spojenie "sociálna deloha".

Deviatim mesiacom tehotenstva zodpovedá približne osemnásť rokov psychosociálneho vývoja dieťaťa v rodine. Pôrodníci (cit. podľa Chvály a Trapkovej, 2004, s. 104-108) rozlišujú tri výrazné fázy tehotenstva, takzvané trimestre, ktoré sa od seba navzájom líšia úlohami, ktoré plod plní, a aj rizikami, ktoré plodu v tom či onom trimestri hrozia. Vývoj dieťaťa v rodine, rozčleňujú psychologické teórie tiež na tri obdobia - od narodenia do šiestich rokov, od šiestich do dvanástich a od dvanástich do osemnástich rokov:

a) Prvá tretina / od narodenia do šiestich rokov:

- je načatý a dokončený vývoj orgánov / plnenie vývojových úloh až po dobré vyvinutie „psychosociálnych orgánov“
- patológia v prvom trimestri vývoja plodu je najzávažnejšia / podobne to je aj na sociálnej úrovni – konfliktný vzťah s partnerom, porucha synchronicity materského a detského organizmu nevytvára dieťaťu prostredie, ktoré by ho „sýtilo“ a následky „podvýživy“ sa tiahnu ako dlh do ďalších rokov.

b) Druhá tretina / od šiestich do dvanástich rokov:

- nastáva telesný rast, rozvíja sa koordinácia pohybov tela, dozrievajú telesné funkcie, plod však stále nie je schopný samostatného života mimo telo matky / „sociálna výživa“ už nie je závislá len na rodičoch, ale aj na okolí, s rozširujúcou sa slovnou zásobou rastie porozumenie dieťaťa vzťahom, ktoré už aj samo vytvára.

c) Posledná tretina – od dvanástich rokov do plnoletosti:

- v priebehu poslednej fázy života v delohe matky sa dieťa pripravuje na opustenie chráneného priestoru, ku koncu tehotenstva dochádza k infarktom placenty, plod začína byť stiesnený a stresovaný, chýba mu fyzický pohyb /

uvoľnenie z pôvodnej rodiny je analogické, celý rodinný systém sa dlho pripravuje na zmenu, a aby k zmene došlo, je nutný konflikt.

Na konci puberty, rovnako ako na konci tretieho trimestra v delohe, sú jedinec a jeho rodina pripravení na vážnu a nenávratnú zmenu, ktorou je separácia.

Rodinné prostredie, kde prebieha nespočetné množstvo interakcií, je chaotickým systémom, ovplyvňovaný každým z účastníkov a súčasne zásadne ovplyvňujúcim možnosti vývoja každého z nich (Rieger a Vyhnáľková, 2001, s. 70).

Metafora sociálnej delohy (cit. podľa Chvály a Trapkovej, 2004, s. 109-112) nás doviedla k otázke akým spôsobom sa dostáva dospievajúci z vnútorného, sociálne uzatvoreného priestoru, von k samostatnému a na rodičoch nezávislému životu. Tehotenstvo je ukončené výraznou a nebezpečnou krízou, ktorú predstavuje pôrod. Je to prvý veľký konflikt medzi matkou a dieťaťom. Sociálny pôrod predstavuje obdobie, kde záleží na tom, ktorý z rodičov je viacej k dispozícii, a či ten druhý dokáže a môže ustúpiť do pozadia, bez toho, aby sa úplne prerušilo puto tak ako s dieťaťom, tak aj s druhým rodičom.

Pri sociálnom pôrode dochádza k množstvu porúch. Predčasný pôrod, kedy je dieťa vypudzované von, bez toho, aby ku tomu dalo podnet, pripomína situáciu dieťaťa, ktoré je predčasne a bez podpory postavené na vlastné nohy. Prenášanie zase dobre odpovedá situácií v rodine s dospievajúcim dieťaťom, ktorému napríklad úzkostní rodičia nedovoľujú, aby sa osamostatňovalo. Obidve situácie sú nebezpečným zdrojom symptómov v rodine (Chvála a Trapková, 2004, s. 140-150).

Poruchy príjmu potravy sú jedným z typických príznakov, ktoré sa môžu v separačnom procese objaviť. Chvála a Trapková (2003) zasadzujú diagnózy podľa MKN-10 do psychosociálneho kontextu

vývoja základného trojuholníku matka-dieťa-otec. Ako „vývojovú anorektickú fázu“ označujú obdobie, kedy sa dieťa potrebuje emočne zbližiť so zralou a empatickou matkou, aby sa od nej mohlo vzápätí oddeliť a podobne „vývojová bulimická fáza“ predstavuje nasledujúce obdobie, v ktorom sa dospievajúci potrebuje emočne zbližiť so sexuálne bezpečným otcom. Od neho sa potom s konečnou platnosťou separuje z pôvodnej rodiny a je pripravený na nezávislú existenciu sexuálne zrelého dospelého. Proces separácie sa deje v smere z vnútra von tak ako biologický pôrod dieťaťa z matkinej delohy. Mentálna anorexia je prejavom stagnácie v anorektickej vývojovej fáze procesu separácie a mentálna bulímia upozorňuje na zastavenie v bulimickej vývojovej fáze.

U dievčat s mentálnou bulímiou problémy s osamostatnením sa vyplývajú skôr z potreby zostať blízko rodiča, pokúšajú sa nájsť pohodlie a bezpečnosť v situácií, keď im nikto z rodičov nevychádza v ústrety. Zlyhávanie v osamostatňovaní sa u dievčat s mentálnou anorexiou má pravdepodobne korene v matkinej neschopnosti dovoliť svojej dcére prežívať svoje vlastné pocity a emócie (Pavličková, 2000, s. 38).

3.2.2 Rodina s poruchou príjmu potravy

Hellinger (2004, s. 76) vo svojej knihe, Rodinné konstelace - objevná síla píše: *„Nie je nič silnejšie než rodina. Nespôsobuje ochorenie preto, že by sa skladala zo zlých ľudí, nie je to ani láska, ktorá spôsobuje ochorenie alebo zdravie. Dôvodom je hĺbka puta a potreba kompenzácie. Keď objasníme túto skutočnosť, tak rovnaká láska a rovnaká potreba kompenzácie, môže prevedením na inú úroveň pozitívne ovplyvniť ochorenie a vyliečiť ho. Rodina dáva jedincovi život so všetkými svojimi možnosťami a limitmi“.*

Čím sa vyznačuje rodina, kde sa vyskytla porucha príjmu potravy?

Kľúčom k poruche príjmu potravy je pochopenie, čo sa v rodine deje, vo väčšine prípadov je porucha príjmu potravy u dieťaťa priamym dôsledkom vážneho rodinného problému, ktorý sa náležite nerieši. Dieťa sa stáva nositeľom symptómu tohto problému.

Porucha príjmu potravy býva komplexnou reakciou na negatívny zásah do psychického a psychosexuálneho vývoja v období puberty a adolescencie. Ide o protest i volanie o pomoc, pokiaľ doterajšie signály neboli zaregistrované. Ide o zložitú situáciu pre okolie aj pre samotné pacientky, ktoré zároveň túžia po porozumení a potvrdení ich (ženskej) role matkou, otcom a okolím. Zároveň im ide o separáciu od rodiny, osamostatnenie a nezávislosť. Tento konflikt, ktorý pacientky nedokážu spolu zladiť a vyjadriť, je telesne akoby rozložený do záchvatového, žiadostivého prijímania potravy, ktoré odpovedá túžbe po naplnení príjemnými zážitkami, a do zvracania, ktoré odpovedá sklamaniu a agresii (Poněšický, 2002, s. 93-94).

Poněšický (2002) uvádza, že okrem ťažkých traum v priebehu detstva, ktorých následkom sú aj iné rôzne psychopatologické poruchy, sa u dievčat s mentálnou bulímiou a anorexiou stretávame s nasledujúcimi špecifickými rodinnými konšteláciami:

- a) Rodičia neposkytujú dostatok slobody pre individualizáciu a vývoj. Typickým postojom je tabuizovanie sexuality, odmietanie nastupujúcej ženskosti u dcér, namiesto toho podporovanie mužskej súťaživosti, výkonnosti, budúcej kariéry. Vyskytuje sa narcistické zneužívanie pre vlastné účely, napr. pre dosiahnutie cieľov, ktoré nedosiahli rodičia. Zneužívanie detí ako dôvernícov pri nerešpektovaní generačného rozdielu, inokedy ako spojencov proti manželskému partnerovi. Najhorším

prípadoch je prinútenie k incestu pod hrozbou mlčanlivosti či iná forma zneužívania detí vlastnou silou, mocou a prevahou.

