

Pražská vysoká škola psychosociálních studií



Vznik mentální bulimie a vztáhy v rodině

Arlethová Patricie

vedúci práce: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2011

Prague college of psychosocial studies



**The origins of mental bulimia
and relationships within family**

Arlethová Patricie

The Diploma Thesis Work Supervisor: Mgr. Jan Kulháněk

Praha 2011

Anotácia

Meno a priezvisko autora: Patricie Arlethová

Študijný program: Sociální politika a sociální práce

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

Rok dokončenia práce: 2011

Názov práce: Vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine

Vedúci práce: Mgr. Jan Kulhánek

Kľúčové slová: rizikové faktory, vývoj, separácia, vzťahy v rodine, vznik mentálnej bulímie.

Cieľom tejto diplomovej práce je snaha o zmapovanie rizikových faktorov, ktoré vedú ku vzniku mentálnej bulímie.

Dominantným faktorom je skúsenosť zakorenená hlboko v detstve a obdobie prvých troch rokov života. Pozornosť je tiež venovaná dopadom, ktoré majú skúsenosti z ranného detstva na proces separácie. Autorka zisťuje, aký podiel na vzniku majú vzťahy v rodine, v ktorých dieťa vyrastá a do akej miery ovplyvňujú tento vznik ostatné faktory, napríklad biologické, situačné, sociálne.

Teoretický text autorka čerpá predovšetkým z literárnych prameňov a z názorov autorov na toto téma, od ktorých odlišuje vlastné názory.

Praktická časť diplomovej práce obsahuje kazuistiku, na ktorej sa autorka pokúsila demonštrovať teóriu o vzniku mentálnej bulímie.

Abstract

Name and surname of the author: Patricie Arlethová

Study program: Social politics and social work

Field of study: Social work with specialisation in communication
and applied psychotherapy

Year of the thesis' completion: 2011

Name of the diploma thesis: Origins of mental bulimia and relationships
within family

Supervisor: Mgr. Jan Kulhánek

Key words: risk factors, development, separation, relationships in family,
origins of mental bulimia

The aim of this thesis is mapping the risk factors, which lead to the development of mental bulimia.

A dominant factor in mental bulimia is experiences in childhood and the period of the first three years of life. The effects of experiences of early childhood on the process of separation later in life are also discussed. The author researches the involvement of the relationships in family, in which the child grows up, and to what extent is the origin of this condition influenced by other risk factors, for example biological, situational and social.

The theoretical text is gleaned from literary sources and opinions of authorities with the author's personal opinions distinguished from them.

The practical part of the thesis includes a case history, in which the author tries to demonstrate the theory about the origin of mental bulimia.

Prehlásenie

Prehlasujem, že som túto diplomovú prácu vypracovala samostatne a citujem v nej všetky pramene, ktoré som použila.

V Prahe dňa 31. 8. 2011

.....

Ďakujem všetkým...

Obsah

Úvod	8
1 Bio-psycho-sociálny model chorôb	10
2 Faktory spôsobujúce poruchy príjmu potravy	11
2.1 Biologické faktory	11
2.1.1 Genetické aspekty u porúch príjmu potravy	12
2.1.2 Fyziológia u porúch príjmu potravy	12
2.2 Psychosociálne faktory	14
2.2.1 Pohlavie	14
2.2.2 Vek	14
2.2.3 Etnický pôvod	15
2.3 Osobnostné faktory	15
2.3.1 Perfekcionizmus	15
2.3.2 Impulzivnosť a negatívna emocionalita	16
2.4 Situačné faktory	17
2.4.1 Nepriaznivé životné udalosti	17
2.4.2 Sexuálne zneužívanie	17
2.4.3 Separácia	18
2.4.4 Akulturácia	19
2.4.5 Rizikové prostredie	20
2.4.6 Nadváha	20
2.4.7 Nespokojnosť s vlastným telom	21
2.4.8 Držanie diéty	22
2.5 Sociálne faktory	23
2.5.1 Reakcia na sociálnu krízu	24
2.5.2 Hnutie za emancipáciu žien	25

2.5.3	Nepriateľstvo modernej spoločnosti voči telu	25
2.5.4	Ideál štíhlosti	26
2.5.5	Nadmerná ponuka potravín	28
2.5.6	Reklama	29
2.6	Sociálny vplyv na vznik porúch príjmu potravy	30
3	Vývoj a utváranie osobnosti	31
3.1	Prenatálne obdobie	32
3.1.1	Poruchy príjmu potravy u tehotných žien	34
3.2	Postnatálne obdobie	37
3.3	Vývojové modely – prvý až tretí rok života	38
3.3.1	Kleinovsko - bionovský model	38
3.3.2	Bowlbyho model teórie attachmentu	40
3.3.3	Model Margaret Mahler	42
3.3.4	Model Hilde Bruch	44
3.3.5	Dopady vývoja v prenatálnom a postnatálnom období	47
4	Vývojové úlohy v období puberty	48
4.1	Sociálna deloha a sociálny pôrod	50
4.2.	Vývinové obdobia a ich vplyv na separáciu	52
5	Vznik porúch príjmu potravy	55
5.1	Vznik mentálnej bulímie	56
5.1.1	Dieťa v rodine s poruchou príjmu potravy	57
5.1.2	Dieťa v rodine bez poruchy príjmu potravy	59
5.1.3	Porucha príjmu potravy ako životný štýl	61
6	Liečba porúch príjmu potravy	63

7 Kazuistika	65
7.1 Kazuistika Jany	65
7.2 Komentár	74
8 Diskúzia	79
Záver	80
Literatúra	81

Úvod

Niekoľko rokov pracujem ako sociálna pracovníčka a socio-terapeutka v občianskom združení Anabell, ktoré poskytuje pomoc a podporu osobám s poruchami príjmu potravy. Náplň mojej práce je pestrá. Počnúc administratívou, písaním grantov, cez koordináciu dobrovoľníkov a jednotlivých poradenských služieb, publikovaním do odborných časopisov, účasťou na konferenciách až po priamu prácu s klientmi, ktorými sú jednak osoby s poruchou príjmu potravy, alebo osoby im blízke, tzn. rodičia, partneri, kamaráti. A práve klienti mi sprostredkovali nový pohľad na poruchy príjmu potravy a priviedli ma k hlbšiemu zamysleniu sa nad ich príčinou.

Ako tému diplomovej práce som si zvolila vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine. Touto prácou by som rada naviazala na svoju bakalársku prácu, ktorej téma bola identická. Vzhľadom k rozsahu bakalárskej práce nebolo možné zaoberať sa jednotlivými faktormi podmieňujúcimi vznik mentálnej bulímie dostatočne podrobne.

Od doby, keď som písala bakalársku prácu ubehlo niekoľko rokov a stále prevláda názor, že mentálna bulímia vzniká ako dôsledok mnohých faktorov, tzv. bio-psycho-sociálnych faktorov. Svojou prácou nechcem nijakým spôsobom tento názor vyvrátiť. Avšak vplyvom doby a vývojom spoločnosti vznikajú nové faktory, význam jednotlivých faktorov sa mení, určité dominujú nad inými a práve o tých by som rada vo svojej práci pojednala.

Budem vychádzať zo svojej bakalárskej práce, kde som vymedzila mentálnu bulímiu z pohľadu medzinárodnej klasifikácie chorôb (MKN-10), zaoberala som sa rôznymi teoretickými prístupmi k problematike porúch príjmu potravy, predovšetkým z pohľadu systemickej rodinnej, kognitívne-behaviorálnej a psychoanalytickej terapie.

Pojatie porúch príjmu potravy ako psychosomatického ochorenia prinieslo množstvo nových podnetov na zamyslenie a preskúmanie tejto oblasti.

V bakalárskej práci som sa zdieľovala o príčinách vzniku porúch príjmu potravy, o rodinných vzťahoch, ktoré vedú k vzniku mentálnej bulímie, a ako tieto vzťahy vplyvajú na priebeh ontogenézie. Sústredila som sa predovšetkým na prenatálne obdobie, ranné detstvo a postnatálnu fázu.

Diplomovou prácou by som rada upozornila na fakt, že pokiaľ naďalej bude v liečbe porúch príjmu potravy preferovaný spôsob liečby odstraňovania narušeného správania, tak bude dochádzať len k čiastočnej náprave následkov dysfunkčných rodinných vzťahov a nepodarí sa tým predísť prenášaniam rodinnej patológie a patologického správania do ďalších generácií.

1 Bio-psycho-sociálny model chorôb

Bio-psycho-sociálny model priniesol odklon od starších dualistických koncepcií, ktoré delili vplyvy pôsobiace na človeka na telesné a duševné. Rozšíril biomedicínsky model o rozmer psychických funkcií, medziľudských vzťahov, ich dynamický vývoj a vzájomné podmieňovanie. Človek v rámci tohto modelu už nie je vnímaný ako izolovaný jedinec s diagnózou, ale jeho problémy sú dané dynamickou interakciou medzi ním a prostredím v ktorom žije. Tento model zahrňuje všetky tri zložky pôsobiace v človeku a na človeka, a to zložky biologické, psychické a sociálne.

Na základe tohto modelu chápeme všetky ochorenia ako biopsychosociálne podmienené. Biopsychosociálny prístup sa teda pozerá z rôznych perspektív na príčiny ochorení (MKF, 2001, s. 7).

Choroba (a teda aj poruchy príjmu potravy) vzniká v priebehu vývoja osobnosti vo vzájomnej interakcii biologických, psychologických a sociálnych faktorov. Jedná sa o kombináciu dispozícií (napr. genetických či biologických, ale aj dispozícií psychologických z ranného detstva), zraniteľnosti (ktorá sa vyvíja v priebehu života) a spúšťačov (napr. životné udalosti alebo nároky vývojového obdobia), ktoré vedú k manifestácií poruchy.

Etiológia porúch príjmu potravy je veľmi komplikovaná interakciou biologických, psychických a sociálnych faktorov. V práci budeme naďalej vychádzať z tohto modelu. V nasledujúcich kapitolách si povieme o rizikových faktoroch, ktoré môžu viesť ku vzniku mentálnej bulímie.

2 Faktory spôsobujúce poruchy príjmu potravy

V tejto kapitole sa budeme venovať jednotlivým rizikovým faktorom, ktoré môžu viesť ku vzniku poruchy príjmu potravy. Rizikovým faktorom máme na mysli vlastnosti, ktoré zvyšujú výskyt nežiaduceho javu (porúch príjmu potravy). Niektoré z vymenovaných faktorov môžu zvýšiť riziko poruchy príjmu potravy, ale aj iných psychiatrických ochorení. Za dôležité pokladám vymedziť širšie chápanie termínu vznik poruchy príjmu potravy.

„Vznik“ je totiž možné na jednej strane chápať ako prepuknutie choroby v období puberty, na strane druhej sa zároveň jedná o označenie zakladania tejto choroby, ktoré sa môže odohrávať už v rannom detstve. Tato predispozícia sa potom s dieťaťom vyvíja a môže sa práve vplyvom rizikových (najčastejšie rodinných) faktorov v puberte manifestovať ako porucha príjmu potravy.

Budeme hovoriť o biologických faktoroch, kam zaraďujeme dedičnosť teda hereditu a fyziológiu. Pojednáme o psychologických faktoroch a v neposlednej rade sa budeme zaoberať sociálnymi faktormi, kam patrí spoločnosť ako taká a jej vplyv na utváranie sebapojatia jedinca.

2.1 Biologické faktory

Vývoj psychických vlastností i celej osobnosti je závislý na mnohých faktoroch. Jednak je daný určitou dispozičnou zložkou a taktiež komplexom najrôznejších vonkajších vplyvov a situácií, ktoré prispievajú k vzniku určitej skúsenosti. Spôsob akým človek spracuje podnety je však do istej miery predurčený genetickými predispozíciami.

„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).

2.1.1 Genetické aspekty u porúch príjmu potravy

Genetická dispozícia môže byť faktorom zvyšujúcim riziko vzniku porúch príjmu potravy. Výskumy rodín ukázali na častejší výskyt mentálnej anorexie a bulímie, ak nimi trpí najbližší príbuzný, napr. sestry anorektických dievčat, dievčatá, ktorých matky majú narušený vzťah k jedlu. Wade aj. (cit. podľa Pápežovej, 2010, s. 58) udáva, že odhadovaný podiel dedičnosti je 56-84%.

Je otázne či je tato dedičnosť výsledkom genetického pôsobenia alebo je výskyt poruchy príjmu potravy dôsledkom napodobňovania v rodine.

Štúdie dvojčiat potvrdzujú, že poruchy príjmu potravy sú familiárnym ochorením s genetickým podielom. Holland aj. (cit. podľa Hilla, 2004, s. 260) našli 55% pravdepodobnosť, že pokiaľ má jedno z identických dvojčiat anorexiu, prepukne aj u druhého. Avšak nie je isté, ktoré dispozície k poruche príjmu potravy sa dedia, či je to povahový rys ako napríklad úzkostlivosť, ktorá je pre vznik ochorenia riziková, alebo obecný dedičný sklon k duševnej poruche.

2.1.2 Fyziológia u porúch príjmu potravy

Za biologické predispozície ku vzniku poruchy príjmu potravy sú považované zmeny funkcie hypotalamu. Výrazný vplyv môže mať zníženie či zvýšenie funkcie neurotransmiérov (noradrenalin, dopamin, serotonín) v mozgu.

Napríklad dysfunkcia systému produkujúceho serotonín spôsobuje vznik mrzutej nálady a posilňuje tendencie ku záchvatovitému prejedaniu. Centrálny nedostatok serotonínu je považovaný za možný predpoklad vzniku bulímie. Naopak aktivácia serotonínových dráh vedie ku zníženiu množstva a intervalov jedla. Noradrenalin má opačný efekt, stimuluje chuť ku jedlu (Vágnerová, 2008, s. 468).

Uvažujem aj nad možnosťou, či existuje výskum, ktorý by sa venoval osobám, ktorým zmena ich somatického vzťahu môže spôsobiť problémy s príjmom potravy ako napríklad u ľudí s poruchou čuchu. Laik si vie predstaviť aké dôsledky má nádcha na jeho chuť k jedlu. U človeka, ktorý náhle stratí schopnosť cítiť vôňu potravín, klesá jeho chuť k jedlu. Rovnako je preukázané, že farba potravín hrá rolu v ochote konzumovať či nekonzumovať danú potravinu. Moja úvaha sa teda uberá smerom či náhla strata schopnosti vnímať farby či necítiť vôňu potravín, sa nemôže podieľať na vzniku poruchy príjmu potravy, alebo mať vplyv na mieru prijímaných potravín, ktorá je považovaná za normu. Samozrejme je významné, ako definujeme normu. Je pomerne obecné známe, že potraviny v supermarketoch sú v priestore uložené tak, aby boli čo najviac vizuálne príťažlivé, napr. mäso je nasvietené tak, aby bolo červené a tým pádom lákavé pre spotrebiteľov.

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).

2.2 Psychosociálne faktory

2.2.1 Pohlavie

Ženy ochorejú poruchami príjmu potravy významne častejšie než muži. Záchvatovitým prejedaním až dva a pol krát častejšie než muži a anorexiou či bulímiou ochorejú až desaťkrát častejšie. Preto je považované aj pohlavie za významný rizikový faktor (Papežová, 2010, s. 37).

Z tohto dôvodu budem naďalej vo svojej práci hovoriť o ženách s poruchou príjmu potravy, aj keď si plne uvedomujem, že touto poruchou trpia aj muži.

Carlat aj. (cit. podľa Papežovej, 2010, s. 37) Poruchou príjmu potravy ochorie 27% mužov, ktorý sú homosexuálne či bisexuálne orientovaný. V prípade bulímie je to dokonca až 42%. Je možné, že títo muži sú vystavený podobnému tlaku byť štíhly a krásny ako ženy vo väčšinovej spoločnosti.

V tejto súvislosti sa ponúka otázka, či poruchy príjmu potravy súvisia so sociálne kultúrnymi očakávaniami, ale tejto téme sa budem viac venovať v kapitole pojednávajúcej o sociálnych faktoroch.

2.2.2 Vek

Najrizikovejším vekom pre prepuknutie poruchy príjmu potravy je obdobie adolescencie a skorá dospelosť. Vytváranie základu pre vznik poruchy príjmu potravy však môže prebiehať podstatne skôr. Za rizikové obdobie pokladám už prenatálne obdobie a obdobie po pôrode. Viac sa týmto obdobiam budeme venovať v nasledujúcej kapitole.

2.2.3 Etnický pôvod

Poruchy príjmu potravy sú často vnímané ako ochorenie vyšších spoločenských vrstiev a „bielych“ dievčat. Do akej miery je rizikovým faktorom etnický pôvod, zostáva naďalej nezodpovedané. Niektoré súčasné výskumy naznačujú, že ženy a dievčatá inej farby pleti trpia poruchami príjmu potravy v rovnakej miere ako „biele“ ženy. Je teda pravdepodobné, že viacej než o príslušnosť k etnickej skupine rozhoduje vplyv západného ideálu štíhlej krásy (Papežová, 2010, s. 38).

2.3 Osobnostné faktory

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, perfekcionizmus¹ atď.

2.3.1 Perfekcionizmus

Snaha byť vo všetkom dokonalý a tým uchlácholiť nízke sebavedomie a zvýšenú sebakritickosť. Mnoho dievčat s poruchou príjmu potravy má nerealisticky veľké očakávania. Pokiaľ sa im nedarí plniť ich vysoké požiadavky a pravidlá, majú pocit, že zlyhali, cítia sa byť neúspešnými a neveria si.

¹ Perfekcionizmom máme na mysli sklon (ako súčasť povahových vlastností) podávať bezchybný, dokonalý výkon, posudzovať sa nadmerne prísne (Hartl a Hartlová, 2004, s.405, 540)

Dá sa prirodzene očakávať, že pôvod nízkeho sebavedomia u detí súvisí s prístupom rodičov a výchovou v primárnej rodine.

Ženy s vyššou úrovňou perfekcionizmu majú väčšiu pravdepodobnosť, že u nich vznikne anorexia alebo bulímia. Tuto zvýšenú mieru perfekcionizmu nachádzame aj v rodinách, u priamych príbuzných osôb s poruchou prijímania potravy. Riziko poruchy príjmu potravy rastie tam, kde sa spolu s perfekcionistickými rysmi vyskytuje aj nízke sebavedomie a nespokojnosť s vlastným telom (Papežová, 2010, s. 39).

2.3.2 Impulzivnosť a negatívna emocionalita

Osoby s poruchou príjmu potravy sú senzitívnejšie, sú schopné hlbšieho citového prežívania, ale mnohokrát sa vyznačujú aj prevahou negatívnych emócií. Zvýšená sebakontrola sa prejavuje aj vo vzťahu k emóciám, ktoré majú tendenciu potlačovať. Jednou z možností ako si vysvetliť záchvaty prejedania a mentálnu bulímiu je nedostatočná kontrola impulzov. Impulzívne chovanie môže byť snahou o zníženie napätia. Ľudia sa záchvatovite prejedajú, aby prehlušili nepríjemné pocity (Vágnerová, 2008, s. 473).

Stice (2004) tvrdí, že k úľave od negatívnych pocitov, môže slúžiť aj zvracanie, ako symbol očistenia od všetkého zlého. Negatívnu emocionalitu označuje ako rizikový faktor pre problémy s jedlom, ako rizikový faktor pre záchvatovité prejedanie a pre nespokojnosť s vlastným telom.

