

# **Jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy**

Barbora Macurová

---

Bakalářská práce  
2022



Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně  
Fakulta humanitních studií

---

Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně

Fakulta humanitních studií

Ústav pedagogických věd

Akademický rok: 2021/2022

# ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Barbora Macurová**  
Osobní číslo: **H19418**  
Studijní program: **B0111A190011 Sociální pedagogika**  
Forma studia: **Prezenční**  
Téma práce: **Jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy**

## Zásady pro vypracování

Zpracování rešerše a studium odborné literatury.

Vymezení terminologie a teoretických východisek z oblasti poruch příjmu potravy, partnerských vztahů a sociální psychologie.

Příprava metodiky empirické části, zpracování projektu výzkumu a stanovení výzkumného problému.

Realizace kvalitativního výzkumu formou hloubkového rozhovoru.

Zpracování a vyhodnocení získaných dat, včetně jejich interpretace.

Prezentace výsledků výzkumu, jejich shrnutí a doporučení pro praxi.

Forma zpracování bakalářské práce: **tištěná/elektronická**

**Seznam doporučené literatury:**

- JENDRUCHOVÁ, Michala a Eliška NEHYBKOVÁ, 2020. Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové. V Praze: Grada. ISBN 978-80-271-0296-9.
- KRAUS, Blahoslav, 2008. Základy sociální pedagogiky. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-383-3.
- KRCH, František David, 2008. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
- PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
- ŠVAŘÍČEK, Roman a Klára ŠEĎOVÁ, 2014. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Vyd. 2. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0644-6.

Vedoucí bakalářské práce: **Mgr. Lucie Blašítková, Ph.D.**  
Ústav pedagogických věd

Datum zadání bakalářské práce: **19. ledna 2022**

Termín odevzdání bakalářské práce: **29. dubna 2022**

  
**Mgr. Libor Marek, Ph.D.**  
děkan

  
L.S.

  
**doc. Mgr. Jakub Hladík, Ph.D.**  
ředitel ústavu

Ve Zlíně dne 19. ledna 2022

## PROHLÁŠENÍ AUTORA BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Beru na vědomí, že

- odevzdáním bakalářské práce souhlasím se zveřejněním své práce podle zákona č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, bez ohledu na výsledek obhajoby <sup>1)</sup>;
- beru na vědomí, že bakalářská práce bude uložena v elektronické podobě v univerzitním informačním systému dostupná k nahlédnutí;
- na moji bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, zejm. § 35 odst. 3 <sup>2)</sup>;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 1 autorského zákona má UTB ve Zlíně právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla v rozsahu § 12 odst. 4 autorského zákona;
- podle § 60 <sup>3)</sup> odst. 2 a 3 mohu užít své dílo - bakalářskou práci - nebo poskytnout licenci k jejímu využití jen s předchozím písemným souhlasem Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně, která je oprávněna v takovém případě ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které byly Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně na vytvoření díla vynaloženy (až do jejich skutečné výše);
- pokud bylo k vypracování bakalářské práce využito softwaru poskytnutého Univerzitou Tomáše Bati ve Zlíně nebo jinými subjekty pouze ke studijním a výzkumným účelům (tj. k nekomerčnímu využití), nelze výsledky bakalářské práce využít ke komerčním účelům.

Prohlašuji, že

- elektronická a tištěná verze bakalářské práce jsou totožné;
- na bakalářské práci jsem pracoval(a) samostatně a použitou literaturu jsem citoval(a). V případě publikace výsledků budu uveden(a) jako spoluautor.

Ve Zlíně .....  
dd. 4. 2022

1) zákon č. 111/1998 Sb. o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších právních předpisů, § 47b Zveřejňování závěrečných prací:

(1) Vysoká škola nevydělečně zveřejňuje disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce, u kterých proběhla obhajoba, včetně posudků oponentů a výsledku obhajoby prostřednictvím databáze kvalifikačních prací, kterou spravuje. Způsob zveřejnění stanoví vnitřní předpis vysoké školy.

(2) Disertační, diplomové, bakalářské a rigorózní práce odevzdané uchazečem k obhajobě musí být též nejméně pět pracovních dnů před

konáním obhajoby zveřejněny k nahlížení veřejnosti v místě určeném vnitřním předpisem vysoké školy nebo není-li tak určeno, v místě pracoviště vysoké školy, kde se má konat obhajoba práce. Každý si může ze zveřejněné práce pořizovat na své náklady výpisy, o pisy nebo rozmnoženiny.

(3) Platí, že odevzdáním práce autor souhlasí se zveřejněním své práce podle tohoto zákona, bez ohledu na výsledek obhajoby.

2) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 35 odst. 3:

(3) Do práva autorského také nezasahuje škola nebo školské či vzdělávací zařízení, užije-li nikoli za účelem přímého nebo nepřímého hospodářského nebo obchodního prospěchu k výuce nebo k vlastní potřebě dílo vytvořené žákem nebo studentem ke splnění školních nebo studijních povinností vyplývajících z jeho právního vztahu ke škole nebo školskému či vzdělávacímu zařízení (školní dílo).

3) zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon) ve znění pozdějších právních předpisů, § 60 Školní dílo:

(1) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení mají za obvyklých podmínek právo na uzavření licenční smlouvy o užití školního díla (§ 35 odst.

3). Odpírá-li autor takového díla udělit svolení bez vážného důvodu, mohou se tyto osoby domáhat nahrazení chybějícího projevu jeho vůle u soudu. Ustanovení § 35 odst. 3 zůstává nedotčeno.

(2) Není-li sjednáno jinak, může autor školního díla své dílo užit či poskytnout jinému licenci, není-li to v rozporu s oprávněnými zájmy školy nebo školského či vzdělávacího zařízení.

(3) Škola nebo školské či vzdělávací zařízení jsou oprávněny požadovat, aby jim autor školního díla z výdělku jím dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence podle odstavce 2 přiměřeně přispěl na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložily, a to podle okolností až do jejich skutečné výše; přitom se přihlídně k výši výdělku dosaženého školou nebo školským či vzdělávacím zařízením z užití školního díla podle odstavce 1.

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá poruchami příjmu potravy a jejich vlivem na partnerský vztah. Bakalářská práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Teoretická část obsahuje tři kapitoly. První kapitola je zaměřena na poruchy příjmu potravy obecně. Jsou zde popsány základní poruchy, rozdíl mezi nimi, nespecifické poruchy a možnosti prevence. Druhá kapitola rozebírá sociální a kulturní faktory, které mohou mít vliv na vznik poruch příjmu potravy. Třetí kapitola se věnuje partnerským vztahům, kde jsou popsány důležité aspekty pro pevný a spokojený vztah, dále se tato kapitola zaměřuje na přítomnost poruchy příjmu potravy ve vztahu. Praktická část se pomocí kvalitativního výzkumu zabývá, jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy pohledem partnerů.

**Klíčová slova:** poruchy příjmu potravy, mentální bulimie, rizikové faktory, partnerské vztahy, důvěra

## **ABSTRACT**

This work deals with eating disorders and their effect on the relationship. The bachelor thesis is divided into theoretical and practical part. The theoretical part contains three chapters. The first chapter focuses on eating disorders in general. It describes the basic eating disorders, the difference between them, non-specific eating disorders and prevention options. The second chapter discusses social and cultural factors that may affect the development of eating disorders. The third chapter deals with relationships, where important aspects for a strong and satisfied relationship are described, and this chapter focuses on the presence of the eating disorder in the relationship. The practical part deals with qualitative research on how eating disorders affect partnerships from the partners' point of view.

**Keywords:** eating disorders, bulimia nervosa, risk factors, relationship, trust

Své poděkování bych chtěla vyjádřit Mgr. Lucii Blašíkové, Ph.D., za její odborné vedení, cenné rady, doporučení, ochotu a trpělivost při vedení mé práce. Dále mé poděkování patří sociální pracovníci z Kontaktního Centra Anabelle a také respondentům za jejich ochotu a sdílnost při rozhovorech.

Dále děkuji své rodině a přátelům za potřebnou podporu během celého studia.

Prohlašuji, že odevzdaná verze bakalářské/diplomové práce a verze elektronická nahraná do IS/STAG jsou totožné.