- b) Dieťa sa snaží zaistiť súdržnosť rodiny, čím je opäť zabrzdený jeho vlastný vývoj. Rodina „deleguje“ na dieťa a ono na seba berie všetko negatívne, čím umožňuje ostatným členom rodiny bezkonfliktné vzťahy. Toto môže mať rôzne formy: dieťa ako obetný baránok, na ktorého si všetci vylievajú svoju nespokojnosť, svoju agresiu; dieťa pohlcujúce do seba napätie v rodine; choré dieťa, ktoré stmeluje rodinu tým, že sa jeho choroba dostala do stredu pozornosti a zároveň burcuje celú rodinu.

- c) Pomerne často sa v rodinách s vyskytujúcou sa poruchou príjmu potravy objavuje konkurujúci súrodenec, ktorý je u jedného z rodičov viac obľúbený, milovaný či podporovaný. Bulímia a anorexia sa tak stávajú prostriedkami k dosahovaniu pozornosti, niekedy aj preto, že iné subtílnejšie signály nie sú rodinou registrované. Niekedy sa dokonca jedná aj o akúsi pozvoľnú sebevraždu.

„Vo výskume Vandereyckena, boli porovnané normálne rodiny a rodiny, v ktorých sa vyskytla porucha príjmu potravy. „Anorektické“ rodiny vykazujú viac rigidity v rodinnom usporiadaní, menej jasné interpersonálne hranice a tendenciu vyhýbať sa otvorenej diskusii pri nesúhlase medzi rodičmi a deťmi. „Bulimické“ rodiny naznačujú pevnejšie interpersonálne hranice, menej často sa vyhýbajú vyjadrovaniu nesúhlasu, ale taktiež sú menej stabilným rodinným usporiadaním“ (cit. podľa Černej, 2008 s. 19).

3.2.2.1 Mentálna anorexia a rodina

U mentálnej anorexie je iróniou, že väčšinou ide o rodiny, ktoré navonok vyzerajú ideálne. Obyčajne bývajú dobre situované, s obidvomi rodičmi. Dievčatá s mentálnou anorexiou zvyčajne vyrastajú v malých rodinách, často majú starších rodičov. Otcovia si často túžobne priali mať syna a sú vedome alebo podvedome sklamaní, že sa im narodila dcéra. Vo vzťahu k dcéram mávajú nerealistické prania a očakávania. Matky bývajú pohltené svojou úlohou matiek „ideálnych detí“. Podieľajú sa na všetkých aktivitách dcér a za to očakávajú lásku a poslušnosť. Stáva sa, že obetujú svoju vlastnú kariéru, alebo tiež bývajú posadnuté výzorom a telesnou hmotnosťou. Dievčatá bývajú bystré, inteligentné, pekné a navonok sú vzdialené prototypu „problémového dieťaťa“. Zatiaľ čo z materiálneho hľadiska má dievča s mentálnou anorexiou všetkého dostatok, emocionálne je deprimovaná. Dievčatá bývajú k sebe veľmi kritické. Nikdy nie sú spokojné s tým, čo dosiahli, stále chcú viac. Taktiež prežívajú pocit, že ich potreby nie sú absolútne dôležité. Dôležité je to, čo si prajú rodičia alebo iní členovia rodiny. Popierajú svoje vlastné prania (Štermenská, 2007, s. 21-22).

Kocourková a Hort (cit. podľa Bratskej a Pavlíčkovej, 2000, s. 36-37) sa na anorektickú rodinu pozerajú z psychoanalytického hľadiska. Matky dievčat s mentálnou anorexiou charakterizujú ako málo empatické k potrebám detí, upnuté na vonkajšie podoby poriadku a perfektnosti. Mávajú rôzne prejavy depresie, či už v zjavnej alebo v skrytej podobe. Ďalej autori uvádzajú, že matky dievčat s mentálnou anorexiou nemávajú vyriešenú vlastnú separáciu od svojej matky, bývajú od nej vnútorne závislé a čakajú od nej ocenenie za perfekcionista prístup k vlastnému životu. Nemávajú dostatok sebavedomia v materskej roli, a o to viac ich správanie dcér traumatizuje. Otcovi dieťaťa s mentálnou anorexiou sa hovorí ako o „druhom najlepšom v rodine“, ale tiež sa hovorí ako o psychologicky neprítomnom, ktorý je zamestnaný

kariérou a odmieta sa podieľať na ženskom svete rodiny. Otcovia niekedy idealizujú vlastné matky a sklamaní manželkou prenášajú túto idealizáciu na dcéru.

Lieberman sa zaoberal analýzou rodín s anorektickým členom a odhalil v nich tzv. pravidlo vzhľadu. Ide o symbolické spojenie medzi tým, ako dievča s mentálnou anorexiou vyzerá a ako sa cíti, ktoré môže byť vyjadrené metaforickým obrazom: „Ako vyzerám, tak sa cítim.“ Rodiny, v ktorých žije anorektická osoba, sa podľa autora viac ako iné rodiny zaoberajú vzhľadom. Sociálna akceptácia je pre ne najdôležitejšia a je meradlom sebaúcty každého člena (cit. podľa Bratskej a Pavlíčkovej, 2000, s. 37).

3.2.2.2 Mentálna bulímia a rodina

Dievčatá s mentálnou bulímiou často pochádzajú z rodín, kde sa kladie veľký dôraz na vonkajší dojem. Sú vychovávané k tomu, aby hľadali súhlas a potvrdenie u ostatných namiesto toho, aby používali vlastný rozum a úsudok. Rodina ich naučila, že pochybnosti, strach a obyčajné ľudské zlyhanie sú neprijateľné. Preto musia hľadať spôsoby, ako tieto a podobné „nedostatky“ zakryť a popritom stále vyzeráť dokonalo. Uvádzajú, že keď boli malé, nikto sa o ne priveľmi nestaral. Dievča v takej rodine pochopí, že rodičia majú veľa povinností, a tak sa naučí spoliehať na seba. Zároveň sa však od neho očakáva, že bude pomáhať vytvárať predstavu spokojnej, fungujúcej rodiny. Veľa detí začne obviňovať seba. Ak si pripadajú osamotené, neisté, myslia si, že to nie je tým, že rodičia na ne nemajú čas, ale že ony nie sú v poriadku. Matky dcér s mentálnou bulímiou pochybujú o tom, či dokážu byť plnohodnotnými dospelými ľuďmi. Napriek tomu, že majú zodpovednosť za dcéru, nie sú presvedčené, že toto poslanie dokážu splniť. Otcovia dcér s mentálnou bulímiou sa často nepodieľajú na výchove detí. Veľa

požadujú od seba a veľký výkon vyžadujú i od svojich dcér. Netolerujú slabosť u seba ani u detí (Štermenská, 2007, s. 22).

Podľa Pavlíčkovej (2000) rodina kde trpí dcéra mentálnou bulímiou sa vyznačuje nedostatkom kontroly s navonok zameraným správaním, zmätenými emóciami, kde často panuje chaos a panika. Hranica medzi matkou a dcérou s mentálnou bulímiou je priepustná, ale matka prejavuje nevšímavý postoj a necháva svoju dcéru s jej problémom samu. Matka sa málo angažuje a býva skôr bez citu, zodpovednosti, je akoby „nad vecou“.

Mnohí bulimickí pacienti pripúšťajú pocit neobyčajne silných rodinných pút a práve tento fakt narúša samostatný vývoj dieťaťa. Rodičia, konkrétne matky, bývajú hyperprotektívne, a tak je hladovanie dieťaťa odrazom úsilia odpútať sa od jej zasahovania. Prepchávanie sa je zasa pokusom kompenzovať samotu, ktorú dieťa pociťuje pri nedostatku matkinho záujmu (Moore-Groarke a Thompson, 1998, s. 35).