2.4 Situačné faktory

2.4.1 Nepriaznivé životné udalosti

Jacobi aj. (2004) uvádzajú, že rozdiel medzi ľuďmi trpiacimi poruchou príjmu potravy a zdravými ľuďmi nie je v tom, že zažili negatívnu udalosť, ale že boli opakovane vystavovaní traumatickým udalostiam. V dobe pre ochorením poruchou príjmu potravy si prešli traumatickými udalosťami, ktoré nejakým spôsobom vyvolali stud alebo znechutenie v spojení so sexualitou. Prepuknutie poruchy príjmu potravy nezáleží len na prežití negatívnej udalosti, ale aj na schopnosti, ako sa so situáciou dotýčny vysporiada.

Troop a Treasure (cit. podľa Papežovej, 2010, s. 41, 42) potvrdzujú, že osoby, ktoré v detstve reagovali na situácie bezmocnosťou, sú k ochoreniu poruchy príjmu potravy náchylnejšie.

2.4.2 Sexuálne zneužívanie

Zvýšene riziko vzniku poruchy príjmu potravy, predovšetkým bulímie, je u obetí sexuálneho zneužívania v detstve. Toto riziko vzrastá v prípade, že sa jedná o zneužívanie rodinným príslušníkom, alebo v prípade, kedy počas zneužívania dochádzalo ku násiliu.

Smolak a Murnen (cit. podľa Papežovej, 2010, s. 42) vysvetľujú, že zážitok sexuálneho zneužívania položí základy disociácie ako obrany pred nepríjemnými prežitkami a tá sa neskôr prejaví v záchvatoch prejedania. Je taktiež možné, že dieťa, ktoré bolo vystavené sexuálnemu zneužívaniu, je presvedčené, že nie je dosť hodnotné, a podľa toho zaobchádza v dospelosti so svojim telom. Tretie vysvetlenie, ktoré autori uvádzajú, vychádza z konceptu kontroly.

Vo svete, kde nemôžeme udalosti nijakým spôsobom ovplyvniť, nám hladovanie umožňuje ovládať aspoň malý kúsok života.

2.4.3 Separácia²

Jednou z úloh dospievania je odpútanie sa od naviazanosti na rodinu. Je to proces, ktorý je náročný pre dospievajúceho, ale aj pre rodičov. Porucha príjmu potravy môže byť jedným zo spôsobov, ako zastaviť úzkosť, ktorú separácia od domova vyvoláva. Dievča s poruchou príjmu potravy sa síce ohrádza, že má svoj život pod kontrolou, a že rodičov nepotrebuje, že je to jej vec, čo, kedy a kde konzumuje. Zároveň však ide proti vývojovému procesu a spôsobuje druhým starosti, čím si priťahuje pozornosť rodičov. Tento konflikt sa prejaví a ustáli v začarovanom kruhu kontroly, hladovania a klamstiev. Problém so separáciou je považovaný za jednu z príčin vzniku poruchy príjmu potravy.

Samozrejme, že separácia dieťaťa je záťažovou situáciou aj pre rodičov. V prípade, že je matka úzkostná, alebo rodič nemá iný životný program, môže mať tendencie riešiť svoje frustrácie zo separácie patologickým spôsobom. Jednak, môže rodič neúmyselne zabraňovať žiaducej separácii, napríklad tým, že ju bude komplikovať, alebo dieťaťu neposkytne potrebné podmienky k tomu, aby sa mohlo osamostatniť. Zároveň je možné, že matka, ktorá si sama v minulosti nevyriešila svoju separáciu od rodiny, bude mať tendenciu riešiť separáciu dieťaťa únikom do poruchy príjmu potravy. Rovnaká situácia môže nastať aj u otca dieťaťa, ale vzhľadom k obecnému podielu výskytu porúch príjmu potravy u mužskej časti populácie je pravdepodobnosť tohto riešenia menej pravdepodobná.

² Separáciou máme na mysli odlúčenie od pôvodnej rodiny.

Podrobnejšie sa separácii a problémom s ňou spojenými budeme venovať v štvrtej kapitole s názvom Vývojové úlohy v období puberty.

2.4.4 Akulturácia³

So vstupom do Európskej únie sa téma akulturácie stáva čím ďalej tým viac aktuálnejšia. Prispôsobovanie sa cudzej kultúre a jej postupné prijímanie, môže byť veľkou záťažou, ktorá má vplyv na duševné zdravie. Akulturačný stres môže vyústiť do depresie, suicídia či do poruchy príjmu potravy. Toto je častejšie u žien žijúcich v zahraničí. Mladé ženy často ochorejú poruchou prijímania potravy v dobe, keď odídu od primárnej rodiny a žijú v zahraničí ako študentky, alebo ako au-pair (Papežová, 2010, s. 43-44).

Domnievam sa, že presťahovanie sa do inej krajiny, ktorá má navyše iný historický kontext než stredná kresťanská Európa, môže byť pre mladú ženu ešte o poznanie zložitejšie. Cesta k poruche príjmu potravy tým môže byť pre dievča jednoduchšia.

Regulácia príjmu potravy môže byť používaná ako prostriedok k zníženiu negatívnych emócií v ťažkých chvíľach spojených s odlúčením od rodiny. Stravovacie návyky v inej zemi môžu viesť ku strate kontroly nad jedlom, pre niektoré môže byť odchod do zahraničia pokusom vysporiadať sa s poruchou príjmu potravy, alebo to vnímajú ako možnosť schudnúť počas pobytu v zahraničí. U niektorých dievčat dochádza k ochoreniu po ich návrate zo zahraničia do pôvodnej rodiny. Môže to byť práve vplyvom rodinných vzťahov, keď po skúsení iného životného štýlu nie je možné fungovať v pôvodnej rodine a porucha príjmu potravy môže byť prostriedkom pre vysporiadanie sa s nahromadenými emóciami.

³ Akulturácia ako prispôsobenie sa cudzej kultúre a životu v zahraničí.

2.4.5 Rizikové prostredie

Poruchy príjmu potravy sú veľmi bežné v určitých sociálnych skupinách. Štíhle telo je pre tieto skupiny pracovným nástrojom. Patria sem baletky, modelky, herečky, gymnastky.

„Je dôležité rozlišovať medzi chovaním, ktorého cieľom je udržanie určitej hmotnosti z profesionálnych alebo športových dôvodov, a chovaním v dôsledku nadmerného zaujatia vlastnou postavou a štíhlosťou. Jedno však môže viesť k druhému. Tam, kde už ľudia, športovcov nevylučujúc, nie sú schopní ovládať svoje jedálne návyky alebo pokusy o zníženie telesnej hmotnosti, môžeme uvažovať o poruche príjmu potravy“ (Krch, 2005, s. 45).

Nie je isté, či toto prostredie zvyšuje riziko prepuknutia ochorenia, alebo či zvýšený výskyt poruchy príjmu potravy spôsobuje to, že tieto profesie priťahujú väčšinou dievčatá, ktoré boli na svoje telo vždy zamerané.

O móde, ideálu krásy a tlaku spoločnosti budeme hovoriť v časti venovanej sociálnym faktorom.

Aj opačný pól extrémnej štíhlosti, teda nadváha, či obezita, môžu byť reálnou príčinou poruchy príjmu potravy, aj keď trochu z iných dôvodov.

2.4.6 Nadváha

Každý z nás sa pravdepodobne stretol s tým, že v dobe keď sme chodili na základnú školu, sa silné deti stávali terčom vysmievania. „Tučko“ a podobné urážky mohli počuť nielen v detskom kolektíve, ale niekedy aj doma.

Je pravdepodobné, že tieto deti sa necítili dobre vo svojom tele a v snahe zapadnúť do kolektívu sa pokúšali schudnúť, a teda by sa dalo uvažovať, že sú viacej ohrozené poruchou príjmu potravy.

V anamnéze osôb s poruchou príjmu potravy je možné nájsť, že v detstve či období puberty trpeli nadváhou a okolie na to reagovalo neadekvátnym či zraňujúcim spôsobom. Tieto osoby môžu byť náchylnejšie k poruchám príjmu potravy.

Na nadváhu ako na rizikový faktor je možné nahliadať aj z inej strany. Dospievajúce klientky niekedy uvádzajú, že diéty začali držať, kvôli obéznej matke, zo strachu, žeby sa na ňu podobali. Jednak je pochopiteľné, že v puberte, ako v období vzdoru, sa skoro ani jeden z dospievajúcich nechce podobať na svojich rodičov, avšak v takomto prípade, je možné obezitu u rodičov vnímať ako rizikový faktor, ktorý môže prispieť ku vzniku poruchy príjmu potravy.

Bolo by zaujímavé pozrieť sa bližšie na možnú súvislosť medzi mentálnou anorexiou či mentálnou bulímiou ako jeden extrém a na druhej strane obezitu ako druhý extrém. Či je možné nájsť súvislosť medzi prežívaním emócií, výchovou v rodine a sklonom k manipulácii s jedlom. V tejto súvislosti by sa dalo naďalej skúmať, čo vedie k tomu, že niekto začne reštriktívne odmietať jedlo a páchať pomalú sebevraždu, že niekto sa začne prejedať, ale skonzumované jedlo nie je schopný stráviť, a tak ho vyvráti, a ku prejedaniu vedúcemu k obezite.

2.4.7 Nespokojnosť s vlastným telom

Pokiaľ má človek ideál, ako by mal vyzeráť a súčasný stav to nenapĺňa, tak to vedie k nespokojnosti s vlastným telom. Dievča, ktoré je nespokojné s vlastným telom, je náchylnejšie k negatívnym emóciám, pretože štíhlosť je dnes vnímaná ako znak, že je žena úspešná a má sa dobre.

Žena, ktorá je nespokojná s vlastným telom, začne držať diétu v snahe zmeniť tieto negatívne pocity a je hneď vystavená riziku vzniku poruchy príjmu potravy.

2.4.8 Držanie diéty

V súvislosti s nespokojnosťou s vlastným telom, či nadváhou sa ponúka celkom logický a každému bez ohľadu na vek, pohlavie či ekonomický status, voľne prístupný spôsob riešenia, a to redukčná diéta.

V anamnéze osôb s poruchou príjmu potravy je možné na počiatku ochorenia v prevažnej väčšine nájsť držanie redukčnej diéty.

Stice a Shaw (cit. podľa Papežovej, 2010, s. 45-46) uvádzajú niekoľko vysvetlení, prečo hladovanie môže viesť k záchvatom prejedania. Držanie diét a následné prejedanie, môže byť výsledkom regulačných mechanizmov a ich snahou vyrovnať hladinu serotonínu. Druhé vysvetlenie, ktoré podávajú spočíva na princípe, obmedzenie – porušenie, teda zakázané ovocie chutí najlepšie.

Držanie diéty znamená nahradenie fyziologických potrieb organizmu, fyziologickej kontroly hladu a nasýtenia kontrolou kognitívnou. Pokiaľ tá zlyhá, tak dochádza k excesom a prejedaniu. Držanie diét vedie podľa autorov k negatívnej emocionalite a prejedanie je pokusom o zlepšenie nálady. Štúdie zatiaľ preukázali, že redukčné diéty zvyšujú riziko vzniku mentálnej anorexie a bulímie. Medzi dievčatami a mladými ženami dnes prevažuje držanie redukčných diét nad normálnymi stravovacími návykmi.

2.5 Sociálne faktory

V dobe, keď som písala bakalársku prácu, som bola ešte presvedčená o tom, že sociálne faktory sa na vzniku poruchy príjmu potravy podieľajú len minimálne a „nestáli mi ani za zmienku“. Od tej doby sa môj názor zmenil.

Tlak, ktorým nielen médiá na nás pôsobia, je z môjho pohľadu tak intenzívny, že nie je možné sa mu ubrániť. Správy, ktoré sa ku nám dostávajú, sú všetko „trháky“, všetko je fatálne, vyretušované, informácie sú skreslené a často až absurdné. To je môj pohľad, ktorý som si spravila na základe toho, že som poznala „kedysi“ a poznám, čo je „dnes“ a aj to kedysi vnímam kriticky.

Ako si však môže vybrať z toho, čo nám je podsúvané, dieťa, adolescent? Veď sú ešte natoľko nezrelí, že nie sú schopní odhaliť manipuláciu a klam, sú konfrontovaní aj v dopoludňajších hodinách nevhodnými programami, reklamami a podobne.

Je časté, že deti sú vedené k tomu, aby prijímali všetky informácie prúdiacimi od autorít, ktoré sú mnohokrát vynucované na základe falošných aspektov, ako je napríklad vek či postavenie, celkom bezvýhradne a nekriticky. Výsledkom takéhoto pôsobenia je prijímanie názorov, ktoré nie sú podložené žiadnymi relevantnými faktami. Deti nie sú vedené k diskusii a polemike, ani k vyjadreniu vlastného názoru, navyše v puberte často prevláda túžba byť súčasťou jednotného celku. A tak pokiaľ chcú byť „in“, musia sa prispôbiť mase.

Sociálne faktory, ktorým sa budeme podrobnejšie venovať v nasledujúcich kapitolách si rozdelíme podľa Leibolda (1995), ktorý uvádza prehľad tých najdôležitejších:

- reakcia na sociálnu krízu,
- hnutie za emancipáciu žien,
- nepriateľstvo modernej spoločnosti voči telu,
- nadmerná ponuka potravín,
- ideál štíhlosti
- reklama.

2.5.1 Reakcia na sociálnu krízu

Leibold (1995) hodnotí spoločenské a kultúrne faktory doby na konci šesťdesiatych rokov. V tejto dobe stratili na význame niektoré hodnotové ideály, ktoré počas dlhej doby slúžili na orientáciu, a taktiež vytvárali sociálne podmienky života. Podľa autora myslenie modernej spoločnosti veľmi hlboko zasiahla energetická kríza, pretože všetkým pripomenula medze hospodárskeho rastu. Hlboké zneistenie zostáva do dnešného dňa, dokonca sa prehľbuje, keď vezmeme do úvahy trvalú masovú nezamestnanosť či narastajúcu devastáciu životného prostredia. To všetko viedlo u mnohých ľudí k „nálade skorého zániku sveta“, ktorá podporuje únik do toxikománie a iných psychických porúch. Poruchy jedálnych návykov podľa Leibolda predstavujú jednu z možných foriem reakcie na sociálnu krízu, ktorá ženie veľkú časť ľudí do nejakej psychickej poruchy.

2.5.2 Hnutie za emancipáciu žien

Fenomén emancipácie žien sa vždy objavil – ruka v ruke – v období závažných hospodárskych zmien či kríz. Zjavne to nebude náhoda. Okrem pozitívnych zmien, ktoré tieto hnutia ženám priniesli, môžeme prirodzene pozorovať aj vplyvy negatívne. Situácia okolo hnutia za emancipáciu žien viedla napríklad u oboch pohlaví k hlbokým stratám istôt. Tradičné predstavy o úlohách muža a ženy boli spochybnené, okrem iného preto, že boli nepriateľské voči ženám. Neboli však predložené nové, pozitívne vzory postojov, a tak vzniklo určité „vákuum“ v stanovených modelových formách postojov, a to komplikuje vzťahy medzi obidvoma pohlaviami a má to vplyv aj na ich sexuálny život. Zásadný vplyv je v spoločenskom postavení muža a ženy možné vnímať taktiež v kontexte vplyvu náboženstva a cirkvi. Tento vplyv sa zásadným spôsobom v priebehu dvadsiateho storočia zmenil a s ním sa zmenilo aj vnímanie sociálnych rolí, ktoré náležia jednotlivým pohlaviam. Otázne je, či sa tejto dynamike zmien môže prispôbiť každý. Leibold navrhuje možnú hypotézu, že jednou z možných únikových ciest slúži maniakálny vzťah k jedlu, ktorým môže žena taktiež zrušiť svoju sexuálnu príťažlivosť, a tak sa aspoň v tomto ohľade vzoprieť mužskej nadvláde.

2.5.3 Nepriateľstvo modernej spoločnosti voči telu

Rozmach prírodných vied a techniky viedol k nadradenosti rozumu na úkor telesných potrieb, citov a iných vlastností duševného života. Tým sa vytratil bezpečný inštinkt pre to, čo telo potrebuje. Neschopnosť naslúchať telu následne umožňuje rozvoj poruchy príjmu potravy.

Poněšický (2002) túto tému ďalej rozvíja úvahou o tom, prečo zneužívame svoje telo, napríklad tým, že radšej užívame rôzne lieky s nepríjemnými vedľajšími účinkami, či usilovne hľadáme dôkazy nejakého telesného ochorenia. Namiesto toho, aby sme si sami pomohli, a to tým, že by sme sa zamerali na to, akým spôsobom zachádzame sami so sebou.

Osoby s poruchou príjmu potravy so sebou jedajú veľmi reštriktívne, sú na seba veľmi prísne, majú na seba veľké nároky. Telo používajú ako nástroj, ktorým reagujú na neprekonané traumy a negatívne životné skúsenosti. Telo teda v tomto prípade plní zástupnú funkciu za chýbajúce psychické reakcie. K telu majú veľmi negatívny vzťah a preberajú nad ním kontrolu. Avšak človek so sebou jedná takým spôsobom, ako s ním bolo zachádzané od detstva, a má dokonca tendenciu takto zase jednáť s druhými.

K našej osobnosti patrí neodlučiteľne tiež naše telesné ja, našim telom cítime a reagujeme. Keď budeme zanedbávať svoje telo, tak sa nám to pomstí tak, že telo nebude zdravé. Keď budú rodičia napríklad dbať len na školný prospech a v ďaleko menšej miere sa budú zaoberať telesnosťou a s ňou spojeným citovým životom dieťaťa, prevezme dieťa tento vzťah k sebe samému. Na viac bude mať problémy opäť vo vzťahu ku svojim deťom. Keď človek nie je dostatočne milovaný, nemôže mať rád ani sám seba (Poněšický, 2002, s. 22-24).

2.5.4 Ideál štíhlosti

Tento ideál začal v šesťdesiatych rokoch kultom anglickej manekýnky Twiggy a je veľmi nepriateľský voči telu, pretože redukuje telo, bez ohľadu na zdravie, na „minimum“ nutné pre prežitie. Avšak s ideálom éterického idolu ženskej krásy je možné sa stretnúť omnoho skôr.

Už v antickom Ríme bola preferovaná štíhla, bezchybná postava. V neskorších dobách bol štíhly ideál krásy ešte mnohokrát opakovaný, zahrňujúc také absurdné požiadavky ako dnes nepredstaviteľných 36 centimetrov v páse na dvore Kataríny Medici, ktorý bol v ďalších storočiach znovu a znovu opakovaný a docieľoval sa s pomocou korzetov plnených veľmi tvrdými rybími kosticami na dvore francúzskych kráľov – Ľudovítov XIV., XV. a XVI. Aj v okamihu, keď Francúzska revolúcia odmietla všetko, čo súviselo s predošlou érou – vrátane obliekania a móda zavelila opačným smerom - späť k takzvanej prirodzenej antickej kráse, ktorá bola idolom empíru. Ženy sa aj tak stávali otrokom módy, pretože idol doby nariaďoval bledý vzhľad a extrémne štíhlu, étericky vyzerajúcu postavu, v duchu predstav romantizmu. Tzv. „mušelinová choroba“, spôsobovaná neadekvátne ľahkými materiálmi používanými na ženské šaty bez ohľadu na počasie, bola len ďalšou smutnou a mnohokrát tragickou daňou za plnenie módného diktátu spoločnosti.