## **OBSAH**

<b>ÚVOD.....</b>	<b>9</b>
<b>I TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY .....</b>	<b>11</b>
1.1 MENTÁLNÍ ANOREXIE – ANOREXIA NERVOSA (MA) .....	12
1.2 MENTÁLNÍ BULIMIE – BULIMIA NERVOSA (MB) .....	14
1.3 POROVNÁNÍ MA A MB .....	16
1.4 ZÁCHVATOVITÉ PŘEJÍDÁNÍ .....	17
1.5 ATYPICKÉ A NESPECIFICKÉ FORMY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY .....	18
1.6 PREVENCE PPP.....	20
<b>2 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY VZNIKU PPP .....</b>	<b>21</b>
<b>3 PARTNERSKÉ VZTAHY.....</b>	<b>27</b>
<b>II PRAKTICKÁ ČÁST.....</b>	<b>35</b>
<b>4 DESIGN VÝZKUMU.....</b>	<b>36</b>
4.1 CÍLE VÝZKUMU .....	37
4.1.1 Hlavní výzkumná otázka.....	37
4.1.2 Dílčí výzkumné otázky .....	37
4.2 POJETÍ VÝZKUMU .....	37
4.3 VÝZKUMNÝ NÁSTROJ .....	37
4.4 VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	38
4.5 REALIZACE VÝZKUMU.....	39
4.6 METODY ANALÝZY DAT .....	39
<b>5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ .....</b>	<b>41</b>
<b>6 INTERPRETACE DAT.....</b>	<b>57</b>
<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>62</b>
<b>SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY.....</b>	<b>64</b>
<b>JINÉ ZDROJE .....</b>	<b>66</b>
<b>SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK.....</b>	<b>68</b>
<b>SEZNAM OBRÁZKŮ .....</b>	<b>69</b>
<b>SEZNAM TABULEK.....</b>	<b>70</b>
<b>SEZNAM PŘÍLOH.....</b>	<b>71</b>



## ÚVOD

Poruchy příjmu potravy jsou často choulostivým tématem, o kterém je společnost sice poměrně informovaná, díky různým publikacím, kde bývají tato onemocnění rozsáhle popsána, avšak informovanost o příčinách, následcích a následném zotavení je velmi malá. Mluvit o této problematice není ani tak nepříjemné pro zdravého člověka, ale především pro nemocného.

V začátcích onemocnění se lidé snaží řešit nějakou svou potíž a vyrovnávají se s často nelehkou realitou svých životů. Problém je ale v tom, že nakonec je to způsob mnohdy destruktivní, někdy smrtelně nebezpečný, ale přesto lze v něm najít určitou logiku a je potřeba ji pochopit. Poruchy příjmu potravy (stejně jako jiné návykové chování, deprese, fobie a další psychické potíže) lze chápat jako strategii, kterou se lidé snaží něčeho důležitého ve svých životech dosáhnout (Jendruchová, 2020).

Jendruchová (2020, s. 30) rovněž uvádí, že *tato tabuizovaná nemoc často lidi svádí k tomu nemocné odsoudit, vysmát se, že je to např. trhlá anorektička či bulimička. Ale za odstrašující fyzickou stránkou se ukrývá citlivá a často velmi inteligentní bytost, která vnímá, myslí, prožívá a šíleně se trápí.*

Bakalářská práce se zabývá poruchami příjmu potravy, a jaký mají vliv na partnerské vztahy. Práce je rozdělena na teoretickou a praktickou část. Cílem teoretické části bakalářské práce je poskytnout čtenářům informace o poruchách příjmu potravy. Tato část je věnována obecné charakteristice poruch příjmu potravy, jaké jsou možnosti prevence těchto poruch a jaké sociální a kulturní faktory se mohou podílet na jejich vzniku. Dále se zaměřuje na partnerské vztahy, kde se zabýváme faktory, které mohou mít vliv na kvalitu vztahu.

Praktická část bakalářské práce se zabývá průběhem partnerského vztahu, a jak došlo k odhalení poruchy ve vztahu, případně jaké okolnosti k tomuto zjištění vedly. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, jak porucha příjmu potravy, konkrétně mentální bulimie, ovlivnila vztah partnerů, jaký je rozdíl ve vnímání nemoci z pohledu muže a ženy a jaké jsou celkové dopady nemoci na vztah. Praktická část je provedena formou kvalitativně orientované strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů. Bakalářská práce může být přínosem pro osoby, které se ve svém vztahu potýkají s obdobnými problémy a také pro všechny osoby, které se ve svém životě setkaly s nějakou formou poruch příjmu potravy, a neví, jak tuto problematiku řešit.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**

## 1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

První kapitola naší práce pojednává o obecné charakteristice poruch příjmu potravy (dále jen PPP). Mezi nejznámější PPP patří mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovité přejídání. Existují také nové a méně známé poruchy jako ortorexie, drunkorexie a další. Tyto nespécifické poruchy nejsou do současnosti uvedeny v klasifikaci, avšak mohou být stejně nebezpečné jako ty nejznámější (Papežová, 2010).

Teorie A. Maslowa (1970), představitele humanistické psychologie, vychází z představy, že určité potřeby mají prioritu před ostatními a tím vytvářejí hierarchizovanou strukturu. Podle této teorie musíme nejprve uspokojit základní fyziologické potřeby a teprve pak jsme otevření dalším (Vágnerová, 2005).