4 Príčina vzniku poruchy príjmu potravy

Je veľkým pokušením pre pacienta aj pre psychoterapeuta, nájsť odpoveď na otázku „Prečo?“ na základe priamočiarej kauzality. Jedná sa však o multifaktoriálne podmienené poruchy, kde pátranie po jednoduchej príčine môže byť zavádzajúce.

Jedným z konceptov, s ktorým sa v tejto kapitole oboznámime, a ktorý môže prispieť k porozumeniu rizikového vývinu deti a mládeže, je koncept inšpirovaný psychoanalýzou a dynamickou psychológiou. Je to model separácie a individuácie dieťaťa vo formatívnom období. Je to model prechodu z dyadického vzťahu do triangulárneho vzťahu, s ktorým súvisí koncept narušeného sebaobrazu, sebakonceptu v zmysle nezdareného vytvorenia vnútorných osobnostných štruktúr. Ich krehkosť neumožní, aby osobnostne nevyzretý jedinec dokázal prekonať krízu dospievania, aby dokázal zvládať kontroverznosť moderného sveta technickej civilizácie.

Tillich (2004, s. 108) povedal: *„Moc je možnosť, ktorú má bytie k tomu, aby uskutočnilo samo seba cez odpor iných bytí“*.

Už sme si povedali, že mentálnu bulímiu nie je možné ponímať oddelene od mentálnej anorexie. A taktiež hovoriť o vzniku, namiesto o príčine alebo o rizikovom faktore mentálnej bulímie je dosť odvážne. V závere tejto kapitoly toto riziko podstúpime a povieme si o vzniku mentálnej bulímie.

4.1 Koncept rizikovej mládeže

Štúrová (2003) zdôrazňuje význam formatívneho obdobia pre kvalitu života v dospelosti. Zameriava sa na vzťahovú sieť a kvalitu vzťahov pri narodení dieťaťa. Za kruciálnu pokladá fázu zmeny dyadického vzťahu k matke príklonom k otcovi, teda prechod

z dyadického vzťahu do triangulárneho. Neúspešná emancipácia od matky vo formatívnom období, pretože nemohol prebehnúť odklon od nej v podobe emocionálneho obsadenia otca je jej základnou východiskovou tézou porozumenia osudom rizikových mladých ľudí. Pojmom „formatívne obdobie“ označuje zhruba predškolský vek, čo sa v hlbine orientovanom pohľade delí na orálnu, análnu a falickú fázu. Po formatívnom období nasleduje fáza latencie, predpuberta a dospievanie, neskorá dospelosť.

„Fixačný bod hovorí o umiestnení začiatku poruchy. Korene javu sa fixovali vo vývinovej etape tak, že ich vývoj ustrnul alebo sa regresívnymi pochodmi vrátil do tohto vývinového štádia. Nezdarená triangulácia vzťahov je etiologickým faktorom neskoršej patológie oveľa významnejším než imitácia nie celkom žiaducich identifikačných vzorov aktuálneho života mladého človeka“ (cit. podľa Štúrovej, 2003, s. 66).

My sa zameriame na skorú orálnu fázu, neskorú orálnu fázu, skorú falickú fázu a obdobie latencie, ktoré úzko súvisia s poruchami príjmu potravy.

4.1.1 Skorá orálna fáza

Trvá od narodenia približne po prvý rok života dieťaťa. Je dramaticky dôležitým obdobím pre nasledujúci celý život dieťaťa, neskoršie dospelého. Dieťa je v tomto období úplne závislé od dospelých, ktorý mu sprostredkujú základnú ľudskú skúsenosť o kvalite života. Dieťa prežíva svet v kategóriách dobrý – zlý, bezpečný – ohrozujúci, pokojný – nepokojný. Jeho základná skúsenosť, ktorú by malo v tomto období získať, je dôvera. Z tejto prадôvery časom bude odvodzovať základy sebadôvery. V tomto období sa kladú podmienky na jeho budúci sebakoncept, základy pre formovanie osobnosti s dimenziami istota – alebo sklon k neistote,

pocit bezpečia alebo ohrozenia. Významnou podmienkou nastolenia pokoja a bezpečia je, aby primárny objekt vedel empaticky reagovať na potreby dieťaťa, uspokojoval ich rýchlo a kvalitne, a tým minimalizoval úzkosť, neistotu, ohrozenie (Vágnerová, 2005, s. 71-74).

4.1.2 Neskorá orálna fáza

Dieťa v tomto období odvracia pozornosť od seba a obracia ju k vonkajšiemu objektu, spravidla k matke, ktorú vníma ako nositeľku nasýtenia a pohody. Význam otcovskej figúry pre správny vývin dieťaťa je predovšetkým v tom, že vytvára priestor pre matku, je tvorcom jej emocionálneho a materiálneho zabezpečenia.

V neskorom orálnom období sa kladú základy nevedomého mechanizmu agresie obrátenej von alebo agresie obrátenej proti sebe. Dieťa, ktoré nie je zneistené a je relatívne sebaisté, nemá sklon prežívať ohrozenie a má väčšiu pravdepodobnosť, že sa v ňom položia základy mechanizmu agresie obrátenej von. Dieťa bez dostatočnej dôvery a pocitu bezpečia v neskoršom veku bude ohrozené tým, že u neho bude prevažovať mechanizmus agresie obrátenej proti sebe. To bude aj základom širšej osobnostnej tendencie v podobe sebadeštrukcie. Popri tomto vývine dochádza u dieťaťa bez dostatočnej dôvery a pocitu bezpečia k tomu, že sa izolujú impulzy náklonnosti a priateľstva od impulzov agresie. Vývin potom prebieha izolovane. Izolované impulzy agresie ustúpia do latentného nevedomého konceptu duševného života. Nevstúpia do vonkajšieho prejavu dieťaťa, nevstúpia do jeho správania. To, že tieto impulzy nie sú zreteľné, môže byť signálom začínajúceho sa patologického vývinu ako následku chybného vývinu osobnosti (Bergeret, 2004, s. 8-12).

4.1.3 Skorá falická fáza

Konečnou fázou formatívneho obdobia dieťaťa je odpútanie sa od matky a príklon k otcovi. Je to obdobie prechodu z dyadického vzťahu s matkou k triangulárnemu modelu dieťa – matka – otec. Vo vzťahu k nemu sa dieťa má naučiť zvládať svoj vzťah k autorite. Otec je pre dieťa predovšetkým oporou a ochranou, čím je mocnejší, tým je ochrana účinnejšia, je garantom bezpečia a istoty. Identifikácia s otcom prispieva k aktivite dieťaťa pri vyrovnávaní sa s náročnými situáciami, hlavne vo vonkajšom svete a v nebezpečenstve. Vzťah k rodičovi opačného pohlavia a mierne odmietanie rodiča rovnakého pohlavia sú veľmi dôležité pre dospelý život. Dievča sa inšpiruje na jednej strane matkou, ale na druhej strane, zdá sa, oveľa významnejšie, otcom k tomu, aby vyvíjalo a upevňovalo svoju ženskosť. Na základe toho, ako otec reaguje na jej ženské prejavy, môže ich akceptovať a rozvíjať. Svoju ženskosť môže prijímať alebo odmietať. S tým súvisí dôvera alebo nedôvera v mužské postavy. Ťažšie prebieha tento proces vtedy, keď otec nezvládne erotické impulzy smerom k dcére s výraznejšími ženskými znakmi a správaním. Zvyčajne sa stiahne do vlastnej obrany a nekomunikuje, izoluje sa, a tým prispieva k chaosu, prípadne k ustrnutiu vývinu dievčaťa (Štúrová, 1991, s. 345-350).