S ohľadom na vyššie napísane teda dnešné predstavy ideálu krásy sú hádam aj o niečo tolerantnejšie. Žiadne deformujúce korzety, zaparené parochne. Aj tak si však túžba po „módnom vzhľade“ vyberá naďalej svoje kruté dane. Problém tkvie pre zmenu v tom, že informácie o žiaducom ideály krásy sa dnes dostávajú k dievčatám prostredníctvom médií v silne retušovanej a teda v reáli neexistujúcej forme. Dosiagnúť teda podoby krásy z hlavnej strany časopisu Vogue Paris, august 2011 (pozri kapitola Reklama) nemôže ani samotná modelka vyfotená na inkriminovanej stránke, pretože grafická retuš jej tváre či postavy je nezriedka tak dramatická, že modelka nemusí poznať ani samu seba.

V dnešnom módnom priemysle sú preferované vychudnuté detsky vypadajúce modelky. Jednou z možných príčin môže byť, že v módnom priemysle sú často zamestnávaní homosexuáli, ktorí preferujú chlapčenské tvary a ženy sa v tomto odvetví presadia len málokedy.

Rolu však môže hrať aj žiaduca manipulácia s obecnstvom – potencionálnymi klientmi, keď čokoľvek naaranžované na dievčati či žene vysokej 190 centimetrov a vážiacej 45 kilogramov vypadá skrátka skvelo. Zároveň pohľad na vysoké štíhle dievča spod móla, ktoré je ešte vyvýšené, vyvoláva iluzórny dojem hviezdnej nedotknuteľnosti a nedosiachuteľnosti. Preto modelky tradične chodia na podpätkoch po módnom móle a je žiaduce, aby boli tak vysoké. Mimochodom aj fotografie sú najčastejšie fotené z takzvaného podhľadu a nie spredu či zhora.

Prevládajúci názor v dnešnej spoločnosti je, že hodnota človeka je v tom, že je štíhly. Apelácia na úspech, s ním spojený dnešný prototyp úspešného človeka, ktorý je mladý a štíhly, teda krásny a úspešný. Štíhlosť sa stáva dôležitým aspektom fyzickej príťažlivosti. Kult štíhlosti je rizikovým faktorom pre nespokojnosť s vlastným telom, držanie diét a poruchy príjmu potravy.

2.5.5 Nadmerná ponuka potravín

V prípade, keď je spoločnosťou zaistená denná minimálna potreba potravín, môže si človek dovoliť vzdať sa ich príjmu alebo ich náruživo jesť v nadbytku a potom ich úmyselne navodeným spôsobom vyvrátiť. Práve bulímia, podľa Leibolda, pripomína nadprodukciiu v európskej spoločnosti, keď potraviny vyprodukované v nadbytku musia byť následne opäť zničené, pretože po nich nie je dostatočný dopyt. Tu je súvislosť medzi manickými poruchami postoja k jedlu a chybným spoločenským vývojom markantná. Rozsiahly reklamný priemysel, zamestnávajúci milióny ľudí po celom svete tuto nadprodukciiu ešte podporuje.

2.5.6 Reklama

„Cheeseburgery cez celú šírku billboardu dráždia naše chuťové poháriky a zvádžajú nás, aby sme jedli, aj keď nemáme hlad. Farebné fotografie umelo vytvorených hamburgerov (ktoré sú pre fotografie v skutočnosti vyrobené z lepidla, umelých farbív a podobne) a kalóriami nabitých koláčov na nás padajú zo stánkov s časopismi. Šťastní, bohatí ľudia jedia v televíznych reklamách, aby boli vzápätí vystriedaný krásnymi chudými ženami, ktoré nás vyzývajú, aby sme zmenili farbu vlasov, používali iný deodorant alebo vyskúšali nový čistiaci prípravok. Vyššiu úroveň súcna môžeme zakúsiť, pokiaľ budeme štíhle a budeme sa riadiť ich radami“ (Dixon, 1997, s. 31).

Prostredníctvom reklám sa z diétného priemyslu stal celosvetový biznis, z ktorého profitujú všetci - nadprodukciou neuveriteľného množstva potravín a v konečnom dôsledku predovšetkým farmaceutické spoločnosti predajom rôznych preparátov na chudnutie a vývojom nových a nových spôsobov úpravy tela, ktoré sľubujú, že môžete zjesť čokoľvek a tabletky či bezbolestná liposukcia zaistí vašu dokonale štíhlu postavu.

Nebezpečenstvo vidím aj vo virtuálnosti módného sveta, kde aj samotná modelka vyobrazená v reklame, vďaka grafickým retušiam reálne neexistuje. Dosiahnuť jej vzhľad je preto absolútne nemožné. Módnym priemyslom si neuvedomuje dopady, ktoré môže mať zobrazovanie umelej dokonalosti na sebavnímanie dievčat v puberte či žien. Dobrým príkladom môže byť publikovanie fotiek 10ročnej modelky, ktorá leží na pohovke s leopardím vzorom, s výrazne nalíčeným obličajom, v sexy póze, s brilantovými šperkmi a topánkami na vysokých podpätkoch, na obálke francúzskeho módného časopisu Vogue Paris, august 2011.

Zverejnením tejto fotografie dieťaťa, v úplne neadekvátnej roli, presne ilustruje stratu súdnosti módného priemyslu, ktorý môže deformovať verejnú mienku v jeho vnímaní ideálu krásy súčasnej doby.

2.6 Sociálny vplyv na vznik porúch príjmu potravy

Sociálnym vplyvom, sme vystavení my všetci, bez toho aby sme reagovali poruchou príjmu potravy. Sociálne faktory spolu s ostatnými, ktoré sme si v tejto kapitole uviedli, vytvárajú len všeobecné predpoklady k tomu, aby sa porucha príjmu potravy mohla skutočne rozvinúť.

Je dôležité, aby sme sa oboznámili s úlohou rodiny, s jej významom v živote dieťaťa, s tým, ako vplýva výchova a vzťahy v rodine na psychiku dieťaťa. Budeme tak môcť lepšie porozumieť príčine vzniku mentálnej bulímie.

Pre úspešný vývoj je žiaduce, aby zrenie a učenie pôsobilo vo vzájomnom súlade aj v časovej zhode. Ak tomu tak nie je, môže dôjsť ku vzniku poruchy.

Tomu všetkému sa budeme venovať v nasledujúcej časti práce.

3 Vývoj a utváranie osobnosti

Človek je osobou už od narodenia, ale osobnosťou sa stáva až v dôsledku vývoja osobnosti, to znamená v priebehu postupného procesu socializácie a individualizácie, procesu stávaním sa sebou samým.

Osobnosť sa vyvíja celý život a prechádza zákonite určitými etapami. Dalo by sa uvažovať o tom, že keď sa narodí jedinec a my poznáme jeho genetický kód, vieme do akej rodiny a širšieho prostredia sa narodil, budeme môcť odhadnúť jeho životnú dráhu. Avšak človek je bytosť jedinečná a to aj vtom zmysle, že neexistuje jedinečná biologická kauzalita, ale do formovania človeka zasahujú udalosti, vplyvy, podmienky, ktorých je príliš mnoho a každá z nich môže do smeru životnej dráhy výrazne zasiahnuť.

„Od okamžiku počatia je osobnosť vystavená pôsobeniu nesmierneho množstva podnetov, ktoré sa vyskytujú buď jednorázovo a na okamih, alebo pôsobia viac-menej dlhodobo, permanentne, a ktoré vývoj a utváranie jedinca buď priamo vyvolajú, alebo aspoň usmerňujú a modifikujú“ (Smékal, 2004, s. 410).

Smékal (2004) ďalej tvrdí, že účinok jednotlivých podnetov je často rozdielny, jednak podľa doby pôsobenia (veku jedinca), tak aj podľa konštelácie iných podnetov a taktiež podľa už vytvorených vnútorných podmienok v osobnosti. U človeka sú to takzvané obdobia zvýšenej vnímavosti, v ktorých aj menej intenzívne podnety vyvolajú rozhodujúce účinky, ale v ktorých je jedinec špecificky citlivý na určitú formu a obsah podnetov.

„Z hľadiska celkového vývoja, normálneho aj patologického, je treba brať do úvahy význam jednotlivých životných období a ich vzájomnú súvislosť“ (Vágnerová, 2008, s. 30).

Vágnerová (2008) ešte dodáva, že každá vývojová fáza ľudského života má špecifický zmysel, ktorého sa vždy nepodarí dosiahnuť, a ďalší vývoj sa tým môže skomplikovať.

Každá fáza života je výsledkom predchádzajúceho vývoja a základom pre ďalší rozvoj.

Podme sa teraz spoločne zamerať na jednotlivé vývojové fázy človeka a životné obdobia, v ktorých môže dôjsť ku vytváraniu základu pre poruchu príjmu potravy.

3.1 Prenatálne obdobie

V prenatálnom období matka predstavuje primárne prostredie plodu a sprostredkováva mu všetky vonkajšie vplyvy. Toto prostredie môže byť určitým spôsobom zmenené, a preto môže plod stimulovať spôsobom, ktorým ho poškodzuje. To sa deje napríklad v prípade, keď je matka v tehotenstve podvyživená, chorá, užíva počas tehotenstva drogy, pije alkohol. K poškodeniu plodu môže dôjsť aj náhodným úrazom, prípadne aj týraním matky inou osobou (Vágnerová, 2008, s. 44).

Matka sa teda môže správať tak, že sa jej dieťaťku v oných deviatich mesiacoch žije ako v bavlne, alebo môže fajčiť, piť alkohol, brať drogy a chovať sa tak, že zdravý vývoj plodu ohrozuje. Je samozrejmé, že za niečo môže a za niečo nemôže. Nemôže sa napríklad vyhnúť všetkým životným skúsenostiam a zážitkom, úzkostiam. Pokiaľ si je však vedomá svojej zodpovednosti, bude skôr aktívne pracovať, aby jej tehotenstvo bolo dobrou istotou, radosťou a pohody (Matějček, 2005, s. 251).

Pre zdravý vývoj plodu a sebapojatie dieťaťa je dôležitá matkina rovnováha.

„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).

Psychika matky v priebehu tehotenstva môže mať vplyv na sebapojatie dieťaťa. V prípade nechcených detí, môže dôjsť ku kompenzácii pocitov viny zo strany rodičov po jeho narodení, napríklad zahlcovaním nadmernou láskou. Pocit nechceného dieťaťa však môže byť ukotvený hlboko v podvedomí a naďalej ovplyvňovať vývoj a život dieťaťa (Arlethová, 2008, s. 31-34).

„Ide o veľmi jemný psychologický problém, ktorý je označovaný ako psychická subdeprivácia. Tento pojem znamená, že matka v dôsledku pretrvávajúceho negatívneho postoja voči dieťaťu aj po jeho narodení nie je plne schopná vedome či nevedomky naplňovať najzákladnejšie psychické potreby, ktoré sú dôležité pre ďalší psychosociálny vývoj dieťaťa“ (Dunovský aj. 1995, s. 148).

Arlethová (2008) naďalej pokračuje v úvahe, že nechcené deti, si pripadajú byť nechcené vo svete a nemajú chuť žiť, resp. nevedia ako plnohodnotne žiť, pretože ich sebaurčenie je už narušené v prenatalnom období. Emócie, ktoré sa dieťaťu dostávajú po príchode na svet, uspokojujú rôzne potreby, avšak nie tú základnú existenciálnu – som hodné lásky.

Prázdno, ktoré opisujú klientky s poruchou príjmu potravy sa nedá ničím vyplniť a prejedanie je pre nich len dočasným uspokojením a vyplnením tohto prázdna. Klientky s poruchou príjmu potravy bývajú často skromné, nechcú nikoho zaťažovať, majú pocit že svojou existenciou ostatných len obťažujú, a naopak snažia sa pre druhých rozdať, sú perfekcionistické a snahou vyhovieť si chcú zaslúžiť miesto na svete. Ich hlboké presvedčenie často tkvie v tom, že buď budú dokonalé, a tým pádom prijateľné pre seba a pre druhých, alebo radšej nechcú žiť a odmietajú akúkoľvek potravu.

3.1.1 Poruchy príjmu potravy u tehotných žien

V súvislosti s prenatálnym obdobím a vplyvom matky na dieťa by sa dalo hovoriť aj o tehotných matkách s poruchou príjmu potravy. Samotná porucha príjmu potravy vedie k mnohým nebezpečenstvám u chorého človeka, napr. k poruche spánku, kožným problémom, osteoporóze, kardiovaskulárnym komplikáciám, renálnym komplikáciám a taktiež k poruche menštruačného cyklu a reprodukčného systému.

Keď sa žene s poruchou príjmu podarí otehotnieť či už náhodne (vzhľadom k hormonálnemu rozvratu) alebo plánovane, predstavuje to pre ženu aj plod mnoho komplikácií.

Tehotenské zmeny a súčasne obavy o vyvíjajúci sa plod môžu u ženy s poruchou príjmu potravy vyústiť v závažne úzkosti či depresívne stavy. Zvýšený záujem o telesnú hmotnosť a premrštená starostlivosť o tvar vlastného tela môže vyústiť v rozpor medzi prianím splniť materskú rolu a strachom z fyziologického hmotnostného prírastku v tehotenstve (Papežová, 2010, 215-216).

Keď žena otehotnie, jej telo prechádza zmenami, ktoré môže len ťažko kontrolovať (a porucha príjmu potravy často predstavuje jediný spôsob kontroly nad svojim telom a životom), najmä keď sa nový organizmus stáva viac a viac reálnym.

Pri porovnaní žien s poruchou príjmu potravy so zdravými ženami bol ich nárast váhy veľmi nízky behom tehotenstva aj pri veľmi dobrej starostlivosti. Ženy s bulímiou môžu v tehotenstve zvracať (je nutné odlíšiť od hyperemesis gravidarum), a tým byť v riziku možných komplikácií pre ne samotné, ale aj pre plod. V porovnaní so zdravými ženami, menej žien s poruchou príjmu potravy cíti behom tehotenstva stály hlad a menej ich neskôr pociťuje kojenie ako pozitívnu skúsenosť.

Existujú štúdie, ktoré popisujú, že ženy s poruchou príjmu potravy nedostatočne kŕmia nielen seba ale aj svoje deti, vnucujú im diétne chovanie a obmedzujú stravu (Papežová, 2004, s. 28-30).

Pre vyvíjajúci sa plod je jediným zdrojom potravy jedlo, ktoré matka v tehotenstve skonzumuje. V prvej polovici tehotenstva je výživa dôležitá predovšetkým pre zdravie ženy, v druhej pre zdravie obidvoch. Pri požití nedostatku potravín, plod trpí podvýživou. Zlý zdravotný stav matky či nedostatočná výživa plodu, môže viesť k potratu a predčasnému pôrodu detí s extrémne nízkou váhou (Švejcar, 1982, s. 17-19).

Výživa matky a jej vzťah k jedlu, jej pocity hladu a nasýtenosti sú v tehotenstve veľmi dôležité. Avšak u žien s poruchou príjmu potravy sú tieto pocity neznáme. Nepoznajú, kedy už majú hlad, kedy je miera hladu tak vysoká, že už si môžu dovoliť niečo zjesť, a taktiež kedy sú už sýte. Neriadia sa tak ako väčšina ľudí svojimi pocitmi, ale sú ovládané chorobou. V prípade tehotenstva sú chute často iracionálne. Príroda sama, prostredníctvom hormonálnych zmien, dáva matke pociťovať rôzne chute, v rôznych kombináciách a v rôznom čase. Pre ženu s poruchou príjmu potravy, môže byť ťažké rozlíšiť bulimický záchvat (kedy kombinujú sladké, slané, kyslé) od chutí súvisiacich s tehotenstvom (kedy majú chuť na sladké, slané, kyslé). Domnievam sa, že tehotným ženám to môže spôsobovať úzkosť, pretože nedokážu rozlíšiť rozdiel medzi nástupom bulimického záchvatu a bežnou tehotenskou chuťou, natoľko, že nepočúvajú svoje potreby, preberajú nad chuťami kontrolu a tým pádom aj nad potrebami vyvíjajúceho sa plodu.

Vzhľadom k vyššie uvedenému a možným dopadom, ktoré môže mať tehotenstvo ženy s poruchou príjmu potravy na vyvíjajúci sa plod, som došla k trífalej úvahe, že je možné, že tieto ženy môžu produkovať novú generáciu detí s touto poruchou. Pretože k tejto téme som nenašla žiadne výskumy, nie je možné toto tvrdenie podložiť relevantnými údajmi. Avšak je jednoznačne jasné, že sa v populácií výskyt tejto poruchy vyskytuje čím ďalej tým častejšie.

Tehotnej žene s poruchou príjmu potravy hrozí ohrozenie nielen jej zdravia, ale aj vývoja plodu v priebehu celého tehotenstva. Preto starostlivosť o tehotnú ženu musí byť komplexná, profesionálna a mala by vedieť reagovať na špecifické problémy týchto žien. To znamená, že by mala zahŕňať špecializované poradenstvo pre rizikové tehotenstvo v perinatologickom centre, vrátane psychiatrickej pomoci a konzultácií s internistom. Do prenatalnej starostlivosti by mal byť zapojený aj partner. Obaja partneri by mali byť poučení o možných rizikách a nástrahách tehotenstva a materstva. V terapii by sa malo pracovať predovšetkým na tom, aby partner ženu povzbudzoval k tomu, aby počala dieťa až po vyliečení z poruchy príjmu potravy (Papežová, 2010, s. 216-217).

Nie je výnimkou, že okolie nevie, že žena trpí poruchou príjmu potravy, alebo to žena pred svojim partnerom tají. Jej neplodnosť spojená so zlým zdravotným stavom a túžba mať dieťa, môže naďalej viesť k utajovaniu anamnézy pred partnerom, odborníkmi a k odmietaniu adekvátnej liečby. Takéto páry môžu vyhľadávať, a často sa tak deje, asistovanú reprodukciu. Tá je však určená k liečbe neplodnosti, kedy iné metódy liečby infertility nie sú dostupné. Avšak u porúch príjmu potravy je porucha fertility sekundárna. Preto nie je žiaduce, aby tato metóda bola používaná u žien s poruchou príjmu potravy, vzhľadom k možným dôsledkom rizikového tehotenstva a následkom spojených s výchovou detí.

„Negatívny dopad asistovanej reprodukcie u žien s poruchou príjmu potravy na následnú starostlivosť o dieťa, ktorú v prípade, že matka s poruchou príjmu potravy neposkytuje dostatok primeraného jedla a pitia, a tak pôsobí vážnu ujmu na vývoj telesný a duševný, je možné klasifikovať ako syndróm týraného dieťaťa“ (Papežová, 2010, s. 220).

3.2 Postnatálne obdobie

Situácia narodenia sa stáva prototypom či modelom všetkých neskorších úzkosti. Nejedná sa len o biologickú separáciu od matky, ale má podstatne hlbší psychologický a symbolický význam (Bergeret, 2004, s. 7).

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

V dnešnej dobe sa stále viac stiera rozdiel medzi životom prenatálnym a postnatálnym, zdôrazňuje sa kontinuita medzi týmito fázami života. Významnejšou sa stáva potreba, aby sa každé dieťa narodilo zdravé, chcené, vítané, so všetkými predpokladmi a schopnosťami dobrého vývoja (Dunovský aj. 1999, s. 49).

Psychológia skorého detstva, zahrňujúc aj psychológiu prenatálnu, prináša dosť predpokladov o tom, že dieťa vstupuje do interakcii so svojim sociálnym prostredím už v posledných mesiacoch svojho vnútro maternicového života, a potom samozrejme od prvých okamžikoch po narodení. U matiek, a vo veľkej miere aj u otcov, sa spustia mnohé inštinktívne mechanizmy, ktoré sa v rannej interakcii s dieťaťom významne uplatňujú, a ktoré sú základom pre ďalšie správanie. Aby však tieto mechanizmy mohli byť spustené, musia byť vopred pripravené. A to zďaleka nie je len vecou rodičovského či materského inštinktu, ktorý by sa neomylné dostavil vplyvom hormonálnej činnosti a ďalších biologických dejov prebiehajúcich počas tehotenstva, pôrodu, laktácie apod. Podstatnou mierou sa tu uplatňujú takzvané rodičovské postoje (Matějček a Dytrych, 1994, s. 197).

Vytváranie rodičovských postojov je proces prebiehajúci od skorého detstva až do dospelosti. Počiatky je možné pozorovať v pocitoch istoty a dôvery dieťaťa k rodičom, či iným primárnym vychovávateľom, v takzvane špecifickom citovom vzťahu.

Ďalším významným obdobím je vek batolaťa, kedy sa dieťa aktívne zapája do rodinných vzťahov a získava takzvanú rodinnú identitu. Vývoj pokračuje v predškolskom veku postupným zapájaním dieťaťa do detskej skupiny a pokračuje v strednom školskom veku, kedy dochádza k prijatiu mužskej či ženskej identity. Obdobie zamilovania, partnerského či manželského súžitia či samotné prežívanie tehotenstva sú konečnou fázou tohto deja a je nutne podmienená všetkým, čo sa dialo vo fázach predchádzajúcich (Matějček a Dytrych, 1994, s. 198).

Dalo by sa teda povedať, že rodičmi sa učíme byť od narodenia, a teda, že to, ako budeme vychovávať deti, aký vzťah sme schopní s nimi naviazať, je značne ovplyvnené tým, ako sme boli vychovávaní my sami a aké skúsenosti máme.

3.3 Vývojové modely – prvý až tretí rok života

V tejto kapitole sa budeme venovať jednotlivým teóriám s ohľadom na vývojové fázy dieťaťa, ktoré z môjho pohľadu majú význam pri formovaní osobnosti človeka, a v prípade, že nedôjde k ich harmonickému priebehu, môže dôjsť k vytváraniu základu pre poruchu príjmu potravy.

3.3.1 Kleinovsko - bionovský model

V teórii Melanie Kleinovej sú takmer všetky kľúčové kroky vo vývoji prisúdené prvým šiestim mesiacom života.

Vývojový model Melanie Klein je interpersonálny či vzťahový v zmysle, že vzťahuje vývoj ega k osobným vzťahom.

V každom štádiu sú fantázie dojčaťa upravované skutočným prežívaním interakcie s prostredím a jedinec neustále využíva vonkajší svet v záujme vnútorného.

Termín, s ktorým operuje Melanie Klein, je projektívna identifikácia.

V čisto psychoanalytickom zmysle je projekcia chápaná ako operácia, v ktorej jedinec vypudzuje zo seba a lokalizuje na inú osobu alebo vec, vlastnosti, city, prania, dokonca objekty, ktoré nepozná alebo v sebe odmieta. Ide tu o prvotnú obranu. (Laplanche a Pontalis, 1996, s. 361).

„Identifikácia je psychologický proces, ktorým subjekt asimiluje aspekt, vlastnosť, atribút niekoho iného a celkom alebo čiastočne sa mení podľa vzoru iného. Osobnosť sa utvára a diferencuje radom identifikácií“ (Laplanche a Pontalis, 1996, s. 133).

Bion (cit. podľa Fonagy, Target, 2005, s. 133) chápe projektívnu identifikáciu ako interpersonálny proces, kedy sa self dieťaťa zbavuje trýznivých pocitov tým, že tento pocit evokuje v druhom. Projektívna identifikácia je dôležitá v dojčiacom veku, kedy dieťa nedokáže absorbovať všetky svoje intenzívne skúsenosti.

Matka je akýmsi kontajnerom⁴, môže prijať a premeniť pre dieťa nepochopené emócie a dať im významy, s ktorými sa myseľ nemluvnáťa môže vyrovať. Matkinou úlohou je reagovať na mentálne, citové a telesné potreby dieťaťa, aby nezostalo napospas zahlcujúcej úzkosti. Matka vlastne dieťaťu „odráža“ svoje pochopenie jeho pocitov a ich príčiny. Dojča tak môže projikované zvládnuť a reinternalizovať, čím si namiesto pôvodnej neznesiteľnej emočnej skúsenosti vytvorí jej znesiteľnú reprezentáciu. Ak je táto potreba dieťaťa uspokojená, tak časom bude mať schopnosť regulovať vlastné negatívne stavy.

⁴ Bion zaviedol do psychológie pojem kontajner (container) a kontejnovanie (containing). Dieťa potrebuje matku, ktorá je schopná kontejnovat' (prijat', absorbovať, spracovať) jeho projektívne identifikácie a to s vážnosťou, rešpektom a úctou (Plháková, 1998, s. 20).

Tento proces je neverbálny, a tak je nesmierne dôležité, aby matka bola pre dieťa fyzicky dostupná.

V prípade, že matka nie je schopná spracovať signály, ktoré vysiela dojča, tak sa dieťa nenaučí spracovávať svoje negatívne pocity, úzkosti a nebude vedieť znášať frustráciu. Neschopnosť narábať s negatívnymi emóciami bude mať za následok, že sa dieťa začne vyhýbať situáciám, ktoré sú s nimi spojené, a kde by zažívalo úzkosť a frustráciu. Pokiaľ sa dieťa nenaučí spracovávať negatívne emócie, bude to viesť k iným kompenzačným spôsobom. Jednak to môže viesť k nadmernej agresii, ako prostriedku ako ich prejavit', alebo k ich potlačovaniu, čo sa môže v neskoršom veku prejavit' vplyvom ďalších faktorov ako porucha príjmu potravy.

3.3.2 Bowlbyho model teórie attachmentu

Bowlbyho teória attachmentu, niekedy tiež prekladané ako teória pripútania či väzby, poskytuje model pre integráciu skúsenosti z ranného detstva s neskorším vývojom, teda že pretrhnutie ranného vzťahu medzi matkou a dieťaťom je nutné chápať ako predispozíciu k duševnej poruche.

„Narušenie rannej väzby býva pociťované ako dysfunkcia v organizácii self (stresová regulácia, regulácia pozornosti a mentalizácie) a pretože tieto schopnosti sú nenahraditeľné k tomu, aby sa jedinec vysporiadal so sociálnym stresom, narušené vzťahy v rannom detstve spoločne s ďalšími sociálnymi tlakmi predpovedajú psychologickú poruchu“ (Fonagy a Target, 2005, s. 257-258).

Bowlby (cit. podľa Arlethovej, 2008, s. 34-35) uvádza, že vzťah medzi matkou a dieťaťom je základom pre všetky ďalšie sociálne vzťahy a jeho narušenie vedie k závažným dôsledkom vo vývoji jedinca.

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. Pokiaľ je dieťa v ničím neohrozenej prítomnosti hlavnej väzbovej postavy (matky), alebo mu je táto postava ľahko dostupná, cíti sa v bezpečí. Pre dojča je primárne, aby opatrujúca osoba bola pozorná, reagovala na jeho signály bezprostredne, a aby sa na ňu bolo možné obrátiť. Pripútanie je silná, dlhotrvajúca tesná citová väzba medzi dvoma ľuďmi. Hrozba straty vytvára úzkosť a skutočná strata zármutok. Ak je počas prvých rokov života dieťaťa porušená väzba medzi dieťaťom a matkou, vznikne pre ďalší vývoj celý rad vážnych a trvalých následkov.

Podľa Bowlbyho (cit. podľa Lanyadoovej a Horneovej, 2005, s. 85) základný rys dobrej rodičovskej výchovy je vtom, že obidvaja rodičia zaisťujú bezpečnú základňu, z ktorej dieťa alebo dospievajúci môže podnikáť výpady do sveta, a ku ktorej sa môže vracáť s istotou, že bude pri návrate vítané, citovo aj telesne živé, v prípade rozrušenia upokojené.

Bowlby (2010) načrtol obraz vývoja osobnosti nasledujúcim spôsobom:

„Skúsenosť malého dieťaťa s povzbudzujúcou, podporujúcou a spolupracujúcou matkou, a o niečo neskôr s otcom, mu dodá pocit vlastnej hodnoty, vieru v užitočnosť druhých ľudí a priaznivý model, podľa ktorého bude nadväzovať budúce vzťahy. Ďalej mu táto skúsenosť umožní s dôverou preskúmavať svoje prostredie a účinne s ním zachádzať, čím sa posilní jeho pocit kompetencie. Od tejto chvíle, ak sú rodinné vzťahy aj naďalej priaznivé, tieto prvotné vzorce myslenia, cítenia a chovania nielen pretrvávajú, ale osobnosť sa stále viac štruktúruje smerom k miernej sebakontrolle a k odolnosti, a stále pevnejšie v tom pokračuje navzdory nepriaznivým okolnostiam. Iný typ ranného detstva a neskoršie skúsenosti má iné účinky, obvykle vedúce k osobnostným štruktúram so zníženou odolnosťou a narušenou sebakontrolou, k labilným štruktúram, ktoré taktiež majú tendenciu pretrvávať.

Spôsob štruktúrovania osobnosti má potom vplyv na to, ako človek reaguje na budúce nepriaznivé udalosti, kde medzi najdôležitejšie patrí odmietnutie, odlúčenie a strata“ (Bowlby, 2010, s. 323).

V prípade porúch príjmu potravy, klientky často uvádzajú ako im chýba zo strany rodičov bezpodmienečne prijatie. Musia sa neustále snažiť aby im dokázali svoju „dokonalosť“, aby boli hodné lásky a nebáli sa odmietnutia.

Teória citovej väzby objasňuje aj to, že dieťa, ktoré nemá uspokojenú potrebu bezpečia, si môže k rodičovi vytvoriť silnú väzbu. Keď je zdroj bezpečia zároveň aj zdrojom bolesti a nebezpečenstva, ocitne sa dieťa v postavení neriešiteľného konfliktu. Situácia je neriešiteľná preto, lebo odmietnutie osobou, ku ktorej si dieťa vytvorilo citové puto, vyvoláva zároveň protichodné podnety vzdialiť sa a priblížiť sa. Dieťa sa nemôže priblížiť, pretože ho rodič odmieta, a nemôže sa vzdialiť, pretože cíti silnú potrebu väzby práve vtedy, kedy sa bojí. Klinickým výsledkom je silná úzkostná závislosť, ktorá môže spôsobiť, že dieťa bude vzdorovať separácií od rodičov (Lanyadoová a Horneová, 2005, s. 86).

3.3.3 Model Margaret Mahler

Vývojový model Margaret Mahlerovej sa sústreďuje na rast od jednoty „ja“ a „ne - ja“ ku konečnej separácii a individualizácii. Tvrdí, že biologické narodenie ľudského dieťaťa a psychologické zrodzenie jedinca sa časovo nezhoduje. Separácia sa týka vynorenia dieťaťa zo symbiotického splynutia s matkou, pričom individualizácia sa týka počínov, príznačných pre nadobudnutie individuálnych charakteristík dieťaťa (Fonagy a Target, 2005, s. 101).

Podľa Mahlerovej (cit. podľa Lanyadoovej a Horneovej, 2005, s. 673) v priebehu prvých mesiacov života dieťa prekonáva „autistickú škrupinu“ a vstupuje do „normálnej symbiôzy“.

Tento prechodný proces nazvala štádiom separácie - individualizácie a rozdelila ho na subfázy. Prvá fáza je diferenciatná, charakteristická zvýšenou ostražitosťou dieťaťa, ktoré strieda svoj pohľad. Chvíľu sa zameriava viac navonok a chvíľu sa obracia späť k matke, ako k orientačnému bodu. Táto fáza končí približne v deviatom mesiaci života, kedy sa začína aktivizovať pohybový aparát a prechádza do praktikujucej fázy. Batola je stále motoricky schopnejšie, vydáva sa do sveta, a aj keď sa vzdáľuje od matky, duševne sa stále prežíva v jednote s ňou. V priebehu znovupribližovacej subfázy, ktorá prebieha medzi pätnástym mesiacom a druhým rokom, dieťa zakúša intenzívnu duševnú nerovnováhu. Psychický vývoj v tejto fáze dosahuje telesné dozrievanie a prináša znepokojujúce poznanie, že práve pohyblivosť poukazuje na duševnú oddelenosť od matky. Dieťa, ktoré doposiaľ jednalo neohrozene, môže zneistiť a chcieť, aby malo matku stále na dohľad a mohlo prostredníctvom svojho jednania a očného kontaktu regulovať svoju novú skúsenosť oddelenosti. Riziko spočíva v tom, že matka tuto vskutku progresívnu potrebu pochopí ako prejav regresie a bude reagovať netrpezlivosťou či nedostupnosťou, čím v dieťati rýchlo vzbudí úzkostnú obavu z toho, že bude opustené.

Podľa Mahlerovej môže v tejto situácii vzniknúť „náladová predispozícia“, kedy výrazný nedostatok akceptácie a citového porozumenia zo strany matky v priebehu znovupribližovacej subfázy prispeje k trvalejšej náchylnosti k depresii. Rola matky a vývojové deformácie v utváraní duševných štruktúr sa prejavujú v trvalejšom poškodení psychických funkcií, ako sú intenzívne, neregulovateľné pocity stavy, nadmerná rozkolísanosť predstáv o sebe a objekte, narušená schopnosť vytvárať vzťahy (Lanyadoová a Horneová, 2005, s. 674-675).

Mahlerová svojim podrobným popisom vývoja prispela k hlbšiemu pochopeniu hraničných prípadov a taktiež osobám s poruchou príjmu potravy, u ktorých je hraničná porucha osobnosti veľmi často diagnostikovaná.

Úlohou adolescencie je vyrásť a opustiť domov. Obdobie adolescencie je príležitosťou, ako si vyskúšať, čo znamená byť mladý dospelý človek, a zároveň mať bezpečné zázemie, kam je možné sa vracieť. Veľmi podobne je na tom batola, ktoré činí prvé výpady do sveta a pritom sa môže vrátiť k rodičom, keď ho okolitý svet vyčerpáva, tak ako to popísala Mahlerová vo svojom vývojom modeli. Dospievajúce dievča s poruchou príjmu potravy dokáže prijať rodičov, aby sa o ňu starali ako o malé dieťa, ktoré neje, a pritom na nich kričí, aby jej dali pokoj, že je v poriadku. Ide síce o dospievajúcu osobu, ale v poňatí Mahlerovej, je batolaťom nespokojným s rodičovským úsilím doplniť mu živiny (Lanyadoová a Horneová, 2005, s. 505-506).

3.3.4 Model Hilde Bruch

Osobnosť ľudí trpiacich poruchou príjmu potravy je zasiahnutá narušeným vývojom už v detstve. Pre dobrú integráciu novorodeného dieťaťa je nevyhnutná povzbudivá a súhlasná odozva od matky a ďalších osôb, inak dochádza k strádaniu v rôznych funkčných aktivitách. Neadekvátna reakcia vo vzťahu rodič - dieťa vedie k nedostatočnosti nielen psychických reakcií, ale aj telesných funkcií a uvedomovaniu si telesných pocitov.

Nemluvňa sa na svojom prežití taktiež aktívne podieľa, vysielá signály vypovedajúce o stavoch nespokojnosti a nenaplnených potrebách. To ako na nich okolie reaguje, odpovedá, či im venuje alebo nevenuje pozornosť, podstatným spôsobom ovplyvňuje, nakoľko si začne dieťa uvedomovať, aké sú jeho potreby. Keď vstupuje do života, pociťuje biologické nutkania, ktoré sú pre neho samého iba neidentifikovanými a neidentifikovateľnými stavmi napätia a nepohodlia, a nedokáže odlíšiť seba od druhých.

Pocit oddelenosti vyplýva z interakčných procesov, ktoré zásadne predurčia jeho neskorší pocit pravej identity. Zdravý alebo narušený vývoj sa do značnej miery utvára na základe adekvátnosti matkiných reakcií na prejavy jeho potrieb, a to v psychologickej aj biologickej oblasti. Pokiaľ potvrdenie či povzbudenie pomerne neurčitých pocitov chýba alebo je nejasné či nejednoznačné, dieťa vyrastá bez základných predpokladov pre vytváranie telesnej identity, bez vnemového a pojmového vedomia svojich vlastných schopností a funkcií (Bruchová, 1997, s. 34-35).

Rozvoj autonómie a individualizácie je podľa väčšiny autorov umiestňovaný do neskorého dojčiacieho až batol'acieho obdobia.

Podľa skúsenosti Bruchovej (1997) sa tieto vzorce začínajú utvárať v podstate v okamihu narodenia a je možné ich dobre pozorovať na kojení. Necitlivé kojenie, kedy matka dieťaťu vnucuje svoje predstavy o jeho potrebách, namiesto aby prijímala podnety od neho, je spojené so silnými deficitmi iniciatívy a sebariadenia. Neskorší zlý vývoj býva spojený s reakciami rodičov na rastúcu samostatnosť dieťaťa.

„Poruchy môžu byť výsledkom nutkania nevyzretého či neistého rodiča formovať dieťa tak, aby nahradilo jeho vlastné nedostatky alebo naplnilo jeho predstavu o tom, čo je „správne“. Každá matka je znepokojená hrozbami, ktoré jej dieťaťu hrozia, a musia ho učiť, ako sa vysporiadať s ohrozujúcimi vonkajšími udalosťami. V záujme zdravého dospievania musíme podporovať rozvoj vnútornej samostatnosti a kompetencií dieťaťa, ale ani na neho nesmieme klásť premrštené nároky, predbiehajúce stupeň jeho zrelosti“ (Bruchová, 1997, s. 35).

Bruchová (cit. podľa Langmeier aj. 2000, s. 372) tvrdí, že matky dievčat, ktoré v budúcnosti trpia poruchou príjmu potravy, sú v zachádzaní so svojimi deťmi veľmi svedomité. Pri výchove sa však riadia svojimi predstavami o tom, čo si dieťa praje a čo potrebuje. Nie sú schopné sa naladiť na signály, ktoré im vysiela dieťa.

Tým zbavujú dieťa vlastnej iniciatívy a snahy o sebaurčenie. Zároveň tým dieťa učia nebrať ohľad na vlastné telesné signály ako ukazovatele svojich skutočných potrieb, ale hodnotiť seba a svoje potreby podľa oznamov z okolia. To dieťaťu bráni vytvoriť si zdravú dôveru v sebariadiacie mechanizmy vlastného tela. Jeho chovanie a hodnotenie je stále viacej určované druhými, a nemá tak príležitosť získať vnútornú istotu a sebaovládanie. Výsledkom takéhoto vývoja je chýbajúci prežitok vlastnej identity a hlboko zakorenený cit vlastnej neúčinnosti.