4.1.4 Obdobie latencie

Obdobie latencie, prichádzajúce po formatívnom období (cit. podľa Štúrovej, 2003, s. 31-32), chápeme ako prípravu pubertálneho obdobia. V puberte môže dochádzať k satureniu dosiaľ nesaturovaných potrieb dieťaťa. Pubertu chápeme ako repliku formatívneho obdobia, a tým aj ako príležitosť k žiaducej zmene v tých prípadoch, ktoré sú predchádzajúcim vývinom rizikové. Je to

možnosť ako sa môže odohrať adekvátny vývin vzťahov. U rizikových mladých ľudí neprebehol vývin počas formatívneho obdobia optimálne a puberta prináša možnosť, aby sa odohrali vývinovo relevantné úlohy, ktoré u iných detí nastali počas formatívneho obdobia. Znamená to odpútanie sa od dyadického vzťahu s matkou a rozriešenie komplikovanejšieho triangulárneho vzťahu v prospech partnerstva s rodičmi rovnakého pohlavia a dôvera k rodičovi opačného pohlavia.

Obťažnosť tohto procesu je, okrem iného, zapríčinená tým, že z osobných motívov, nie vždy uvedomovaných, rodičia nedokážu opúšťať rodičovské pozície a utváranie partnerstva deťom neumožňujú. Dôvera rodičov v schopnosti a možnosti dieťaťa hrať rozhodujúcu úlohu pri formovaní sebaistoty a sebadôvery. Je životodarné, keď sa deti v tomto veku pokúšajú emancipovať od detstva. Pôvod tohto procesu je legitímny, podnecujúco pôsobiaci, ale deti niekedy nevedomky volia prostriedky, ktoré ich môžu ohrozovať.

Dievčatá s poruchou príjmu potravy ventilujú svoju agresiu tak, že ju obracajú proti sebe, a zároveň ovládli aj mechanizmus agresie obrátenej von. V ich správaní, v odmietaní potravy, prejedaní, zvracaní, sa manifestujú konflikty a bojovné stretávania s emocionálne významnými postavami - s matkou a otcom. Sebadeštrukcia takýchto dievčat je evidentná. Ich manipulatívnosť a hostilita vo vzťahoch býva skrytá za celkovým kultivovaným prejavom.

Poruchy vyživovacieho pudu sú ekvivalentom depresívneho vývinu, takmer rovnakým spôsobom ako závislosť na droge. Medzi drogou - jedlom a závislým – dievčaťom s poruchou príjmu potravy je funkčný vzťah. Závislý nepotrebuje drogu, ale uspokojenie funkcií, ktoré mu droga ponúka.

Ak porucha, regresívny návrat do skorého detstva či ustrnutie v niektorých možných fixačných bodoch korenia hlboko v detstve,

v osobnej histórii človeka, je namieste očakávať, že reparácia bude trvať dlhší čas.

Poněšický (2002) hovorí, že sa jedná o vzdanie sa niečoho, čo uspokojuje dôležité potreby, čo znižuje napätie, čo je ďaleko ťažšie než sa snažiť odstrániť ochorenie, ktoré prevažne zaťažuje. Je potrebné najprv pacientom niečo dať, niečo ich naučiť, niečo vytvoriť, než sú schopní a ochotní sa oných náhradných uspokojení vzdať.

4.2 Vznik mentálnej bulímie

U dievčat s mentálnou bulímiou je kvalita vzťahu matka – dieťa narušená v období od narodenia po skoré obdobie formatívneho veku, v neskorej orálnej fáze. Narušený vzťah matka – dieťa bol podmienkou toho, že sa nezdaril prechod od dyadického vzťahu dieťa – matka k triangulárnemu vzťahu. Porucha vzťahov v skorších vývinových etapách vedie k úzkosti, neistote, k úniku od reality. U dievčat s poruchou príjmu potravy je významná nemožnosť toho, aby agresia vstúpila do vonkajšieho prejavu dieťaťa (Štúrová, 2003, s. 34).

„Dcéry sú plné úzkosti, napätia, boja sa, že matka nebude schvaľovať to, čo robia a úzkostlivo sa snažia splniť jej očakávania. Nesebecká matka deťom bráni aby ju kritizovali. Sú zaviazané, aby ju nezklamali, učia sa pod maskou cnosti nechuti k životu“ (Fromm, 2006, s. 64).

Poněšický (2005) za vznikom mentálnej anorexie a mentálnej bulímie vidí nasledovné príčiny:

- a) rodičia, alebo dcéra neprijme, že sa z nej stáva žena
- b) rivalita medzi matkou a dcérou

- c) neprijatie seba sama, nevyrovnanosť so svojou ženskosťou
- d) sexuálne zneužitie a s ním spojený pocit viny, pošpinenia, úzkosť
- e) sekundárne pohlavné znaky, ktoré dievča ovplyvní diétou
- f) erotické impulzy, ktoré zmierni dievča diétou
- g) pocit menejcennosti kompenzovaný železnou vôľou v prípade mentálnej anorexie, alebo regresiou na orálnu úroveň u mentálnej bulímie
- h) nedostatok intimity a s ním spojená potreba mať niečo, čo je len moje, nikto mi to nemôže zobrať, vlastný výtvor, ktorému nikto nerozumie
- i) nerešpektovanie individuality dievčaťa a porucha príjmu potravy ako pomsta rodičom

Podľa doteraz zhrnutých poznatkov, vyvodzujeme, že tieto príčiny, sú prejavom dlhodobých dysfunkčných rodinných vzťahov. Avšak korene mentálnej bulímie, môžeme nájsť už skôr hlboko v detstve.

Za vznikom mentálnej bulímie vidíme nasledujúce príčiny:

- a) matka počas tehotenstva prežíva ambivalentný vzťah k dieťaťu alebo odmieta rolu matky
- b) otec sa stavia negatívne k tehotenstvu, odmieta dieťa, čo má vplyv na psychické a emocionálne rozpoloženie ženy (matky)
- c) dieťa sa narodí ako nechcené a tento pocit je zakorenený hlboko v detstve, vytvára sa a priori pocit menejcennosti
- d) dieťa nie je kojené, alebo len krátku dobu, kojenie je pre dieťa nielen uspokojením hladu, ale aj zdrojom pocitu bezpečia a istoty, ktorý je pre rozvoj duševnej rovnováhy

a pre harmonický vývoj dieťaťa veľmi dôležitý (Matoušek, 1987, s. 26)

- e) chýba bezprostredná empatická reakcia na emocionálne potreby dieťaťa v útlom veku
- f) porušenie citovej väzby medzi matkou a dieťaťom
- g) dlhodobá materská deprivácia v rannom veku
- h) narušený priebeh v skorej orálnej fáze - dieťa nezíska od dospelých v tomto období základnú skúsenosť, ktorou je dôvera, čo vedie k narušeniu sebakonceptu
- i) narušený priebeh v neskorej orálnej fáze vedie k položeniu základov nevedomého mechanizmu agresie obrátenej proti sebe.

„K prejavu poruchy príjmu potravy vedú dlhodobo dysfunkčné rodinné vzťahy, ktoré sú príliš rigidné, s tendenciou k hyperprotektívite a vzájomnej manipulácií medzi jednotlivými členmi, bez možnosti jasného vymedzenia pozície každého jedinca. Typická je neschopnosť riešiť konflikty, vecne komunikovať a prijímať rozhodnutia. Prevažuje stratégia popierania problému a potlačovania emócií. Rodina sa bojí akejkolvek zmeny, potrebuje udržať daný stav, ktorý predstavuje určitú rovnováhu a navonok sa prezentovať ako bezproblémová. Za týchto okolností je pre dospelávajúceho problém sa osamostatniť, pretože rodina na akýkoľvek podobný pokus reaguje úzkosťou a správaním, ktorého cieľom je zachovanie súčasného stavu“ (Vágnerová, 2008, s. 469).

V našom ponímaní z toho môžeme usúdiť, že narušený vývoj v rannom detstve, od prenatalného obdobia končiac orálnou fázou, kladie základy osobnosti s narušeným sebakonceptom. Príčinu vzniku mentálnej bulímie tak môžeme hľadať v útlom detstve, kedy sa nevybuduje základný pocit bezpečia a sebadôvery.

S takouto predispozíciou dieťa vyrastá s pocitom, že je nechcené na svete, menejcenné. Lásku rodičov sa snaží získať tým, že je poslušné, vyrastá v napätí, že by mohlo byť odmietnuté, a tak svojim správaním dopĺňa ideálnu harmonickú a bezproblémovú rodinu, pričom potláča agresiu.