Príčiny, prečo matka nie je schopná naladiť sa na potreby dieťaťa, môžu byť rôzne. Jednak to môže byť už vyššie menovaný problém nechceného tehotenstva, to, že matka sama trpí poruchou príjmu potravy, opakuje chyby svojich rodičov a mnoho ďalších iných dôvodov.

V tomto poňatí sa prejavy poruchy príjmu potravy javia ako zúfalý pokus doposiaľ prehnane prispôsobivého, snaživého, poslušného, priateľského dieťaťa získať nadmernou kontrolou nad svojím telom konečne svoju vlastnú identitu a dokázať si, že je schopné sebaurčenia. Vo väčšine prípadov sa to deje v období vývoja, kedy od dieťaťa začneme požadovať zodpovednosť (Langmeier aj. 2000, s. 372).

Bruchová (1997) venovala pozornosť aj pôsobeniu správnej a zmyslupnej interakcii na vývoj reči a jasného pojmového myslenia. Trvale neadekvátny štýl komunikácie zo strany rodiča pripraví dieťa o pomoc, ktorú potrebuje, aby mohlo kategorizovať svoje rozmanité skúsenosti a správne si vyložiť reakcie ostatných. Z dlhodobého hľadiska je dôležité, či dieťa získa pri získavaní a rozširovaní svojich skúsenosti podporu od ostatných, čo mu potom pomáha odstrániť ranné dezinterpretácie. Pokiaľ žije príliš obmedzený život, zostane zmätené a bude chybné interpretovať správanie druhých a nesprávne posudzovať samé seba.

3.3.5 Dopady vývoja v prenatálnom a postnatálnom období

Z predchádzajúcich kapitol, ktoré sa zaoberali vývojovými modelmi v poňatí rôznych osobností, vyplýva, že pokiaľ matka nebude dostupná dieťaťu a nebude dávať významy emóciám, ktoré na ňu dieťa prenáša, sa v neskoršom veku môže prejavíť tým, že dieťa nebude schopné zvládať frustráciu a negatívne emócie, bude hľadať iné kompenzačné spôsoby ako sa s nimi vyrovnáť (Kleinová a Bion). Zároveň je pre dieťa dôležitá prítomnosť matky, aby uspokojovala potreby dieťaťa, aby sa cítilo bezpečne, aby medzi nimi fungovala väzba. V prípade, že dôjde k jej porušeniu, bude dieťa úzkostne závislé a bude vzdorovať separácii (Bowlby). V modeli Mahlerovej, ktorá hovorí o separácii a individualizácii, je významné, že dieťa s nedostatkom akceptácie a porozumenia v útlom detstve bude mať v dospelosti problém so separáciou. Podľa Bruchovej vedie výchova dieťaťa podľa predstáv rodičov a ich nadmerných očakávaní k zúfalému pokusu nájsť svoju identitu skrz prevzatie kontroly nad svojim telom (Bruchová).

Z uvedeného teda vyplýva, že problémy v rannom detstve, môžu mať za následok komplikácie v období, keď sa od dieťaťa očakáva väčšia samostatnosť, zodpovednosť. Teda v období dospievania. Týmto obdobím a problémom s ním spojených sa budeme zaoberať v nasledujúcej kapitole.

4 Vývojové úlohy v období puberty

V období puberty nastáva zložitý vývoj – telesný, citový, sexuálny, spoločenský aj intelektuálny. Z pohľadu vonkajšieho pozorovateľa tým detstvo končí, aj keď mnoho vnútorných konfliktov a problémov kojeneckého a detského veku pretrváva, napriek telesnej vyspelosti aj v dospelom človeku.

Problémy začínajú opäť nastupovať, keď dospievajúci nanovo potrebuje spracovať separáciu od rodičov, avšak v inom kontexte, ktorý je určený kvalitou časovo predchádzajúceho vzťahu medzi matkou a dojčateľom.

Stern (cit. podľa Lanyadoovej a Horneovej, 2005, s. 503) upozorňuje predovšetkým na najrannejšie spôsoby mimoslovného dorozumievania medzi matkou a dojčateľom, kde podstatnú rolu hrá vzájomné naladenie sa. To je základným a najdôležitejším činiteľom vzťahu medzi matkou a dojčateľom pri kŕmení. U ľudí s poruchou príjmu potravy je teda možné predpokladať, že obtiaže pri odpútavaní sa od rodiny sú len pokračovaním ranných problematických vzorcov kŕmenia a odstavovania.

Prechod z detstva do dospelosti býva jednou z najobťažnejšie spracovateľných udalostí celého rodinného života. Porucha príjmu potravy môže byť jedným zo spôsobov, ako zastaviť úzkosť, ktorú separácia od domova vyvoláva. Takéto dievča sa na jednej strane ohrádza, že má svoj život pod kontrolou a rodičov nepotrebuje, ale zároveň obracia vývojový proces späť a pôsobí druhým rovnaké množstvo starostí ako dojča, ktoré odmieta jesť. Tieto konflikty sa objavia a nakoniec ustália v začarovanom kruhu kontroly, hladovania a klamstiev, čo k poruchám príjmu potravy patrí (Lanyadoová a Horneová, 2005, s. 504).

Úlohou adolescencie je teda vyrásť a opustiť domov. Je to obdobie, kedy majú dospievajúci príležitosť uzatvoriť si nespracované veci, ktoré zostali medzi nimi a rodičmi.

Taktiež je dospievanie príležitosťou vyskúšať si, aké je byť mladým dospelým a zároveň mať bezpečné zázemie. Podobne je na tom podľa Mahlerovej aj batola, ktoré robí výpady do sveta a zároveň sa môže vrátiť k rodičom.

Podmienkou k tomu, aby došlo k individuácii je vývojový krok, a to vymanenie sa zo symbiózy s matkou. Osamostatnenie je u dievčaťa komplikované tým, že sa musí odlíšiť od niekoho, kto je jej veľmi podobný, od svojej matky, a zároveň zanechať si svoju ženskosť a príbuznosť s ňou. Táto neinakosť sa opäť dostavuje ako problém v pubertálnom veku, predovšetkým u dievčat s poruchou príjmu potravy, kedy trpia tým, že nemajú nič svoje, vlastné, svoju intimitu, svoje tajomstvá. To všetko vedie k úzkosti a obavám zo straty (Poněšický, 2008, s. 41- 42).

V prípade, že ranná väzba medzi matkou a dieťaťom bola narušená, môže byť táto úzkosť zo straty omnoho väčšia. Proces separácie teda môže byť komplikovanejší, niekedy riešený útekem do choroby. V niektorých prípadoch k úplnej separácii ani nedôjde a tento proces sa opätovne naštartuje v dobe, keď je človek dospelý a jeho deti opúšťajú rodinné hniezdo. Prostredníctvom vlastných detí si tak matky riešia svoju úzkosť zo separácie a deťom to mnohokrát sťažujú.

Problémom separácie v súvislosti s psychosomatickými ochoreniami a poruchami príjmu potravy sa zaoberajú český autori Chvála a Trapková. Ich metaforu o sociálnej dělohe⁵ a sociálnom pôrode si predstavíme v ďalšej kapitole.

⁵ Termín "sociální děloha" 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".

4.1 Sociálna deloha a sociálny pôrod

Chvála a Trapková vo svojej publikácii Rodinná terapie psychosomatických porúch predstavili metaforu o rodine ako sociálnej delohe. Podľa autorov sa rodina správa ako živý organizmus, ktorý v psychosociálnej úrovni opakuje zákonitosti známe z vývoja plodu v tele matky.

„Proces zrenia plodu v tele matky sa na vývojovo vyššej – psychosociálnej – úrovni vo svojich základných parametroch opakuje“ (Chvála a Trapková, 2004, s. 87).

Vnútorňý priestor rodiny, v ktorom dieťa vyrastá, priestor možností, chránený pred vonkajším svetom, nazvali sociálnou delohou kvôli výraznej podobnosti s vývojom plodu v delohe matky. V sociálnom pôrode, teda v procese separácie dospelujúceho z pôvodnej rodiny, rozpoznali podobné zákonitosti, ako pri fyzickom oddeľovaní dieťaťa od matky pri pôrode. Ďalšiu podobnosť vnímajú v placente ako orgáne sprostredkovávajúcom látkovú výmenu medzi materským organizmom a plodom, a tak interakčný proces medzi rodičmi je zdrojom sociálnej výživy pre dieťa (Chvála a Trapková, 2004, s. 85 - 99).

Deviatim mesiacom tehotenstva zodpovedá približne osemnásť rokov psychosociálneho vývoja dieťaťa v rodine. Tehotenstvo má tri fázy tehotenstva, takzvané trimestre. Vývoj dieťaťa v rodine je rozčlenený podľa psychologických teórií tiež na tri obdobia – od narodenia do šiestich rokov, od šiestich do dvanástich a od dvanástich do osemnástich rokov (cit. podľa Arlethovej, 2008, s. 38).

Najväčšie nároky na psychickú potenciú páru sú kladené v prvých rokoch existencie rodiny, aj keď sa často považuje za najdôležitejší len vzťah dieťaťa s matkou. Matkina rovnováha je nepochybne závislá na dobrom vzťahu s partnerom, funkcia otca je tak od samého začiatku nenahraditeľná.

V prvom roku života dieťaťa dochádza najčastejšie k poruche synchronizácie materského s detským organizmom. Matka cíti, že by mala dať dieťaťu maximum, a pokiaľ má pocit, že mu nemôže vyhovieť, často sa začína sama obviňovať, čo nie je namieste. Konfliktný alebo vyprázdnený vzťah s partnerom nevytvára dieťaťu prostredie, ktoré by ho „sýtilo“ tak, ako potrebuje, a následky „podvýživy“ sa ťahajú ako dlh do ďalších rokov (Chvála a Trapková, 2004, s. 104-105).

V druhom období sociálna „výživa“ už nie je závislá len na tom, čo dieťaťu predajú rodičia, prísun informácií a sociálnych interakcií poskytuje dieťaťu aj škola. Puberta otvára poslednú fázu pobytu dieťaťa v sociálnej delohe, rovnako ako sa dieťa pripravuje na opustenie chráneného priestoru a na pôrod. Uvoľňovanie dieťaťa z pôvodnej rodiny vyžaduje, aby sa celý rodinný systém na túto zložitú zmenu pripravil. Na konci je nutné, aby prebehol konflikt, ktorý umožní, aby sa dospelávajúci dostal z vnútorného, sociálne uzatvoreného priestoru von k samostatnému a na rodičoch nezávislému životu, aby bol neskôr pripravený založiť vlastnú rodinu a teda aj novú sociálnu delohu (Chvála a Trapková, 2004, s. 106–110).

„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 dospelávajúcim dieťaťom, ktorému napríklad úzkostní rodičia nedovoľujú, aby sa osamostatňovalo. Obidve situácie sú nebezpečným zdrojom symptómov v rodine“ (cit. podľa Arlethovej, 2008, s. 39).

Poruchám príjmu potravy Chvála a Trapková (2008) porozumeli ako jednému z možných prejavov stagnácie procesu separácie. Tam, kde sa dospelávajúce dievča potrebuje priblížiť k matke ako žena k žene. Keď sa dcéra s matkou v tejto fáze separácie zastavia, sociálny pôrod uviazne.

Praktická realizácia stagnácie je už vecou toho, k čomu má rodina predpoklady, aké symptómy a systémové vlastnosti vytvorí a akým spôsobom ďalší vývojový krok znemožní. Klasickým syndrómom tohto obdobia je mentálna anorexia. Rodina teda uviazla v anorektickej stagnácii. O anorektickej stagnácii autori hovoria aj v iných prípadoch, keď sa stagnácia prejavila inými príznakmi, než poruchou príjmu potravy. V skutočnosti totižto nejde o poruchu príjmu fyzickej potravy – anorexiu, ale o mentálnu poruchu, teda poruchu príjmu emócií v rodine.

Podobne neskôr potrebuje dievča otca, aby s ním prežila vzťah mladej ženy so sexuálne bezpečným milujúcim mužom, schopným prejavovať navonok lásku. Pokiaľ tento stav nenastane, zvyšuje sa riziko bulimickej stagnácie na ceste separácie a sociálny pôrod sa komplikuje.

Problémy s osamostatnením u dievčat s mentálnou bulímiou vyplývajú skôr z potreby zostať blízko rodiča, pokúšajú sa nájsť pohodlie a bezpečnosť v situáciách, keď im nikto z rodičov nevychádza v ústrety. Osamostatňovanie sa u dievčat s mentálnou anorexiou zlyháva často kvôli matkinej neschopnosti dovoliť svojej dcére prežívať vlastné pocity a emócie (Bratská a Pavlíčková, 2000, s. 38).

4.2. Vývinové obdobia a ich vplyv na separáciu

Štúrová priniesla nový koncept, ktorému som sa venovala vo svojej bakalárskej práci. Preto si dovoľím len stručne, vzhľadom na jeho prínos, ho na tomto mieste spomenúť.

Tento koncept prispel k porozumeniu rizikového vývinu detí a mládeže. Je to koncept, ktorý je inšpirovaný psychoanalýzou a psychodynamickou psychológiou.

Je to model, ktorý sa zaoberá separáciou a individuáciou dieťaťa vo formatívnom období a jeho vplyvom na nezdarený proces emancipácie v pubertálnom veku. Je to model prechodu z dyadického vzťahu k matke, k triangulárnemu vzťahu k otcovi. S týmto vzťahovým rámcom súvisí koncept narušeného sebaobrazu, sebakonceptu v zmysle nezdareného vytvorenia vnútorných osobnostných štruktúr, ktorých krehkosť neumožní, aby osobnostne oslabený, nevyzretý jedinec dokázal prekonať krízu dospievania.

Štúrová skúma vývinové obdobia a fixačné body, ktoré majú vplyv na rozvinutie rizikového správania mládeže (delikvencia, poruchy správania, poruchy výživového pudu, závislosti atď.).

V súvislosti s poruchami príjmu potravy vyzdvihuje význam neskorého orálneho obdobia, kedy sa kladú základy nevedomého mechanizmu agresie obrátenej von alebo agresie obrátenej proti sebe.

Dieťa, ktoré v predchádzajúcom období získalo pocit bezpečia a je relatívne sebaisté, bude s väčšou pravdepodobnosťou smerovať agresiu von. Dieťa bez dostatočnej dôvery a pocitu bezpečia bude v neskoršom veku ohrozené tým, že u neho bude prevažovať mechanizmus agresie obrátenej proti sebe. U dieťaťa totiž dochádza k tomu, že sa izolujú impulzy náklonnosti od impulzov agresie. Vývin potom prebieha izolovane. Izolované impulzy agresie ustúpia do latentného nevedomého konceptu duševného zdravia. Nevstúpia do vonkajšieho prejavu dieťaťa, do jeho správania (Štúrová, 2003, s. 25).

Dievčatá s mentálnou anorexiou smerujú agresiu voči sebe. Dievčatá s mentálnou bulímiou taktiež obracajú agresiu proti sebe, ale zároveň ovládli aj mechanizmus agresie obrátenej von, v zmysle zvracania. V ich správaní, v odmietaní potravy, prejedaní, zvracaní, sa manifestujú konflikty a bojovné stretávania s emocionálne významnými postavami - s matkou a otcom. Seba deštrukcia takýchto dievčat je evidentná.

Ich manipulatívnosť a hostilita vo vzťahoch býva skrytá za celkovým kultivovaným prejavom (Arlethová, 2008, s. 50).

5 Vznik porúch príjmu potravy

„Neexistuje choroba, ktorá by svojim zmyslom nezapadala do príbehu človeka“ (Chvála a Trapková, 2004, s. 48).

Najstaršia teória vzniku anorexie hovorí o odmietaní ženskosti, obzvlášť sekundárnych pohlavných znakov, oblých tvarov, často aj sexuality. Okrem tráum v tejto oblasti, napríklad sexuálneho zneužívania, hrá rolu aj subjektívne rýchly psychosexuálny vývoj v období puberty, rýchlo meniace sa telo a s tým súvisiace vzťahovanie sa druhých voči dospievajúcemu. Zatiaľ čo pre chlapcov je puberta mimo iné vstupom do nových dobrodružstiev a väčšej slobody, pre dievčatá to znamená vystavenie sa mnohým zákazom a nebezpečenstvám. Zmeny ich fyziognómie a zmeny, ktoré tieto premeny spôsobujú v ich sociálnom živote, sa môžu stať príčinou psychických rozladení a neistôt.

Z toho potom logicky vyplýva potreba väčšej kontroly. Táto tendencia mať všetko pod kontrolou sa môže prenášať aj na jedenie a váhu. Ženy sú oveľa viac vystavené emočným vplyvom, čo znamená, že do seba mnohé príjmu, čo im neprospieva, snažia sa plniť očakávania druhých. Puberta je práve obdobím plnenia očakávaní dôležitých osôb (najlepšej kamarátky, vrstovníkov, partie, prvej lásky).

Anorexia potom znamená (nevedome, telesne, zástupne) protest proti tomu, volanie o pomoc a nakoniec rezignáciu. V bulímii sa nenachádza rezignácia v pravom slova zmysle, pretože samotné vyvrátenie jedla sa dá pokladať za aktívny čin a nie len za rezignujúcu pasivitu (Poněšický, 2008, s. 131, 132).

Poněšický (2008) ďalej uvádza, že pri vzniku poruchy príjmu potravy hrá rolu aj menšia schopnosť otvorenej agresivity. Jedná sa totiž o veľmi prispôsobivé dievčatá, ktoré sú v skutočnosti „zneužívané“ svojimi rodičmi, či celou spoločnosťou, spravidla v ich neprospech.

Nedostatok individuácie si nachádza patologickú náhradu v anorexii. Tá sa stáva niečím zvláštnym, čomu málokto rozumie, čo im dodáva žiaducu hodnotu, pocit výnimočnosti a to, čo im nikto nemôže vziať.

Je ťažké, aby si pätnásť ročné dievča spravilo správny úsudok o motivácii a správaní svojich rodičov, ktorí ju napríklad zahrňujú materiálnymi vecami a robia pre ňu všetko. Všetko, až na to, že nie sú schopní sa vcítiť do skutočných potrieb a prianí. A tak dievča všetko prijíma, pretože očakáva, že konečne dostane to, čo jej chýba, čo potrebuje. Hltavo sa na to vrhá, aby o chvíľu zistila, respektíve jej telo zistilo, že to nie je to pravé, po čom túžila, a tak potravu vyvráti.

Samotný výraz zvracanie, respektíve z-vracat', poukazuje na veľmi podobné slovo - vracat', ktoré nám dáva najavo, v čom spočíva táto činnosť. Ide o vracanie niečoho do pôvodného stavu, statusu, ide o regresiu. Zvrátiť, v zmysle zvracať, predpokladá, že sme požili niečo, čo nám škodí, a telo to odmieta, späť vracia, takže čím skôr toto niečo z tela odíde, tým lepšie (Michelena, 2006, s. 8).

Zvracať zároveň znamená, že niečo nie je možné stráviť, a tak ako sme už vyššie písali, nemusí sa jednať len o fyzický príjem potravy, teda o jedlo, ale nestráviteľné môžu byť emócie, príkazy, výchova, nároky na seba, diktovaný životný štýl a podobne.

5.1 Vznik mentálnej bulímie

Je ťažké oddeliť mentálnu bulímiu od anorexie, pretože spolu úzko súvisia a často anorexia predchádza bulímiu. V tejto časti textu sa teda budem zaoberať vznikom porúch príjmu potravy a zároveň sa budem snažiť poukázať na rozdiel, ktorý je možné nájsť v prežívaní u dievčat s mentálnou bulímiou.

Moja teória vychádza so skúsenosti s klientkami s poruchou príjmu potravy, kde som narazila na opakované alebo veľmi podobné témy, podobné prežívanie udalosti, charakterové vlastnosti, spôsob reakcií. Aj s prihliadnutím na individuálne rozdiely a jedinečnú osobnosť sú si v mnohom podobné. Zároveň vychádzam aj z teórií odborníkov, ktorí sa danými témami zaoberajú už dlhé roky a ich prínos je na tomto poli pôsobnosti nenahraditeľný.

5.1.1 Dieťa v rodine s poruchou príjmu potravy

Mojim hlavným predpokladom je, že vytváranie základu pre vznik poruchy príjmu nastáva v prenatálnom období a rannom detstve. Prístup matky k tehotenstvu, k tomu, či je dieťa chcené alebo nie, má vplyv jednak na emočné rozpoloženie matky, ale zároveň to ovplyvňuje dieťa, ktoré sa narodí do sveta, kde sa bude musieť subjektívne veľa snažiť, aby si zaslúžilo lásku rodičov či iných významných osôb (prejavom môže byť extrémny perfekcionizmus, snaha vyhovieť, prispôsobivosť). Zároveň v tomto období zohráva rolu aj otec. V prípade, že je to on, ktorý sa stavia negatívne k tehotenstvu, bude to mať vplyv na psychické a emocionálne rozpoloženie ženy (matky) a dopad na dieťa to môže mať rovnaký.

Ďalšou z variant, ktorá môže mať vplyv na prenatálny vývoj dieťaťa je, keď je matkou žena trpiaca poruchou príjmu potravy. V takomto prípade nielenže sa jedná o komplikované tehotenstvo, z dôvodu zlého zdravotného stavu matky, ale každý z nás si dokáže predstaviť, aké problémy z toho pre nastavajúcu matku vyplývajú. Prijímanie potravy, tak aby vyvíjajúci sa plod mal dostatok živín, nárast váhy, zmena telesných proporcií. Aj keď z praxe mám skúsenosti, že v období tehotenstva sa akoby „zázrakom“ zdravotný stav zlepšuje, pretože prijímanie potravy si ženy ospravedlňujú tým, že krmia dieťaťko ale nie seba.

Nárast váhy je aj v tehotenstve minimálny pri mentálnej anorexii (väčšinou majú vypočítané koľko môžu pribrať, koľko váži placenta, dieťa, plodová voda). U mentálnej bulímie nie sú ženy na seba tak prísne a striktné v odmietaní potravy (prejedajú sa a zvracajú – kde samotné prejedanie je prejavom straty kontroly a zvracanie je snahou udržať si váhu pod kontrolou) a dovoľia si stratiť kontrolu a nárast váhy je pre nich prijateľnejší. A aj keď v priebehu tehotenstva majú poruchu príjmu potravy relatívne pod kontrolou, po pôrode sa ich zdravotný stav opäť zhoršuje, dochádza k relapsom, k opätovnému odmietaniu potravy či k záchvatom prejedania a zvracania.

Sú však aj prípady žien, ktoré aj samotný fakt, že sú tehotné a vyvíja sa v nich plod (alebo ich zdravotný stav je natoľko vážny), neovplyvní natoľko, aby boli schopné zmeniť stravovacie návyky. V takomto prípade je nielen nutná hospitalizácia, ale často dochádza k potratom, z čoho majú následne pocity viny, že to ony zabili svoje dieťa, že nedokázali svoje tehotenstvo a život svojho potomka mať „dokonale“ a dostatočne pod kontrolou a bludný kruh mylných presvedčení a nelogických záverov sa uzatvára a odmietanie potravy, v zmysle odmietania života dáva opäť zmysel.

Za alarmujúce však pokladám obdobie po narodení, keď ženy často relapsujú, a sú natoľko zaťažené vlastnými starosťami, že nemajú čas a možnosť naladiť sa na potreby dieťaťa. Je preukázané, že tieto ženy koja len po krátku dobu (a kojenie je pre dieťa nielen uspokojením hladu, ale aj zdrojom pocitu bezpečia a istoty). Zároveň deťom upravujú stravovacie návyky podľa seba, pretože nemajú predstavu o normálnej porcii, chránia dieťa od toho aby malo nadváhu či bolo obézne (aby v dobrom úmysle zabránili tomu, aby dieťa malo rovnaké starosti s váhou ako majú ony). Takýto vzor matky, ktorá si sama nedopraje jedlo je pre sebaurčenie a zdravý vývoj detí nevhodný.

Rodiča s poruchou príjmu potravy je možné považovať za významný faktor spôsobujúci poruchu príjmu potravy nielen v zmysle, že nemá správne stravovacie návyky. Možné je predpokladať, že nebude ani vhodným vzorom, čo sa týka spracovávanía emócií, vyjadrovania hnevu, nebude nadväzovať zdravé, harmonické vzťahy, a teda nebude vhodným vzorom pre vyrastajúce dieťa.

Podme sa však venovať rodičom, ktorý nemajú poruchu príjmu potravy a rovnako môžu ovplyvniť vývoj dieťaťa smerom k chorobe.

5.1.2 Dieťa v rodine bez poruchy príjmu potravy

Opieram sa o psychoanalytické teórie vyzdvihujúce význam ranného detstva v utváraní osobnosti. Domnievam sa, že pokiaľ dieťa v prvých troch rokoch nezíska pozitívnu skúsenosť a v období, keď dochádza k najväčšiemu formovaniu osobnosti, nebude mať uspokojené základné potreby, bude veľký predpoklad na to, že v budúcnosti bude mať sklon ku správaniu so sklonom k závislostiam, duševnej chorobe či poruche osobnosti.

K tomu, aby si dieťa vybudovalo zdravú dôveru v seba, svoje schopnosti a zároveň v okolie, je nutné, aby boli uspokojované jeho ranné potreby. Predovšetkým potreba bezpečia, ktorú nadobudne bezprostrednou empatickou reakciou matky. Dieťa potrebuje matku, ktorá bude dávať významy jeho negatívnym emóciám, bude sa naladovať na potreby dieťaťa. V prípade, že bude matka preberať za dieťa rozhodnutie o tom, čo potrebuje, dieťa bude na začiatku nespokojné, ale neskôr sa prispôsobí tak, že matkine potreby bude vnímať ako svoje, čo sa v budúcnosti môže prejavovať nadmernou prispôsobivosťou.

Dievčatá s poruchou príjmu potravy často hovoria: „neviem kto som, neviem čo ma baví“, nevedia diferencovať svoje potreby od potrieb a očakávaní okolia. Životné rozhodnutia robia podľa očakávaní rodičov, tak aby im vyhovelí a vo veku, v ktorom by mali zakladať vlastnú rodinu, sa ocitnú v bode, keď nevedia čo chcú. Práve takáto neistota v seba samú, v svoje rozhodnutia môže prameniť z nedostatočného vyvinutia vlastnej osobnosti, individuácie.

Neskorá orálna fáza je významná pre vytváranie základov mechanizmu agresie. V prípade narušeného priebehu tejto fázy dochádza k obracaniu agresie proti sebe, Podľa môjho názoru sa to môže prejavovať v neskoršom veku formou vyhýbania sa konfliktom, ohrýzaním nechťov, sebapoškodzovania, poruchami príjmu potravy, zneužívaním návykových látok či inými typmi závislostí.

V prípade splnenia týchto vyššie vymenovaných podmienok môže dôjsť ku položeniu základov pre duševnú poruchu či poruchu príjmu potravy. Dalo by sa povedať, že tieto ranné problémy ovplyvnia nasledujúci vývoj osobnosti. Nazhromaždené problémy sa potom znovu objavia v dobe, keď dochádza k obdobnému procesu ako v rannom detstve - teda v puberte.

Dieťa nadobudne pocit bezpečia, dôvery v seba samé a tým sa môže bezpečne vzdaľovať od matky a rodičov, to je proces separácie - individuácie. Toto obdobie ranného detstva môžeme pozorovať v analogickej podobe aj v puberte, keď sa dospievajúci potrebuje osamostatniť a cítiť pri tom podporu zo strany rodičov. Avšak v prípade, že vývoj v rannom detstve neprebehol podľa potrieb dieťaťa, dochádza ku komplikáciám v procese separácie, čo sa môže prejaviť vznikom poruchy príjmu potravy v zmysle prejavovania choroby. Keď dospievajúci začne držať diétu, odmieta potravu (namiesto toho, aby odmietol rodičov).

V prípade, že je kontrola zo strany rodičov vysoká a nie je možné sa vyhýbať jedlu s nadmernou snahou sa prispôbiť a vyhovieť, dospievajúci prijíma potravu (emócie) od rodičov, avšak ich nemôže stráviť, pretože z hľadiska vývoja je namieste neprijímať tieto emócie, ale mať tento emočný základ vytvorený v sebe. Potom dochádza ku zvracaniu a teda k mentálnej bulímii.

Rozdiel teda medzi mentálnou anorexiou a mentálnou bulímiou vnímam v rozdielnosti prejavovania vzdoru, keď dievčatá s mentálnou anorexiou vzdorujú viditeľnejším spôsobom, pričom dievčatá s mentálnou bulímiou sú schopné svoje emočné prázdno dlho tajiť a zajedať v nádeji, že získajú od rodičov ocenenie, prijatie, lásku.

5.1.3 Porucha príjmu potravy ako životný štýl

Za najvýznamnejší rizikový faktor pre vznik poruchy príjmu potravy teda pokladám rodinu, rodinnú výchovu a vzťahy v rodine. Nerada by som však opomenula aj faktory vymenované v druhej kapitole, ktoré pri vzniku poruchy príjmu potravy taktiež zohrávajú významnú úlohu. Keď sa ich pôsobenie pridá k nefunkčnej rodine, bude veľmi pravdepodobné, že dôjde k vzniku poruchy príjmu potravy. Osobne sa však domnievam, že osoba, ktorá má vybudovanú zdravú osobnosť, je si vedomá vlastnej hodnoty, má harmonické vzťahy, tak tlaku médií, či iným vplyvom nepodľahne tak ľahko.

Rada by som na tomto mieste ešte spomenula fenomén dnešnej doby, s ktorým sa stretávam v rámci netstreetworku⁶.

⁶ Netstreetwork je projekt občianskeho združenia Anabell, ktorý si kladie za cieľ vyhľadávať osoby ohrozené či osoby s poruchou príjmu potravy v prostredí internetu, poskytovať im intervenciu a motiváciu, aby sa rozhodli riešiť svoju situáciu v reálnom prostredí, vyhľadali odbornú pomoc a nezostávali v izolácii so svojimi problémami.

Týmto fenoménom mám na mysli osoby, ktoré si zakladajú na veľmi štíhľom – anorektickom vzhlade, chovaní, jednaní (napríklad dnes už miznúca subkultúra emo). Osoby, ktoré majú poruchu príjmu potravy ako svoj životný štýl, vedome držia drastické a nezdravé diéty, zdieľajú svoje jedálničky (bez jedla) na svojich blogoch a odmietajú akúkoľvek pomoc. S týmito priaznivcami sa vo svojej praxi zatiaľ nestretávam, pretože oni subjektívne nevnímajú svoj životný štýl ako problém, skôr naopak - ako svoju prednosť. Z tohto dôvodu nie je možné moju teóriu aplikovať aj na túto cieľovú skupinu. Môžem sa teda len domnievať, že k takýmto sebadeštruktívnym krokom vedie celý rad faktorov, ktoré som v tejto práci menovala.

6 Liečba porúch príjmu potravy

Liečba nie je primárne obsahom tejto práce, dovoľm si však v stručnosti uviesť niekoľko dôležitých informácií v súvislosti s liečbou tejto cieľovej skupiny.

Vzhľadom k hlbokej patológii ochorenia sa za vhodnú liečbu pokladá kombinácia individuálnej, skupinovej a rodinnej terapie. V niektorých prípadoch je taktiež nutné zvážiť farmakoterapiu.

V prípade, keď je klient vo vážnom somatickom nebezpečenstve, je nutná jeho hospitalizácia.

Dôležitou súčasťou liečby je edukácia, poskytovanie informácií o ochorení, o jeho formách a možnostiach liečby. V rámci odborného sociálneho poradenstva sa pracuje s klientmi predovšetkým na motivácii, aby následná odborná pomoc mala čo najväčší efekt (Arlethová, 2010, s. 30).

Je nutné si uvedomiť, že porucha príjmu potravy má zástupnú funkciu, je to psychosomatické ochorenie, kde samotná choroba je len prejavom dlho hromadených a neriešených problémov. Liečba je náročná, pretože sa človek musí vzdať niečoho, čo uspokojuje jeho potreby, čo znižuje napätie, a to je podstatne náročnejšie, než sa zbaviť ochorenia, ktoré prevažne zaťažuje. Je potrebné najprv týmto osobám niečo dať, niečo ich naučiť, niečo vytvoriť, kým budú schopné a ochotné sa oných náhradných uspokojení vzdať (Poněšický, 2002, s. 100).

Samotná práca na jedálnych návykoch vedie z môjho pohľadu len k prehľbovaniu pocitov zlyhania, pretože za jedlom sa skrýva nespočetné množstvo nestráviteľných emócií, čo vedie k častým relapsom a pocitom bezmocnosti. Jedlo je neprijateľné a nestráviteľné a chciet' po klientoch, aby začali jesť „normálne“ je absurdné. Nemám na mysli osoby, ktoré sú natoľko podvyživené, že je nutná realimentácia a stabilizácia zdravotného stavu, aby boli vôbec schopné byť súčasťou terapeutického procesu.

Je nutné, aby najprv porozumeli, čo ich viedlo ku kompenzačnému mechanizmu a keď jedlo pre nich prestane byť „otrávené“ touto záťažou, budú môcť začať žiť plnohodnotný život so všetkým čo k tomu patrí. A neoddeliteľnou súčasťou života je prirodzene aj jedlo.

7 Kazuistika

Kazuistickú štúdiu som si zvolila z dôvodu, že zber dát do kvantitatívneho výskumu by bol vzhľadom k cieľovej skupine náročný. Taktiež som sa obávala, že aj s prihliadnutím na slobodnú voľbu (pri rozhodnutí, či mi dotazníky vyplnia) a anonymitu dotazníkov, by mohol byť narušený poradenský vzťah medzi mnou a klientmi. V nasledujúcej časti textu vám predstavím prípad klientky (nazveme ju Jana), na ktorom by som rada demonštrovala teóriu o vzniku mentálnej bulímie v kontexte rodinných vzťahov. Odhalila podstatné motívy a subtility v prežívaní a správaní Jany, ktoré vedú k pochopeniu jej vývinu a jej interakciám so spoločenským prostredím.

Predtým, než uvediem samotný prípad, by som rada zdôraznila, že občianske združenie Anabell si zakladá na dôvere a anonymite klientov. Všetky údaje a príbeh, boli pozmenené takým spôsobom, aby nebolo možné identifikovať osobu skrývajúcu sa za týmto prípadom. Preto akákoľvek podoba či zhoda s prípadom je náhodná.

7.1 Kazuistika Jany

Prvý kontakt s Janou prebehol na diskusných stránkach venovaných problematike porúch príjmu potravy, kde Janu zaujímali skúsenosti druhých a kde hľadala informácie o liečbe. Po poskytnutí žiadanej informácii sa Jana objednala na poradenské sedenie, kde prišla v sprievode kamarátky, ktorá sa však sedenia nezúčastnila. Meškala, za čo sa veľmi ospravedlnila a bolo vidieť, že sa kvôli tomu cíti trápne.

Na začiatku sedenia bola Jana zoznámená s právami a povinnosťami záujemcov o naše služby a bola s ňou uzatvorená ústna zmluva o poskytovaní odborného sociálneho poradenstva.

Jana pôsobila na prvý dojem veľmi odmerane, bola elegantne oblečená, vlasy mala stiahnuté do prísneho uzla, pôsobila zviazaným a starým dojmom. Jana mala 25 rokov, ale svojím vystupovaním a vzhľadom vypadala byť o desať rokov staršia. Sedela vzpriamene, mala nohu prehodenú cez druhú a takmer celé sedenie sa nepohla. Ako dôvod svojej návštevy uviedla, že už niekoľko rokov bojuje s bulímiou a aj keď v poslednej dobe sa jej darí už lepšie, stále premýšľa nad jedlom a je nešťastná.

Klientka najprv chcela zistiť, čo jej môžem ponúknuť, než začne rozprávať o svojom živote. Pýtala sa, ako som sa dostala k problematike porúch príjmu potravy, či mám osobnú skúsenosť, ako dlho pracujem v obore a podobne. Nevyzerala, že by bola spokojná s mojou odpoveďou. Váhala nad tým, či jej môže pomôcť osoba, ktorá si chorobou neprešla. Zaujímalo ju, či už sa niekto z poruchy príjmu potravy vyliečil, ako taký človek vyzerá, ako sa to prejavuje.

Teoreticky má liečbu zvládnutú, jedlo jej však stále robí problém, je nešťastná a nenachádza zmysel života. Užívala jeden rok antidepresíva, ale pred dvoma rokmi ich vysadila. Ako dôvod uviedla, že jej nepomohli a necítila po nich žiadnu pozitívnu zmenu. Janin slovný prejav je spisovný, rozpráva pomaly akoby kontrolovala každé slovo.

Snažila sa téma držať od seba, ale mala som dojem, že hovorí o sebe. Sama si nebola istá, či je zdravá, aj keď sa jej dlhšiu dobu darilo nezvracať. Veľa cvičila a držala diétu. Sedenie utieklo veľmi rýchlo.

Odporučila som jej, aby sa prišla pozrieť na svojpomocnú skupinu (ďalej len skupina), kde bude mať možnosť stretnúť sa s dievčatami, ktoré sú na začiatku liečby a zároveň tie, ktoré svoj boj celkom úspešne zvládajú. Tato možnosť ju zaujala a povedala, že príde. Podali sme si ruky a rozlúčili sme sa.

O týždeň sa konala skupina, Jana vopred telefonovala, aby sa uistila, kedy skupina začína, aby nemeškala. Na skupinu prišla načas, usadila sa na kresle s výhľadom na celú miestnosť, ostatné klientky pozdravila, a v tichosti čakala kým skupina začne.

Na začiatku skupiny sa postupne predstavovali jednotlivé klientky, Jana sa ich pýtala na podrobnosti, predovšetkým ju zaujímala žena (nazveme ju Petra), ktorá bola už dlhší čas vyliečená a primárne nemala potrebu riešiť mentálnu bulímiu. Na prvej skupine sa Jana neotvorila a pri predstavovaní sebe sama povedala veľmi málo informácií. Okrem toho čo zaznelo na poradenskom sedení, povedala, že má staršieho brata, že dokončila bakalárske štúdium a momentálne pracuje ako tlmočnica. Povedala, že na skupinu prišla na moje odporúčanie, pretože sa chcela stretnúť s niekým, kto rieši svoj problematický vzťah k jedlu.

Na ďalšej skupine sa preberala téma rodičia, potom ako ostatné klientky dorozprávali o vzťahu v rodine, zostal nakoniec aj priestor na Janu. Aj keď s určitými pochybnosťami a obavami, pustila sa do svojho životného príbehu.