V období puberty, kedy má dôjsť ku konfliktu a následnej separácii, sa toto napätie stupňuje. Pokiaľ dievča nenájde silu, aby prelomilo tento bludný kruh, aby sa vyrovnalo so zmenou, ktorú odmieta aj otec, neschopný akceptovať, že sa z dievčaťa stáva žena, tak jediný spôsob, akým sa môže zmene vyhnúť je nedospieť. Namiesto toho, aby prejavilo nahromadenú agresiu, ktorú pociťuje a drží v sebe, obráti ju proti sebe vo forme diéty. A tak porucha príjmu potravy - mentálna anorexia, sa prejaví „vznikne“ až v období puberty, kedy je tento vnútorný tlak neudržateľný.

Odmietanie potravy symbolizuje odmietanie rodičov, čo spôsobuje ďalší tlak a vyvoláva pocity viny. Keď dievča dlho odmieta lásku rodičov vo forme jedla a pokiaľ je tlak rodičov silný, tak dochádza k tomu, že tento mechanizmus odmietania sa zmení. Dievča zistí, že úspešným spôsobom ako sa vyhnúť konfrontácií, neukázať agresivitu, zostať stále dobrá dcéra a nesklamať rodičov, je ich vo forme jedla prijať. Dievča sa začne prejedat', čím symbolizuje, že prijíma rodičov. Zároveň je potrava nestráviteľná, lebo ich prijať nechce, a tak ich „vyvráti“, a tým sa spustí bludný kruh prejedania a zvracania, prijímania lásky a odmietania. Vzniká mentálna bulímia.

V nasledujúcej kapitole si tento priebeh demonštrujeme na kazuistike z praxe.

5 Kazuistika dievčaťa s mentálnou bulímiou

V priebehu svojej praxe, som dlhodobo pracovala s jednou klientkou (ďalej Sandra), ktorá dochádzala na podpornú skupinu. Zámerom tejto kazuistiky je pokúsiť sa porozumieť tomu, prečo sa narušilo prežívanie a správanie Sandry. Cieľom rozboru tohto životného príbehu je porozumieť tomu, že:

- a) kvalita vzťahu dieťa – matka bola narušená v rannom období veku Sandry
- b) narušený vzťah matka – dieťa bol podmienkou toho, že sa nepodaril sociálny pôrod Sandry
- c) porucha vzťahov v rannom období, v období orálnej fáze vedie k depresívnemu vývinu, k úzkosti, neistote, k úniku od reality, k poruche príjmu potravy

Pozornosť zameriame na vzťahy v rodine, ako vplývali na život Sandry v čase jej narodenia, na kvalitu súžitia rodičov a ich pripravenosť na rodičovskú pozíciu, na emocionálne kvality vzťahu matka dieťa v prenatalnom období až do dvoch rokov, a na emocionálne kvality rodinného súžitia vo veku dvanásť až pätnásť rokov.

5.1 Kazuistika

Sandra, má dvadsaťšesťrokov, je to milá, sympatická, komunikatívna žena. Pracuje ako obchodný zástupca farmácie. Na skupinu prišla z vlastnej iniciatívy, s túžbou sa vyliečiť a prerušiť začarovaný kruh prejedania a zvracania. Sandra pochádza z dobre

situovanej rodiny, otec je riaditeľom prosperujúcej firmy, matka lektorka na konzervatóriu. V rodine je o sedem rokov starší brat, a o šesť rokov staršia sestra, obaja už majú svoje rodiny a žijú v inom meste. Sandra býva sama v prenajatom byte. Zo začiatku bola v skupine v ústraní, mlčanlivá, veľmi zraniteľná. Po prvom mesiaci v skupine sa osmelila a začala reagovať na ostatných členov, vyjadrila túžbu porozumieť sebe, vyrovnáť sa s pocitmi menejcennosti, ktorými trpí. Už tri roky je sama, nemá partnera. Rodičia vedia, že chodí na skupinu a paralelne na individuálnu psychodynamicky orientovanú terapiu. Nikdy sa jej však nespýtali na dôvod.

Keď mala Sandra štrnásť rokov začala držať prvú diétu, na podnet otca, ktorý jej povedal, že by sa mala viac hýbať. Rok obmedzovala príjem potravy na minimum, a z pôvodných 59kg pri výške 171cm, schudla na 43kg. Cvičila každý deň niekoľko hodín, jej prioritou sa stalo krásne štíhle telo. Sandra bola vegetariánka, tak ako aj jej matka už predtým. Otec Sandry ocenil, že vyzerá dobre, ale matka, ktorá bola pre Sandru najbližšia osoba a zároveň kamarátka, spozorovala zmeny na jej správaní. Kruhy pod očami a uplakané oči, podráždenosť, útle telo, Sandra sa začala strácať a jej matka báť. Začala Sandru viac kontrolovať, varila jej, a dohliadala na ňu. Tlak a kontrola rodičov bola silná, našla si iný spôsob, ako zostať štíhla - začala zvracať. Vtedy sa u nej začala mentálna bulímia. Keď nemusela, tak nejedla, keď musela jesť, tak to následne vyvrátila. Po troch rokoch, kým sa jej darilo udržať si váhu, sa jej to vymklo spod kontroly. Bola už na gymnáziu, kde na ňu kládli väčšie nároky, otec od nej tiež vyžadoval dobré známky, a jej neustále myšlienky na jedlo jej začali znepríjemňovať život. Nemohla sa v škole sústrediť, nosila domov zlé známky, čo spôsobovalo doma časté hádky. Zvracala čím ďalej tým častejšie. Popritom jedla rôzne tabletky na potlačovanie chuti do jedla, tabletky na chudnutie, zneužívala laxatíva, nevládala už cvičiť. Zvracala každý deň desať až dvadsaťkrát. Bola schopná zjesť veľké množstvo kalorickej stravy

a zastavil ju až strach z toho, že by jej mohol prasknúť žalúdok, a tak stravu vyvrátila, a pokračovala v prejedaní ďalej. Začala postupne priberať, izolovala sa od spoločnosti a doma sa vyhovárala na bolesti hlavy, aby nemusela chodiť do školy. Rodičia nechceli pripustiť, že ich dokonalá dcéra môže mať problém, a tak si ničoho nevšimli.

V tomto období, v pubertálnom veku sa odsťahovali obaja súrodenci, a pozornosť rodičov sa upriamila na ňu. Napätie a konflikty sa stupňovali, otec ju tlačil do výkonu, záležalo mu na jej štúdiu a na známkach. Matku vnímala ako chladnú, bez porozumenia, mala pocit, že matka ju nemá dostatočne rada, že trúchli len za súrodencami. S bratom aj sestrou mala dobrý vzťah. Cítila, že ju rodičia akceptujú menej ako jej sestru. Žiarlila na sestru a na jej úspechy. Rodičia ju vychvaľovali a dávali jej ju za vzor, ktorému nebola schopná sa vyrovnáť. Rodičia na ňu neustále dohliadali, matka sa o ňu bála, a tak ju nikam nepúšťala, otec kládol dôraz na štúdium, a nejaké „poflakovanie“ sa po vonku s kamarátmi pokladal za marenie času. Bola neustále pod kontrolou, nemala žiadne súkromie, a tak jediné, o čom nikto nevedel a čo bolo naozaj len jej, bola bulímia.

Po maturite sa odsťahovala ku priateľovi, myslela si, že to bude nový začiatok, že začne normálne jesť, ale nepodarilo sa. So svojím partnerom sa rozišla, s rozchodom nie je ani po rokoch vyrovnaná. S jeho rodinou vychádzala veľmi dobre, trávila u nich veľa času, čo vadilo jej rodičom. Vzťah trval šesť rokov, s partnerom spoločne žili a plánovali si spoločnú budúcnosť. Pretože odmietala akýkoľvek fyzický kontakt, tak jej bol partner neverný. Vzťah s ním ukončila. S jeho rodinou sú v príležitostnom kontakte.

Následne kontaktovala dve ženské terapeutky, ale ani jedna jej nevyhovovala, a tak sa kontaktovala s mužským terapeutom, s ktorým naviazala dobrý vzťah. Dnes má pre rodičov väčšie porozumenie a ich vzťah sa zlepšil. Na odporúčanie terapeuta vyhľadala skupinu. V priebehu skupiny dochádzalo u Sandry k zlepšeniu stavu, ale aj k výkyvom nálady – hlboká depresia

vzbudzovala obavy o jej život. Momentálne je pre ňu skupina podporná, k relapsu dochádza len príležitostne. V individuálnej terapii naďalej pokračuje.

5.2 Rodinná anamnéza sprostredkovaná pohľadom Sandry

Sandra popisuje svoju matku ako atraktívnu ženu, profesionálne úspešnú. Otec je o rok mladší od ženy, je úspešný riaditeľ firmy s veľkou zodpovednosťou. V dvojici je dominantnou postavou. Ich súžitie popisuje Sandra ako dobré, navzájom sa dopĺňajú.

Sandrina matka pochádza z rodiny, kde otec bol zverolekár a jej matka ženou v domácnosti. Z rozprávania vie, že dedko bol vo výchove jej matky prísny a v rodine dominantný. Sama ho nepoznala. Babka ochorela v mladom veku a musela sa o ňu starať. Sandrina matka s jej sestrou. Sandrina matka spoznala manžela vo veku, kedy už chcela založiť rodinu, čo sa jej podarilo. Najprv otehotnela, potom bola svadba, a až nakoniec si našli spoločné bývanie. Rodičia Sandrinej matky boli sklamaní a nepodporovali ju. Až po narodení Sandrinho brata sa ich kontakt obnovil a nastalo medzi nimi porozumenie.

Sandrin otec pochádza z chudobnej rodiny, kde sa museli o jedlo často deliť. Má dve staršie sestry. V rodine bola dominantná matka, ktorú uctieval manžel aj Sandrin otec spoločne so sestrami. O otcovi nikdy nerozprával, a Sandra svojho dedka nepoznala. Sandrin otec mal búrlivé dospievanie, bol vždy obľúbený v kolektíve. Dobre študoval, dokončil vysokú školu a v profesionálnej dráhe napredoval bez ťažkostí. Keď sa zoznámil so Sandrinou matkou, nemal ešte dokončenú vysokú školu, a tak jeho rodičia neboli zo

svadby veľmi nadšení. Nevestu si časom obľúbili. Rodiny sa však medzi sebou stretli len raz a potom už nikdy.

Rodičia Sandru vnímajú ako bezproblémovú, sú toho názoru (tlmočené Sandrou), že ich dcéra nemá mať z čoho problémy, je úspešná v profesii a partnera si časom nájde. Odkedy začala chodiť do terapie, tak si prešli rôznymi peripetiami, momentálne ich vzťah Sandra popisuje ako dobrý.

5.3 Komentár

Porozumenie Sandrinej situácii sa odvíja od porozumenia toho, čo sa odohrávalo pri formovaní jej životného postoja vo vzťahu k matke.

Najhlbší prameň Sandrinej depresie, skrytej bulímiou, je v konfliktnom vzťahu s matkou. Sandra bola neplánované dieťa, a z ekonomických dôvodov, pretože rodičia už mali dve deti, tak aj nechcené otcom, ako žiteľom rodiny. Jej matka odmietla ísť na potrat, čím vzdorovala manželovi, a narušila harmóniu ich vzťahu, čo neskôr vyčítala aj Sandre. Prestala ju kŕmiť po 3 týždňoch. Keď sa Sandra narodila, tak sa pozornosť matky delila ešte medzi jej dvoch súrodencov. Jej matka nebola schopná poskytnúť Sandre potrebné emocionálne zázemie. Matka bola finančne závislá na manželovi, v tieni ktorého vyrastali deti. Orálne neuspokojenie dieťaťa, ustavičné hľadanie lásky sa neskôr prejavilo na poruche príjmu potravy. Druhým výrazným motívom depresívneho vývinu Sandry bolo, že otec ju nedokázal akceptovať ako ženskú bytosť, neumožnil jej, aby sa k nemu priklonila a odpútala od komplikovaného vzťahu s matkou. Otec príliš zdôrazňoval význam štúdií, nestrpel akýkoľvek Sandrin prejav slobody a vzdoru, čím posilnil poškodenie sebapojatia dieťaťa. Sandrine emancipačné pokusy boli neúspešné.

K narušeniu rodičovského súžitia došlo v priebehu tehotenstva matky. Sandra žila od začiatku života v psychologicky nepriaznivých pomeroch. K vystupňovaniu problémov došlo až v puberte. Manifestácia narušenia sa prejavila v jej štrnástich rokoch, keď začala experimentovať s diétami, najprv trpela mentálnou anorexiou, ktorá postupne prešla do mentálnej bulímie, predtým bola bezproblémové dieťa.

Osud Sandry naznačuje, že v čase celkovej závislosti od rodiny žila relatívne normálny život. Prispôbovala sa očakávaniam rodičov, plnila ich požiadavky. V očiach rodičov, ako sama popisuje, bola vzorným dieťaťom. Bola stredom ochrany a kontroly zo strany rodiny. Rodičia utvárali podmienky pre jej rozvoj a plne ju podporovali v štúdiu. Agresia bola v skorom období čiastočne sublimovaná do činností akceptovaných rodičmi, a agresiu tiež tlmila mechanizmom obrátenia proti sebe.

Sandra sa zmietala v rozporuplnom svete svojej rodiny. Nedokázala sa od nej odpútať a nevedela sa stotožniť s vlastnou pozíciou v živote. Dlhodobá individuálna psychoterapia prispela k jej zdraviu.

6 Diskúzia

Po dobu písania tejto práce, som neustále narážala na problém, ako oddeliť mentálnu bulímiu od mentálnej anorexie. Ako oddeliť dievčatá choré mentálnou bulímiou od dievčat chorých s mentálnou anorexiou. Pravdepodobne sa mi to dostatočne nepodarilo, ale zároveň som dospela k tomu, že majú nespočetné množstvo spoločných črt (počnúc rizikovými faktormi, cez príznačné rodinné konštelácie, končiac ich prejavom v období puberty), a tak som prestala pokladať toto rozdelenie za principiálne.

Problematické a nejednoznačné je v tejto práci používanie slova „vznik“ : na jednej strane ide o prepuknutie choroby v období puberty (v súvislosti s ňou hovoríme o rizikových faktoroch, vplyve médií, problematike gender atď.), na strane druhej sa zároveň jedná o označenie zakladania tejto choroby, ktoré sa odohráva už v rannom detstve. Táto predispozícia sa potom s dieťaťom vyvíja a môže sa práve vplyvom rizikových faktorov v puberte manifestovať ako porucha príjmu potravy.

Na tomto mieste sa problematika stretáva s ďalším bodom tejto kapitoly, totiž s faktom, že táto práca sa snažila poukázať na dôležitosť doplnenia súčasnej liečebnej praxe⁶ o skúmanie ranného detstva, kde sa už, ako sme povedali, choroba konceptualizovala. Vybraná kazuistika na tento fakt poukazuje. (Neprotestujem však proti označeniu výberu ako účelového. Výsledky doterajšieho šetrenia nie je možné označiť za preukazateľné; do budúcnosti dúfam v uskutočnenie serióznejšieho výzkumu.)

⁶ Oblasť samotnej liečby uvádzaných chorôb nie je v práci dôsledne rozvíjaná. Úvahy nad prehĺbením práce s ranným detstvom však ukazujú, že je možné sa touto problematikou zaoberať bez jej podrobného popisu.

Rovnako nepopieram fakt sympatizovania s hlbinne dynamickými smermi výkladu - dúfam však, že z nich v práci nevyplýva obmedzenie pohľadu na účinnosť smerov ostatných. Ako najlepšia varianta sa mi javí kombinácia všetkých dostupných možností v súlade s konkrétnymi požiadavkami individuálneho prístupu.