Ako malá vyrastala na dedine, detstvo v prvom momente opísala ako šťastné. Nasledujúce informácie však svedčilo o niečom inom. Mala staršieho brata, s ktorým zdieľala detskú izbu. Jej otec si prial druhého syna a bol sklamaný, keď sa mu narodila dcéra. Jana vždy žiarlila na svojho brata, pretože ho mal otec radšej a mal k nemu bližší, podľa slov Jany, láskyplný vzťah. Jane nikdy toľko pozornosti nevenoval. Má pocit, že ju celý život prehliadal. Všimol si ju len keď sa jej niečo nepodarilo, niečo vyviedla.

Keď mala 12 rokov sa konflikt s bratom natoľko vyhrotil, že jej brat začal ubližovať. Bil ju a keď sa išla sťažovať rodičom, nikdy ju nebrali vážne. Verili bratovi. Zamykala sa v izbe pred bratom, aby ju nezmlátil. Nevedela čo má robiť, zakaždým riešila dilemu, keď mu otvorí dvere, tak ju zbije, keď mu neotvorí, tak sa situácia ešte zhorší. Keď sa situácia vyhrotila, utekala z domova.

Jana počas celého rozprávania, hovorí bez emócií, nie je na nej poznať, že by ju tieto spomienky boleli. Slová, ktoré však volí a spôsob, akým príbeh rozpráva vyvoláva veľa emócií u ostatných klientok na skupine. Ani na prejavy emócií ostatných Jana nereaguje.

Na ďalšej skupine zostal priestor na Janu opäť až na konci skupiny. Pokračovala vo svojom príbehu. Keď mala Jana 14 rokov, tak sa celá rodina presťahovala z dediny do mesta. Mali dom, kde bolo viacej miestností, kuchyňa, spálňa pre rodičov, pracovňa pre otca, relaxačná miestnosť pre matku, dve veľké kúpeľne a opäť len jedná spoločná detská izba pre brata a pre ňu. Cítila sa v tej dobe hrozne. Očakávala, že keď sa presťahujú, tak bude mať svoju vysnenú detskú izbu len pre seba, súkromie a trochu pokoja od brata.

Bývanie v dome bolo podľa Jany strašné. Celá rodina sa skoro vôbec neschádzala, každý bol na inom mieste v dome. Nerozprávali sa spolu, nezaujímali sa o seba. Jana hovorí, že celý jej život mala pocit, že sa o ňu rodičia nezaujímajú. V 18-stich rokoch utiekla od maturity, pretože si neverila, že to zvládne, chcela mať samé jednotky, aby získala ocenenie od otca. Útekom si získala po prvýkrát pozornosť celej rodiny. Boli z nej nesmierne sklamaní a nahnevaní, ale bolo to po prvýkrát, čo cítila aspoň trochu záujmu.

Rovnaký scenár – útek od maturity kvôli Janinmu očakávaniu vlastného zlyhania a nedôvere v seba samú, že je schopná odvieť dokonalý výkon, sa opakoval ešte dvakrát. Pozornosť, ktorú Jana týmto chovaním získavala, bola čím ďalej tým menšia.

V okamihu keď maturitu nakoniec veľmi úspešne zvládla, dôvera rodiny v jej hodnotu – podľa Janinho vnímania – bola úplne mizivá. Nebola schopná si spomenúť, aký pocit to bol, keď maturitu skutočne zvládla.

Rovnakú neschopnosť či nemožnosť zdieľať s kýmkoľvek, aj sama so sebou, akýkoľvek vlastný úspech, Janu sprevádza celý život. Akúkoľvek pochvalu považuje za falošnú alebo neúprimnú a akýkoľvek vzťah považuje za predstieraný. Jej absolútna nedôvera v seba samú, jej, ako sama na skupine priznala, znemožňuje, autenticky sa radovať aj z pochvál či pozornosti, o ktorých rozumovo vie, že sú myslené vážne a bez vedľajších úmyslov. Tento stav vnímania seba samej a svojho okolia jej potom znemožňoval naviazovať akýkoľvek hlbší priateľský vzťah, nehovoriac o vzťahu partnerskom.

Partnerský vzťah mala len jeden, trval pol roka, nakoniec sa s priateľom rozišla. Mala opäť pocit, že nie je pre neho dosť dobrá. Známosti nadväzuje len krátko, chce, aby ju muži dobývali, vyznávali jej lásku. Aj keď jej akýkoľvek muž venuje veľkú pozornosť, nikdy to pre ňu nie je dostačujúce. Obdobné problémy mala aj vo svojich priateľských vzťahoch. Keď nedostáva pozornosť v dostatočnej miere, tak o sebe pochybuje. Keď dostáva pozornosti toľko, koľko by si priala, tak to mužovi neverí, má pocit, že ju chce len pre sex, ale že sleduje iný svoj sebecký cieľ. Vzťahy končí tak, že už sa dotyčnému neozve. Na spätnú väzbu od účastníčky skupiny, že tým môže ublížiť, a že tým zraňuje a dáva najavo, že jej ten muž nestojí ani za odpoveď, reaguje, že si to neuvedomila, a že ten muž jej ublížil.

Svoju prvú diétu Jana začala držať v 15-tich rokoch. Ako dôvod uviedla, že jej otec povedal, že by mala začať športovať a spraviť niečo so svojim veľkým zadkom. Usúdila, že jej ženské tvary sú príčinou problematického vzťahu s otcom. Myslela si, že keď schudne, bude ju mať otec radšej.

Popisuje, že asi dva roky mala anorektické obdobie, najprv prestala jesť mäso, tučné výrobky nahradila nízkotučnými produktmi, vyhýbala sa akýmkoľvek sladkostiam. Začala každý deň behať, jazdiť na bicykli a keď bolo škaredé počasie, tak chodila na tri hodiny do posilňovne alebo dve hodiny jazdila na stacionárnom bicykli. Vo svojich 17-tich rokoch pri výške 165 centimetrov vážila 40 kilogramov a nejedla už skoro vôbec nič, denne jedla len balíček arašidov a jedno jablko. Jej vzťah s otcom sa však nezmenil.

Jediný, kto zareagoval zmenu jedálnych návykov aj Janinej postavy, bola matka. Začala jej pripravovať jedlo a nútila ju jesť. Matkin tlak, aby Jana začala jesť, bol natoľko silný, že si Jana začala hľadať spôsoby ako sa vyhnúť pripravenému jedlu. Hľadala si výhovorky, že už jedla, skrývala jedlo a tajne ho vyhadzovala susedom do koša. Matka jej na to prišla, a tak musela Jana jesť pripravené jedlo pred matkou, musela obmedziť cvičenie, žiadne výhovorky už nefungovali. Jana sa bála, že začne priberať a tak začala niekedy v období medzi 17-tym a 18-tym rokom skonzumované jedlo zvracať. Pocit, že v nej ešte nejaká prijatá potrava zostala, ju doviedla k užívaniu preháňadiel a liekov na chudnutie, ktoré si starostlivo schovávala. Matka, keď videla, že Jana už prijíma potravu normálne, tak jej prestala pripravovať jedlo a zaujímať sa o ňu. Nedostatok energie začal Jane spôsobovať problémy aj v škole, kde sa dostávala do čím ďalej, tým väčšej izolácie. Svoje narastajúce problémy postupne prestala zvládať a jej anorektické návyky boli postupne vystriedané bulimickými.

Jana sa začala prejedat' a zvracať. Tieto bludné cykly prejedania a zvracania boli čím ďalej tým častejšie. Z obavy, aby nikto doma nepoznal koľko jedla je schopná na jedenkrát skonzumovať a nevzbudila ďalšiu vlnu kritických poznámok, začala Jana zjedené (a vzápätí vyvracané) jedlo tajne vracať. Dokupovala jedlo, aby si rodičia nič nevšimli. Peniaze mala z vreckového, ktoré jej dávali rodičia a keď už jej ani vreckové nestačilo, kradla peniaze matke, ktorá ich mala uložené v šuplíku pracovného stola.

Jedného dňa, keď matke opäť kradla peniaze na jedlo, narazila v šuplíku na jej denník a keď nikto nebol doma, si denník prečítala. Vo svojich dvadsiatich rokoch z obsahu denníku pochopila, že bola neplánované dieťa a že rodičia zvažovali potrat. Tato informácia ju nemilo zaskočila a predstava, že je nechcené dieťa ju presvedčila o jej okrajovom postavení v rodine. Zároveň vnímala túto informáciu, ako niečo, čo vždy podvedome tušila a potvrdila si postavenie outsidera v rodine.

Ako outsidera sama seba Jana charakterizovala niekoľkokrát a cez to všetko si bola schopná vybaviť okamihy, v ktorých vnímala, že ju niekto (kamarátka, bývalý priateľ, šéf či kolegovia v práci) hodnotí viac než kladne a súčasne dostavala od ostatných členov skupiny pozitívnu spätnú väzbu. Nebola schopná prežívať žiadne z týchto pozitív ako zaslúžené a autentické. Hovorila, že to počuje, ale v hĺbke duše tomu neverí.

Ani keď popisovala tieto svoje problémy či v okamihu, keď jej niektorá z členiek skupiny vyjadrila podporu, pochvalu či ľútosť nad jej osudom – na Jane neboli poznať vôbec žiadne emócie, jej výraz sa nemenil. Až neskorší konflikt s druhou členkou skupiny znamenal pre Janu katarzný zážitok, ktorý „prelomil“ jej zdanlivú emočnú plochosť.

Jej psychické problémy vyvrcholili na predposlednej skupine, kedy došlo k spomínanému konfliktu medzi Janou a ďalšou členkou skupiny.

Členka skupiny (Petra) sa po celú dobu skupiny charakterizovala ako vyličená z mentálnej bulímie a už na predchádzajúcich skupinách bola v pozornosti Jany. V okamihu, keď v priebehu trvania skupiny sa u Petry objavil závažný problém, ktorý vyžadoval moju sústredenú pozornosť a starostlivosť, tak Jana v daný moment na moju prebiehajúcu intervenciu reagovala pasívnou agresiou obrátenou voči Petre. Jana začala byť, trochu nečakane, veľmi ostrá vo svojich vyjadreniach na adresu Petry.

Opakovala Petrine slová z predchádzajúcich sedení a poukazovala na, ako sa domnievala, zjavné rozpory medzi tým, ako sa sama seba Petra charakterizovala, teda ako osoba s vyliečenou poruchou príjmu potravy a aká je realita. Zároveň sa snažila obviniť mňa, že som predstieranie Petry nevidela. Zároveň sa však so svojimi kritickými komentármi neobracala na Petru, ktorá bola stále prítomná a plakala, ale smerovala svoje komentáre ohľadne nevyliečenej Petry na mňa.

Jana po prvýkrát za celé fungovanie skupiny vyjadrovala emócie, aj keď len slovné. Jej slovník bol veľmi ostrý, kritický a strohý, ale jej výraz či držanie tela sa nijak nemenilo. Stále sedela vzpriamene a ani výraz v tvári vôbec neodpovedal slovám, ktoré hovorila. Skupina sa nakoniec skôr postavila za Petru a Jana sa so svojou kritikou ocitla akoby v izolácii. Snažila som sa danú situáciu ošetriť tak, aby skupine nehrozil rozklad, ale agresia Jany bola do tej miery ostrá, že bolo ťažké pre ostatných chápať, čo ju k takej „nenávisťi“ viedlo.

Na poslednej skupine, kde nebola Petra prítomná, sa celá skupina začala vyjadrovať k danej vyhrotenej situácii z predošlej skupiny. Jana začala veľmi ostro kritizovať Petru a po prvýkrát za celkový priebeh trvania skupiny sa veľmi ostro vyjadrovala na adresu Petry „...jej bolo hneď jasné, že vyliečená byť nemôže“.

Nedovolila som Jane sklíznuť k nekonštruktívnej kritike neprítomnej Petry, ale snažila som sa ju naviesť k pochopeniu príčiny jej agresie a vrátiť ju späť k jej vlastnému prežívaniu. Jana sa snažila vzdorovať opakovaným poukazovaním na chyby Petry a nechcela o svojom prežívaní vôbec hovoriť. Vnímala som pod kritickými slovami Jany hlbší podtext súvisiaci s jej vlastným prežívaním. Táto domnienka sa ukázala byť pravdivá v okamihu, keď sa aj Janin neverbálny prejav začal výrazne rozchádzať s tvrdosťou jej slov na adresu Petry. Tentokrát však nie v zmysle udržania „poker face“, ale naopak.

Pod záťažou mojich otázok, ktoré smerovali znovu a znovu k jej prežívaniu, sa Jane začala triasť brada a bolo vidieť, že v sebe dusí plač. Aj tak sa veľmi úmorne snažila zachovať chladný výraz na tvári.

Domnievala som sa, že bude užitočné sprostredkovať Jane autentickú emocionálnu reakciu, preto som jej nedovolila uniknúť z danej situácie a povzbudzovala som ju k tomu, aby vyjadrila čo sa v nej skutočne deje. Verbalizovala som svoj dojem, že sa jej chce plakať. Upozornila som na to, že sa jej trasie hlas a že nerozumiem tomu, čo sa v nej deje.

Jana ešte chvíľu dokázala odolávať, nakoniec jej však vytryskli slzy a Jana sa nahlas rozplakala. Cez plač dokázala vysloviť, že Petre neskutočne závidela moju pozornosť, ktorú chcela mať len sama pre seba. V momente, keď sa Jana rozplakala, bol čas na pravidelnú pauzu, ktorú som veľmi direktívne nariadila. Domnievala som sa totiž, že bude užitočné, aby Jana zostala s uvedomením si svojich žiarlivých pocitov chvíľu sama.

Po pauze sa skupina ďalej venovala Jane. Jana povedala, že sa cíti trápne, že sa hanbí za svoju žiarlivosť aj za svoje prejavené emócie. Moje uistenie, že jej emócie sú žiaduce, a že je všetko v poriadku, že jej žiarlivosť na Petru je normálna, ju zjavne prekvapilo a zároveň upokojilo. Hovorila o svojej prázdnote, o tom, že chce mať pozornosť okolia len pre seba, ale zároveň si uvedomila, že v reáli robí všetko preto, aby tu pozornosť nedostala. Popisovala, že rovnaké pocity sa objavujú vždy, keď má s niekým čokoľvek zdieľať, a že jej odmietanie akejkoľvek pochvaly či pozitívnej spätnej väzby úzko súvisí so strachom, že nie je dosť dobrá, a že keď na to ten dotyčný príde a uvedomí si, že niekto druhý si zaslúži omnoho viac pozornosti a lásky než Jana, ihneď svoju pochvalu či čokoľvek pekné si o Jane môže myslieť, vezme späť. A to, čo mohlo patriť jej, bude mať potom zase tá druhá (ten druhý), ktorá si tú pozornosť, lásku, či pochvalu skutočne, na rozdiel od Jany zaslúži.

Ani na skupine si nebola schopná o ňu požiadať. K tomuto uvedomeniu ju viedlo aj moje ubezpečenie, že vzhľadom na jej rodinnú históriu sa jej pozornosti skutočne nedostávalo, nie v takej miere, ktorú by potrebovala Jana či ktokoľvek iný. Aj to Janu udivilo a zároveň táto poznámka upokojila jej momentálne pocity viny, ktoré cítila voči Petre kvôli svojej žiarlivosti.

Vrátila som sa k jej pôvodnej zakázke, že sa necíti byť šťastná. Tému, ktorá sa objavila v rámci tejto skupiny, som jej pomenovala a odporučila som jej individuálnu terapiu, kde sa jej bude môcť naďalej venovať. Súčasne som sa venovala aj jej potrebe byť za všetkých okolností perfektná. Dosiahnuť dokonalosť je nemožné, dôležité je, aby sa zamerala skôr na to, aby bola spokojná a šťastná. Toho môže docieľať tak, že prijme samu seba aj so svojou nedokonalou stránkou, ktorú považovala vždy za neprípustnú.

Danú tému sme so súhlasom Jany mohli opustiť a venovala som sa ostatným členom skupiny. Pri záverečnom koliesku Jana povedala, že táto skupina bola pre ňu zlomová, a že je motivovaná ku kontaktovaniu individuálneho terapeuta, ktorého som jej odporučila, a k ďalšej terapeutickému práci.

7.2 Komentár

Porozumenie Janinej situácii sa odvíja od porozumenia toho, čo sa odohrávalo v jej rodine, pri formovaní jej životných postojov. Porozumením jej ranných vzťahov, budeme môcť pochopiť jej dnešné vzťahovanie sa k seba samej a k druhým.

Pokúsím sa na tomto mieste zhrnúť svoje poznatky k práci s klientkou Janou.

Keď som po prvýkrát videla Janu, tak som si pomyslela, aká pekná žena, škoda, že je oblečená tak „nežensky“.

Jana bola od prvého momentu odmeraná, pôsobila na mňa prísne, mala som dojem, že som pod drobnohľadom. Vedela som, že bude ťažké si ju získať pre vzájomnú spoluprácu. Jej snaha o dokonalosť a (seba)kritickosť bola smerovaná aj na mňa. Vedela som, že nesmiem spraviť chybu, musím byť v daný okamih prísna aj na seba, aby som si ju získala. Jana mi to nijak neľahčovala, vyžaroval z nej chlad a neposkytla mi žiadnu verbálnu ani neverbálnu spätnú väzbu.

Úvodné poradenské sedenie prebiehalo v duchu vyjasňovania si možností a podmienok spolupráce. Jana nešetrila otázky na moju osobu. Som na to zvyknutá a nerobí mi do určitej miery odpovedať. Vždy ma zaujíma motivácia klientov, prečo sa pýtajú, čo by chceli počuť, ako moja odpoveď ovplyvnila náš vzťah a podobne. U Jany som vedela, že si potrebuje zmapovať prostredie a predtým než sa otvorí, potrebuje, aby som sa z časti otvorila ja jej.

Na základe toho, že ju veľmi zaujímalo, ako vyzerá niekto vyliečený, pretože o sebe tvrdila, že má pocit, že už je celkom v poriadku, ale že je nešťastná, zároveň pochybovala o tom či je to možné, odporučila som jej svojpomocnú skupinu. Na skupine bude mať príležitosť stretnúť sa s osobami, ktoré majú podobnú skúsenosť ako ona a zároveň zistiť, ktorá z foriem liečby by jej vyhovovala.

Pretože na poradenské sedenie meškala, telefonovala pred skupinou, aby sa uistila, kedy začína. Myslím si, že by bola veľmi stresovaná, keby aj na skupinu meškala. Byť perfektná a dokonalá, je niekedy v tomto type klientely natoľko dôležité, že ak by mala meškať aj po druhýkrát, tak už radšej nedorazí.

Po dobu jej pôsobenia v skupine pôsobila na mňa ako šedá myš. Vedela som, že je v skupine, ale ostatné klientky boli schopné viacej pritiahnúť moju pozornosť než Jana. Aj pri veľkej snahe sa jej venovať, mi unikala. Rozprávala vždy na konci skupiny, nevedela si požiadať o pozornosť, nemala spôsob, akým ju na seba upútať.

Aj keď Jana pôsobila prísny dojmom, bolo z nej cítiť určitú neopísateľnú krehkosť či zraniteľnosť. Možno to nebol chladný, nezúčastnený výraz, ale prázdnota, ktorá sa v nej nachádzala.