Záver

Táto práca sa zmieňuje o príčinách vzniku porúch príjmu potravy, o rodinných vzťahoch, ktoré vedú k vzniku mentálnej bulímie, a ako tieto vzťahy vplývajú na priebeh ontogenézie. Najviac som sa sústredila na príčiny vzniku porúch príjmu potravy v rannom detstve, v postnatalnej fázi. Myslím si, že dôvodom, prečo sa porucha príjmu potravy prejaví v období dospievania je to, že dievča bolo od ranného detstva dlhodobo vystavené pôsobeniu dysfunkčných rodinných vzťahov.

To, čo je predovšetkým typické pre obdobie, na ktoré som sa zamerala, je, ako som sa už zmieňovala vyššie, pôsobenie rodinných vzťahov, na to, s akými predispozíciami sa bude dievča vyvíjať. Na to, aký si utvorí postoj ku svetu, ktorý ovplyvňuje niekoľko faktorov, ktorým som sa v práci venovala.

Psychický stav matky počas tehotenstva a emocionálny vzťah matka - dieťa, od narodenia po koniec neskorej orálnej fázy je taktiež jedným z hlavných faktorov vzniku poruchy príjmu potravy. Pokiaľ dochádza v rannom veku ku strádaniu, k materskej deprivácii dieťaťa, je následkom toho narušený koncept sebapojatia.

Väčšinou nie je potrebné zamýšľať sa nad prvotnou príčinou vzniku poruchy príjmu potravy, pretože preferovaný spôsob liečby je odstrániť narušené správanie, alebo napomôcť separácií dieťaťa.

Avšak odstránením správania, bez porozumenia tomu, čo k tomuto správaniu viedlo, dôjde len k čiastočnej náprave následkov dysfunkčných rodinných vzťahov.

Preto pokladám za dôležité, zamýšľať sa nad príčinou poruchy, hľadať jej vznik hlboko v detstve, aby mohlo dôjsť k hĺbkovej prestavbe a náprave osobnosti, a tým predísť prenášaniam rodinnej patológie a patologického správania do ďalších generácií.

Literatúra

ATKINSON, R. L. aj. *Psychologie*. 2. akt. vyd. Praha: Portál, 2003, s. 569-570. ISBN 80-7178-640-3.

BERGERET, J. et coll. *Psychologie pathologique théorique et clinique*. 9e édition. Paris: Abreges, 2004, s. 8-12, 233. ISBN 2-294-00989-4.

BRATSKÁ, M., PAVLÍČKOVÁ, J. Niektoré sociálne a kultúrne faktory vzniku a pretrvávania porúch stravovania. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2000, roč. 35, č. 1, s. 34 – 45. ISSN 0555-5574.

ČERNÁ, R. *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery*. 2.vyd. Praha: Anabell, 2008, s. 19.

ČERNOUŠEK, M. *Sigmund Freud, dobyvatel nevědomí*. Praha: Paseka, 1996, s. 9, 126. ISBN 80-7185-082-9.

DAVID, H.P., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. Jaké šance na úspěch mají nechtěné děti? *Psychologie dnes*, 2003, roč. 9, č. 9, s. 28-30. ISSN 1211-5886.

DRTILOVÁ, J., KOUKOLÍK, F. *Vzpouza deprivantů. O špatných lidech, skupinové hlouposti a uchvácené moci*. Praha: Makropulos, 1996, s. 147 – 154. ISBN 80-901776-8-9.

FROMM, E. *Umění milovat*. Praha: Český klub, 2006, s. 46, 47, 48, 64. ISBN 80-85637-94-4.

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, 2004, s. 405, 487, 488, 540. ISBN 80-7178-303-X.

HELLINGER, B., TEN HÖVEL, G. *Rodinné konstelace. Objevná síla*. Praha: Triton, 2004, s. 75-78. ISBN 80-7254-512-4.

HILL, G. *Moderní psychologie*. Praha: Portál, 2004, s. 181, 260. ISBN 80-7178-641-1.

HONZÁK, R., CHROMÝ, K., aj. *Somatizace a funkční poruchy*. Praha: Grada, 2005, s. 177-179. ISBN 80-2471-473-6.

HORT, V., KOCOURKOVÁ, J. Psychodynamika a psychoterapeutická východiska u mentální anorexie v adolescenci. *ČS. psychiatrie*, 1995, roč. 91, č. 1, s. 50-56. ISSN 1212-0383.

HORT, V., KOCOURKOVÁ, J., KOUTEK, J. Poruchy příjmu potravy v dětství a rané adolescenci. *Časopis lékařů českých*, 2001, roč. 140, č.13, s. 392-396. ISSN 0008-7335.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. Proces separace a poruchy příjmu potravy. *Mezioborová konference o poruchách příjmu potravy*. Praha, Březen, 2003.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, s. 85, 86, 104–112, 140-150, 177. ISBN 80-7178-889-9.

JACOBI, C., PAUL, T., THIEL, A. *Poruchy příjmu potravy. Pokroky v psychoterapii*. Trenčín: F, 2006, s. 8, 26. ISBN 80-88952-35-2.

KARSTEN, H. *Ženy – muži. Genderové role, jejich původ a vývoj.* Praha: Portál, 2006, s. 105, 106. ISBN 80-7367-145-X.

KERN, H. aj. *Přehled psychologie.* 3. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 208. ISBN 80-7367-121-2.

KRCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy.* 2. akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 18, 21, 127, 128. ISBN 80-247-0840-X.

LADISHOVÁ, L. C. *Strach z jídla.* Ružomberok: Epos, 2006, s. 29-30. ISBN 80-89191-44-4.

MATOUŠEK, M. *První rok dítěte.* 3. vyd. Praha: Avicenum, 1987, s. 26. ISBN 08-012-87.

Mezinárodní klasifikace nemocí - 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2006, s. 144-146. ISBN 80-85121-11-5.

MOORE-GROARKE, G., THOMPSON, S. *Keď sa jedlo stane vaším nepriateľom.* Bratislava: Slovenský spisovateľ, 1998, s. 35. ISBN 80-220-0913-X.

PONĚŠICKÝ, J. Dynamika a struktura psychosomatických onemocnění. In SKÁLA, J. (ed.). *Psychoterapie II. Sborník přednášek.* Praha: Triton, 1993, s. 59-98. ISBN 80-901521-7-1.

PONĚŠICKÝ, J. *Neurózy, psychosomatická onemocnění a psychoterapie.* Praha: Triton, 2004, s. 64. ISBN 80-7254-459-4.

PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002, s. 16, 93, 94, 98, 99, 100. ISBN 80-7254-216-8.

PONĚŠICKÝ, J. *Prednášky na PVŠPS*. Praha: 2005.

PONĚŠICKÝ, J. *Úvod do moderní psychoanalýzy*. Praha: Triton, 2003, s. 12, 97-106. ISBN 80-7254-426-8.

PREUSCHOFF, G. *Výchova dívek*. Praha: Portál, 2007, s. 140, 141. ISBN 978-80-7367-207-2.

RIEGER, Z., VYHNÁLKOVÁ, H. *Ostrov rodiny*. Hradec Králové: Konfrontace, 2001, s. 70. ISBN 80-86088-06-5.

ŘÍČAN, P. *Cesta životem*. 2. přeprac. vyd. Praha: Portál, 2006, s. 261. ISBN 80-7367-124-7.

SOBOTKOVÁ, I. Výzkum rodiny v kontextu multidisciplinární péče o rodinu. *Psychoterapie*, 2007, roč. 1, č. 3-4, s. 158-164. ISSN 1802-3983.

ŠIROKÝ, H. *Meze a obzory psychoanalýzy*. Praha: Triton, 2001, s. 36, 437. ISBN 80-7254-164-1.

ŠTERMENSKÁ, J. Poruchy příjmu potravy. *Sociální prevencia- prevencia nelátkových návykových chorob*, 2007, roč. 2, č. 2, s. 21-23. ISSN 1336-9679.

ŠTÚROVÁ, J. Psychoterapeutická práce s rodiči sociálně nepřízpůsobené mládeže. *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 1991, roč. 26, č. 3, s. 345 – 350. ISSN 0555-5574.

ŠTÚROVÁ, J. *Zabudnuté deti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2003, s. 23, 31, 32, 34. ISBN 80-968798-4-7.

ŠULOVÁ, L., ZAOUICHE-GAUDRON, CH. *Předškolní dítě a jeho svět/L'enfant d'âge préscolaire et son monde*. Praha: Karolinum, 2003, s. 36 – 38. ISBN 80-246-0752-2.

TILLICH, P. *Odvaha být*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004, s. 108, 112. ISBN 80-7325-016-0.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 469. ISBN 978-80-7367-414-4.

VÁGNEROVÁ, M. *Vývojová psychologie I. Dětství a dospívání*. Praha: Karolinum, 2005, s. 64, 66, 71-74. ISBN 80-246-0956-8.

VYBÍRAL, Z. *Psychologie komunikace*. Praha: Portál, 2005, s. 203. ISBN 80-7178-998-4.

VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. 2.vyd. Praha: Avicenum, 1981, s. 187.

VYMĚTAL, J. aj. *Obecná psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada, 2004, s. 34, 305. ISBN 80-247-0723-3.

ZEIG, J. K. aj. *Umění psychoterapie*. Praha: Portál, 2005, s.62. ISBN 80-7178-972-0.

PRAŽSKÁ VYSOKÁ ŠKOLA PSYCHOSOCIÁLNÍCH STUDIÍ

Obor sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Resumé písomnej práce k bakalárskej skúške s názvom:

Vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine

Autor: Patricie Arlethová

Vedúci práce: Mgr. Jan Kulhánek
a MUDr. PhDr. Jan Poněšický

Rok: 2007/2008

Kľúčové slová: mentálna bulímia, vzťahy v rodine, rizikové faktory, ranné detstvo, vznik mentálnej bulímie.

Cieľom mojej práce bolo nájsť prameň vzniku rizikového správania u dievčat, a poznať rodinné zázemie, ktoré k tomuto správaniu vedie. V jednotlivých kapitolách tak postupne zisťujem, aký podiel na tomto postoji majú rodinné vzťahy, v ktorých sa dievča nachádza, a v ktorom životnom období sa formuje tento postoj. Posledným z týchto troch dominantných vlivov je skúsenosť zakorenená hlboko v detstve.

Zdrojom názorov na toto téma mi boli skúsenosti z podporných skupín a rozhovory s odborníkmi, ktoré som na toto téma uskutočnila.

Teoretický text čerpám predovšetkým z literárnych prameňov a z názorov autorov na toto téma, od ktorých odlišujem svoje vlastné názory.

Na začiatku každej kapitoly je zhrnutie o konkrétnej problematike, ku ktorej sa daná kapitola viaže. Na konci práce čitateľa zoznamujem s prípadom z praxe.

POSUDEK OPONENTA NA BAKALÁŘSKOU PRÁCI

Název **Vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine**

Autorka **Patricie Arlethová**

Počet stránok: 69.

Počet kapitol. 6, podkapitol 1.řádu: 14, podkapitol 2.řádu: 10, podkapitol 3.řádu: 5, podkapitol 4.řádu: 2.

Počet odborných publikací: 45.

Autorka zaměřila svou pozornost na dg. F 50.1 - mentální bulimie a F 50.2 - atypická mentální bulimie. Její výběr tématu je vhodný zejména proto, že většina studentů, kteří si volí podobné téma, se zaměřuje na mentální anorexii a pokud se vůbec o bulimii zmiňuje, tedy pouze okrajově. Autorka téma pojala v očekávaném rozsahu, kapitoly jsou správně postaveny a logicky na sebe navazují.

Autorka uvádí, že si téma zvolila na základě pro ni nejpřínosnější praxe v občanském sdružení Anabell. Považuje za primárně důležité, aby osoby postižené touto poruchou samy sebe dokázaly přijmout takové, jaké jsou, bez ohledu na to, jak skutečně vypadají.

V první kapitole se autorka zabývá mezinárodní klasifikací a podle ní blíže charakterizuje jednotlivé poruchy příjmu potravy. Ve druhé kapitole se zabývá teoreticky terapeutickými přístupy ke zvládnutí bulimie. Největší pozornost věnuje výkladu pojetí bulimie jako psychosomatického onemocnění. Ve třetí kapitole se zabývá faktory, které způsobují poruchy příjmu potravy. Ve čtvrté kapitole se autorka zabývá příčinami vzniku poruchy příjmu potravy. Pátá kapitola uvádí konkrétní příklad poruchy příjmu potravy, kterou analyzuje autorka v předchozích kapitolách teoreticky.

Přístup autorky k tématu je seriózní a je patrné, že se mu věnovala s plným nasazením.

Citace v textu i uvedení literatury vzadu odpovídá poslední normě, je zcela správné. Úprava práce je úhledná. Pokud mohu posoudit slovenský pravopis, jeví se mi bez chyb.

Výtka

s.18: mezi výčtem jednotlivých bodů chybí interpunkce, to se vyskytuje i na několika dalších místech např. na s.28.

s. 20 má příliš dlouhé přímé citace zabírající dohromady přes půl stránky. Bylo možno zkrátit a spojit tečkami nebo opsat vlastními slovy, podobně na s.29.

Závěr

Práce je velmi dobře zpracovaná, formální stránka je správně pojata. V souladu se zaměřením prvního vedoucího práce MUDr., PhDr. Jana Poněšického je větší prostor věnován přístupu psychosomatickému. Práce splňuje předpoklady a požadavky kladené na bakalářskou práci. Doporučuji k obhajobě a pozitivnímu hodnocení.

Praha, 20. 9. 2008

MUDr. Olga Dostálová, CSc.

V Praze dne 2. 9. 2008

Posudek vedoucího bakalářské práce

Téma bakalářské práce:

Vznik mentální bulimie a vztahy v rodině

Autor práce:

Patricie Arlethová

Pražská vysoká škola psychosociálních studií,

studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Vedoucí práce:

Mgr. Jan Kulhánek a MUDr. PhDr. Jan Poněšický

Bakalářská práce Patricie Arlethové obsahuje 69 stran včetně obsahu a seznamu literatury. Práce je teoretická a autorka ji rozdělila do šesti částí. Seznam literatury tvoří 45 odkazů na publikace v českém a slovenském jazyce.

V předmluvě autorka popisuje svůj výběr tématu poruch příjmu potravy v souvislosti s absolvovanými praxemi a tedy i nabytými zkušenostmi v občanském sdružení Anabell a na Psychiatrické klinice VFN na dětském stacionáři. Naznačuje zde také svůj pohled na faktory rozvoje onemocnění, kde si všímá zejména vztahů v rodinách pacientek.

Práce pokračuje částí, definující poruchy příjmu potravy, zde se autorka opírá o mezinárodní klasifikaci nemocí ICD 10 i americký systém DSM-IV. **Zde mi přijde zcela na místě přehlednost a stručnost této části.** Dále předkládá autorka „Přehled teoretických přístupů“, **což ovšem dle autorky znamená stručné seznámení se s nejpoužívanějšími terapeutickými přístupy při léčbě poruch příjmu potravy.** V nejobsáhlejší kapitole o faktorech, způsobujících poruchy příjmu potravy se dočteme o biologických, psychosociálních a rodinných vlivech s patrnou akcentací na vliv rodiny. Část práce nazvaná „Příčiny vzniku poruch příjmu potravy“ je v podstatě představením vybraných psychoanalytických konceptů, **myslím, že by tato část mohla být logickou součástí části předchozí, její „osamostatnění“ vnímám jako záměr autorky tento pohled zdůraznit.** Kazuistika umožňuje autorce **více využít svých praktických zkušeností** při komentování příběhu dívky, se kterou se potkala během své praxe. V diskusi **prokazuje autorka dobrou schopnost sebereflexe.**

Závěr

Práce Patricie Arlethové fundovaně pojednává o aktuálním tématu poruch příjmu potravy s orientací na mentální bulimii, rodinné vztahy a rané dětství. Dle mého názoru se jedná o spojení poctivě zpracované relevantní literatury a vlastních názorů a zkušeností v dané problematice. Úctyhodný je rozsah práce i počet zdrojů v použité literatuře.

Práci rozhodně doporučuji k obhajobě a navrhuji hodnocení výborná.

Mgr. Jan Kulhánek