Rodičia sa jej nevenovali. Z denníku sa dozvedela, že je nechcené dieťa, čo by mohlo vysvetliť, prečo sa ku nej správali tak odmerane. Celý život si vlastne priała, aby ju mali rodičia radi, aby jej prejavili svoju náklonnosť, aby na ňu boli pyšní, aby ju pochválili. Namiesto toho sa len v každej ich reakcii utvrdzovala, že im na nej nezáleží. Aj matka, namiesto toho, aby sa jej spýtala, či ju niečo trápi, jednala racionálne a začala Jane pripravovať jedlo. Ku komunikácii však nedošlo a Jana taktiež nedokázala požiadať o starostlivosť, ktorú potrebovala.

Jana si pripadala veľmi osamotená a neistá, ospravedlňovala rodičov, že veľa pracujú, a preto nemajú na ňu čas. Pochybovala o tom, či je ona v poriadku, hľadala chyby na svojej strane. Bolo nutné jej vysvetliť, že každé dieťa má nárok na lásku, bezpečie a prijatie a že jej rodičia jej to neposkytli. Taktiež jej bolo povedané, že jej pocity prázdnoty sú adekvátne tomu, v akých podmienkach vyrastala a ako ich vnímala a prežívala.

Rodičia sa na výchove veľmi nepodieľali, Jana bola určitým spôsobom samorast. Rodičia mali na seba veľké pracovné nároky a očakávali od svojej dcéry rovnako dobrý výkon. Netolerovali slabosť u seba ani u Jany. Toto výkonnostné nastavenie spôsobilo Janin perfekcionizmus, ktorý komplikuje jej súkromný aj pracovný život, a ktorý je možné cítiť v pozadí jej bulímie.

Príčinu jej problémov zahrňujúc aj poruchy príjmu potravy si vysvetľujem, ako súhrn niekoľkých faktorov:

- Jana bola nechcené dieťa, čo mohlo mať vplyv na rozvoj jej osobnosti a taktiež na vzťahy medzi ňou a jej rodičmi;
- dá sa predpokladať, že narodenie nechceného dieťaťa mohlo spôsobiť, že sa matka nebola schopná naladiť na potreby svojho dieťaťa;
- ďalším predpokladom je, že medzi matkou a dcérou sa nevytvorila dostatočná citová väzba a dochádzalo k deprivácii Janiných potrieb;
- otcove preferencie mužských potomkov, mohli mať taktiež vplyv na vznik Janiných problémov, na jej zdravé sebapojatie;
- konflikt s bratom a príklon rodičov na jeho stranu mohol Jane brániť priblíženiu sa k otcovi;
- perfekcionizmus rodičov a orientácia na výkon, mohli mať následok, že rodičia mali svoje očakávania a predstavy o tom, aká Jana má byť bez ohľadu na jej individualitu, potreby, prania a možnosti.

O rodičoch Jany toho vieme veľmi málo, vzhľadom na krátku dobu spolupráce s Janou a charakter služby, ktorú využívala. Teda sprevádzanie na ceste k odbornej pomoci a sprostredkovanie kontaktu na odborníka.

Môžem sa teda len domnievať, že v súvislosti s teóriou a vyššie zmieneným, nemala Jana vytvorené podmienky k žiaducej separácii v detstve, pretože zo strany rodičov nemala dostatok porozumenia a akceptácie. Následkom toho sa tento problém znovu objavil v období dospievania, keď je žiaduce, aby sa dospievajúci osamostatnil. Úzkosť z opustenia a zo samoty, ktorú separácia predstavuje, začala Jana riešiť prostredníctvom jedla.

Výchova Jany, podľa predstáv a očakávaní rodičov viedla k zúfalému pokusu nájsť svoju identitu skrz prevzatie kontroly nad svojim telom.

8 Diskusia

V priebehu písania tejto práce, som si uvedomovala problém súvisiaci s oddelením mentálnej anorexie od mentálnej bulímie. Myslím si, že sa mi toto oddelenie dostatočne nepodarilo. Avšak vzhľadom k mnohým spoločným črtám a vzájomnej súvislosti týchto porúch, som prestala toto rozdelenie pokladať za principiálne, čo je možné mi v práci vytknúť.

Táto práca sa snažila poukázať na dôležitosť a význam ranného detstva pri vzniku mentálnej bulímie, ktoré má vplyv na neskoršie problémy so separáciou v období dospievania, kde dochádza k prejavu poruchy príjmu potravy.

Výberom kazuistiky uvedenej v diplomovej práci, som sa snažila na tento fakt poukázať a neprotestujem proti označeniu výberu prípadu ako účelového. V budúcnosti dúfam v možnosť uskutočnenia serióznejšieho výskumu.

Je možné nájsť aj určitú súvislosť medzi hraničnou poruchou osobnosti a poruchami príjmu potravy. Komorbidita týchto dvoch ochorení je častá. U hraničnej poruchy osobnosti sa taktiež vyzdvihuje význam prenatálneho obdobia, pôsobenia rodiny v ranom detstve, citová deprivácia a sociálne vplyvy. Túto súvislosť si uvedomujem, ale nevenovala som jej v práci dostatočnú pozornosť.

Taktiež je možné mi vytknúť nedostatočnú pozornosť venovanú otcom, ktorí pri liečbe mentálnej bulímie majú nezastupiteľnú úlohu. Z dôvodu, že moja práca, nie je zameraná na liečbu, ale na hľadanie faktorov vedúcich k vzniku mentálnej bulímie, vyzdvihovala som význam matky.

Nepopieram tiež fakt sympatizovania s hlbinnými dynamickými smermi výkladu - dúfam však, že z nich v práci nevyplýva obmedzenie pohľadu na účinnosť smerov ostatných. Tak ako som v práci uviedla, za najefektívnejšiu variantu pokladám kombináciu všetkých dostupných možností.

Záver

Táto práca pojednáva o vzťahoch v rodine, ktoré vedú ku vzniku mentálnej bulímie. Pokúsila som sa vo svojej práci o komplexný prehľad bio-psycho-sociálnych rizikových faktorov.

Predovšetkým som sa sústredila na tri významné obdobia, na prenatálne obdobie, obdobie po narodení do troch rokov a na obdobie puberty. Chcela som poukázať na opakujúce sa paralely medzi týmito obdobiami, kde výsledkom jednotlivých fáz je separácia.

Vyzdvihujem význam ranného detstva na utváranie osobnosti, kedy sa formujú predispozície k duševnej poruche. Je prevažne jasné, že vznik poruchy príjmu potravy, tak ako mnohé iné ochorenia, je podmienený mnohými faktormi, bio-psycho-sociálnymi,. Moje presvedčenie však spočíva vtom, že pokiaľ došlo k narušenému vývoju v detstve, bude vplyv týchto faktorov významnejší, ako keď dieťa vyrastalo v harmonickom, prijímajúcom, inšpirujúcom a zdravom prostredí.

Myslím si, že nie je potrebné dopátrať sa jedinej príčiny vzniku poruchy príjmu potravy, ale je dôležité si uvedomiť, čo zohráva v živote týchto osôb hlavnú rolu. Pretože čím väčšiu a hlbšiu znalosť problematiky bude mať pracovník v obore, tým efektívnejšiu a lepšiu pomoc bude schopný poskytnúť. A čím lepšie bude informovaná verejnosť, tým skôr budú ľudia schopní rozpoznať varovné signály a včas vyhľadať odbornú pomoc.

Poruchy príjmu potravy sa stávajú čím ďalej tým viac aktuálnym fenoménom. Tabuľky vykazujú nárast prípadov a môžeme len očakávať, že tento nárast bude pokračovať, pokiaľ nedôjde ku zmenám a vhodným preventívnym opatreniam. Prevencia by totižto nemala byť zameraná len na žiakov základných a stredných škôl, ale taktiež na nastávajúcích a potencionálnych rodičov, tak aby sa zabránilo ich šíreniu do ďalších generácií.

Literatúra

ARLETHOVÁ, P. *Vznik mentálnej bulímie a vzťahy v rodine*. Bakalárska práca. Praha: PVŠPS, 2008, s. 31-35, 38, 50. Vedúci bakalárskej práce Mgr. Jan Kulhánek a MUDr. PhDr. Jan Poněšický.

ARLETHOVÁ, P. *Psychoterapie klientů s poruchami příjmu potravy. Diagnóza v ošetrovatelství*, 2010, roč. 6, č. 5, s. 30. ISSN 1801-1349.

BERGERET, J. et coll. *Psychologie pathologique théorique et clinique*. 9e édition. Paris: Abreges, 2004, s. 7. ISBN 2-294-00989-4.

BOWLBY, J. *Vazba. Teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Praha: Portál, 2010, s. 323. ISBN 978-80-7367-670-4.

BRATSKÁ, M., PAVLÍČKOVÁ, J. *Niektoré sociálne a kultúrne faktory vzniku a pretrvávania porúch stravovania. Psychológia a patopsychológia dieťaťa*, 2000, roč. 35, č. 1, s. 38. ISSN 0555-5574.

BRUCHOVÁ, H. *Základy psychoterapie*. Praha: Triton, 1997, s. 34-36. ISBN 80-85875-45-4.

DIXON, M. *Miluj tělo, s nímž ses narodila. Deset kroků k spokojenosti*. Praha: Práh, 1997, s. 31. ISBN 80-85809-72-9.

DUNOVSKÝ, J. aj. *Sociální pediatrie*. Praha: Grada, 1999, s. 49. ISBN 80-7169-254-9.

DUNOVSKÝ, J., DYTRYCH, Z., MATĚJČEK, Z. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995, s. 148. ISBN 80-7169-192-5.

FONAGY, P., TARGET, M. *Psychoanalytické teorie. Perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Praha: Portál, 2005, s. 101, 133, 257, 258. ISBN 80-7178-993-3.

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

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

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. Jak vznikla metafora rodiny jako sociální dělohy a co s tím? Konference o kvalitativním výzkumu. Olomouc, leden, 2004.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie a teorie jin-jangu*. Praha: Portál, 2008, s. 199. ISBN 978-80-7367-391-8.

CHVÁLA, V., TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. Praha: Portál, 2004, s. 48, 85-99, 106-110. ISBN 80-7178-889-9.

JACOBI, C., HAYWARD, C., DE ZWAAN, M. et al. Coming to Terms with Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Suggestions for General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 2004, roč. 130, č. 1, s. 19 – 65. ISSN 0033-2909.

KRCH, F. D. aj. *Poruchy příjmu potravy*. 2. akt. a rozš. vyd. Praha: Grada, 2005, s. 45. ISBN 80-247-0840-X.

LANGMEIER, J., BALCAR, K., ŠPITZ, J. *Dětská psychoterapie*. 2. rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2000, s. 372. ISBN 80-7178-381-1.

LANYADOOVÁ, M., HORNEOVÁ, A. aj. *Psychoterapie dětí a dospívajících*. Praha: Triton, 2005, s. 85, 86, 503-506, 673-675. ISBN 80-7254-568-X.

LAPLANCHE, J., PONTALIS, J. – B. *Psycho-analytický slovník*. Bratislava: Veda, 1996, s. 133, 361. ISBN 80-224-0437-3.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie*. Praha: Svoboda, 1995, s. 13-39, 46-62. ISBN 80-205-0499-0.

MATĚJČEK, Z. *Výbor z díla*. Praha: Karolinum, 2005, s. 251. ISBN 80-246-1056-6.

MATĚJČEK, Z., DYTRYCH, Z. *Děti, rodina a stres*. Praha: Galén, 1994, s. 197, 198. ISBN 80-85824-06-X.

Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví. Praha: Grada, 2001, s. 7, 32. ISBN 978-80-247-1587-2.

MICHELENA, M. *První rok pro celý život. Tajemný citový život matky a jejího dítěte*. Brno: Era, 2006, s. 8. ISBN 80-7366-041-5.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy. Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010, s. 37-39, 41, 42, 58, 215-217, 220. ISBN 978-80-247-2425-6.

PAPEŽOVÁ, H. Ženy s poruchou příjmu potravy a těhotenství. *Moderní babičtví*, 2004, roč. 2, č. 5, s. 28-30. ISSN 1214-5572.

PLHÁKOVÁ, A. Pojem objekt v psychoanalýze. *Psychologica 32, Varia Psychologica VIII.*, Olomouc: Univerzita Palackého, 1998, s. 20. ISBN 80-7067-927-1.

PONĚŠICKÝ, J. *Psychosomatika pro lékaře, psychoterapeuty i laiky*. Praha: Triton, 2002, s. 22-24, 100. ISBN 80-7254-216-8.

PONĚŠICKÝ, J. *Fenomén ženství a mužství. Psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy*. 3. rozš. vyd. Praha: Triton, 2008, s. 41, 42, 131-133. ISBN 978-80-7387-106-2.

SMÉKAL, V. *Pozvání do psychologie osobnosti. Člověk v zrcadle vědomí a jednání*. Brno: Barrister & Principal, 2004, s. 410. ISBN 80-86598-65-9.

STICE, E., SHAW, H. Eating Disorder Prevention Programs: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 2004, roč. 136, č. 2, p. 206-227. ISSN 0033-2909.

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

ŠTÚROVÁ, J. *Zabudnuté deti*. Nové Zámky: Psychoprof, 2003, s. 25.
ISBN 80-968798-4-7.

ŠVEJCAR, J. *Péče o dítě*. 3. vyd. Praha: Avicenum, 1982, s. 17-19.

VÁGNEROVÁ, M. *Psychopatologie pro pomáhající profese*. 4. rozš.
a přeprac. vyd. Praha: Portál, 2008, s. 30, 44, 468, 473. ISBN 978-
80-7367-414-4.

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Meno a priezvisko autora/ky: Patricie Arlethová

Študijný program: Sociální politika a sociální práce

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

Názov práce: Vznik mentální bulimie a vztahy v rodině

Počet strán (bez příloh): 85

Celkový počet strán příloh: 0

Počet titulů české literatury a pramenů: 34

Počet titulů zahraniční literatury a pramenů: 3

Počet internetových odkazů: 0

Vedúci práce: Mgr. Jan Kulhánek

Rok dokončení práce: 2011

EVIDENČNÝ LIST KNIŽNICE

Súhlasím s tým, aby moja diplomová práca bola využívaná ku študijným účelom.

V Prahe, dňa: 31. 8. 2011

.....

Užívateľ/ka potvrdzujú svojim podpisom, že pokiaľ túto diplomovú prácu využijú vo svojej práci, uvedú ju v zozname literatúry a budú ju riadne citovať ako akýkoľvek iný prameň:

Meno a priezvisko	Adresa	Dátum	Podpis

**Posudek vedoucího/opponenta bakalářské/diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studenta/-tky: **Patricie Arlethová**
Obor studia: **Sociální práce se zemětřením na komunikaci
a aplikovanou psychoterapii**
Název práce: **Vznik mentální bulimie a vztahy v rodině**
Vedoucí/oponent práce: **Mgr. Jan Kulhánek**

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): **85**

Počet stránek příloh: **0**

Počet titulů v seznamu literatury: **37**

Výběr tématu

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová příslušnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

Formální zpracování

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy,
stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,
parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace,
cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu,
přívodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	1			
--	---	--	--	--

Metody práce

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

0				
---	--	--	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

Obsahová kritéria a přínos práce

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost,
iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

	1			
--	---	--	--	--

Naplnění cílů práce

	1			
--	---	--	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části
v daném tématu

		2		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

0				
---	--	--	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

	1			
--	---	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jaký se vám zdá nejvhodnější terapeutický přístup při léčbě mentální bulimie?

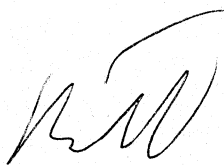
Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Pěkně napsaná, odborně fundovaná práce, uvítal bych větší prostor pro praktickou část.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: výborná

Datum, podpis: 8.9.2011



**Posudek oponentky diplomové práce
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: Patricie Arlethová

Obor studia: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Vznik mentální bulimie a vztahy v rodině

Oponentka práce: Mgr. Zuzana Janotková

Technické parametry práce:

Počet stránek textu (bez příloh): 85

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 37

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

Výběr tématu

	x			
--	---	--	--	--

Závažnost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Oborová příléhavost tématu

	x			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování
x

Formální zpracování

		x		
--	--	---	--	--

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace,

	x			
--	---	--	--	--

parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	x			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

Metody práce

--	--	--	--	--

Vhodnost a úroveň použitých metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		x		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

x

Obsahová kritéria a přínos práce

--	--	--	--	--

Přístup autora k řešení problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		x		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

		x		
--	--	---	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

x

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost

		x		
--	--	---	--	--

výsledků v praxi

		x		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

V čem vidíte přínos Vaší diplomové práce v porovnání s Vaší bakalářskou prací na dané téma?

Využíváte při práci se skupinou klientek s mentální bulímií supervizi? Když ano, v čem vidíte přínos pro Vás a pro skupinu? Když supervizi nevyužíváte zdůvodnete proč.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autorka diplomové práce pojednává o vzniku mentální bulimie a vztahů v rodině. V teoretické části jsou obsahem kapitol: bio-psycho-sociální model chorob, různé faktory způsobující poruchy příjmu potravy, vývoj a utváření osobnosti, vznik poruch příjmu potravy. Teoretická část končí základními informacemi o léčbě poruch příjmu potravy.

Na začátku teoretické práce mi zcela chybí základní vymezení a definice mentální bulimie, o které autorka v práci pojednává. Hovoří se zde o faktorech způsobujících poruchy příjmu potravy bez návaznosti na základní definice a zařazení mentální bulimie.

Jinak je ale práce obsahově zajímavá a přehledná. Jsou zde poskytnuty informace o různých faktorech, které se ve větší či menší míře podílejí na vzniku uvedeného závažného onemocnění, což je pro práci přínosem.

Autorka dále ve své práci v kapitole 2.5.4. Ideál štíhlosti uvádí kromě jiného i informaci, že jednou z možných příčin mentální bulimie je fakt, že v módním průmyslu jsou často zaměstnáváni homosexuálové, kteří upřednostňují chlapecké tvary a ženy se v tomhle odvětví prosadí jen málokdy. Je pro mě tato informace zavádějící a ráda bych znala zdroj, ze kterého autorka tuto informaci čerpala.

Z formální hlediska je práce až na malé nesrovnalosti psaná přehledně, s dobrou orientací v textu.

Celkově hodnotím teoretickou část jako přínosnou.

V praktické části se autorka rozhodla uvést kasuistiku prostřednictvím, které by ráda demonstrovala teorii o vzniku mentální bulimie v kontextu rodinných vztahů. Kasuistika je přínosná z důvodů, že autorka dokázala na základě vlastní práce se skupinou klientek s mentální bulimií a také osobního rozhovoru s klientkou uvést souhrn některých faktorů, které by mohli být u dané klientky možnou příčinou jejich problému souvisejících s poruchou příjmu potravy.

Ocěnuji také, že autorka správně odhadla složitost situace klientky a byla jí doporučena individuální psychoterapie a předán kontakt na odborníka.

Otázkou pro mě zůstává jak dlouho klientka navštěvovala skupinu dívek s mentální anorexií a proč byla její účast na skupině ukončena.

Také by bylo pro praktickou část zajímavé porovnání více kazuistik a výstup z nich.

Celkově, ale hodnotím praktickou část kladně.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace:

velmi dobře při úspěšné obhajobě

Datum, podpis: 16.9.2011, Janotková Zuzana