Mezi základní fyziologické potřeby patří například potřeba spánku, rozmnožování, ale především potřeba pít a přijímat potravu. Přijímání potravy je základní biologická potřeba, která je vrozená a může být označována také jako pud. „*Pud lze definovat jako vrozenou tendenci k uspokojování základních biologických potřeb.*“ (Vágnerová, 2005, s. 177)

Pudy slouží k zachování sebe sama. Pokud si tedy začneme z nějakého důvodu odepírat potřebu přijímání potravy, naše tělo začne strádat a postupem času se mohou objevovat různé zdravotní komplikace (Vágnerová, 2005).

Krch (2005) upozorňuje na význam jídla v průběhu života, kde je potrava brána jako odměna, únik před samotou nebo způsob komunikace. Vágnerová (2002) popisuje jídlo jako náhradu za jinou, aktuálně nedosažitelnou slast, v situaci frustrace či stresu.

Je všeobecně známo, že jídlo slouží ke kompenzaci neuspokojení v oblasti sociálních vztahů, při nedostatku lásky či při neúspěchu. Existují různé definice PPP, a proto je nelze jednoznačně vymezit. Většina odborníků charakterizuje tato onemocnění tím, že je jakýmkoli způsobem narušeno zdravé stravování, což má vliv na psychické i fyzické zdraví člověka (Middleton a Smith, 2013).

*„Poruchy příjmu potravy jsou jedním z nejčastějších a pro svůj chronický průběh, vážné somatické, psychické a sociální důsledky i jedním z nejzávažnějších onemocnění dospívajících dívek a mladých žen. Působí dlouhodobé obtíže nejen postiženým, ale i jejich sociálnímu okolí. Některé příznaky mentální anorexie je možné pozorovat až u 6 % dívek na konci puberty. S postupem času přibývá těch, kterým se nedaří přizpůsobit se sníženému příjmu energie a začnou se přejídat. Strachem z tloušťky, nespokojeností se svým tělem,*

*nevhodnými jídelními návyky a způsoby, jak „kontrolovat“ tělesnou hmotnost, dnes trpí mnoho dospělých žen i mužů.“ (Krch, 2005, str. 13)*

Poruchy příjmu potravy byly v roce 1987 prohlášeny Světovou zdravotnickou organizací za jeden z prioritních problémů světové populace. Odhaduje se, že na celém světě trpí některou z forem PPP (mentální anorexií, mentální bulimií či záchvatovitým přejídáním) kolem osmi milionů lidí. V České republice je výskyt těchto onemocnění u chlapců a mužů poměrně vzácný, i když v poslední době vzrůstá. Zjištěný počet nemocných chlapců/mužů k počtu dívek/žen je v poměru 1:10 až 1:20, tudíž každá dvacátá dívka trpí poruchou příjmu potravy (Papežová, 2010; Krch, 2005; Sladká [online], 2004 in Procházková, Ševčíková, 2017).

Tato bakalářská práce bude zaměřena na charakteristiku nejznámějších PPP a jaký je mezi nimi rozdíl. Dále se budeme věnovat faktorům, které mohou přispívat k rozvoji těchto poruch a jaké jsou možnosti prevence. Také stručně vymezíme nové a méně známé PPP.

## **1.1 Mentální anorexie – anorexia nervosa (MA)**

*„Mentální anorexie (dále jen MA) je porucha charakterizovaná zejména úmyslným snižováním tělesné hmotnosti. Termín „anorexie“ však může být v některých případech zavádějící, protože nechutenství a oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných.“ (Krch, 2005, s. 16)*

Termín „*anorexia*“ jako první použil Galén ve 2. století našeho letopočtu. První klinické obrazy mentální anorexie se objevily koncem 17. století. Od té doby je také možné slyšet o mladých ženách, které držely dietu, aby dosáhly útlého pasu a štíhlé postavy. Diety se v určitých vrstvách společnosti staly společenskou nezbytností. Koncem 19. století byla vzorem módní štíhlosti rakouská císařovna Elisabeth (známá jako Sisi), propagující diety a usilovné tělesné cvičení. V té době také britský lékař William Gull zavedl termín *anorexia nervosa*. Mezi duševní poruchy byla MA zařazena ve čtyřicátých letech 20. století zásluhou psychosomatické medicíny a psychoanalýzy (Papežová, 2010).

Základním projevem této poruchy je patologický strach ze ztloustnutí spojený s odmítáním potravy. Jde o kombinaci fobie z tloušťky s fobií z potravy. Potřeba hubnout, tedy i obava z jídla, má nutkavý charakter, není ovladatelná vůlí. Hlavním úkolem nemocného je omezování příjmu potravy a snižování tělesné hmotnosti. Cílem je potlačit pocit hladu, zvládnout jej, a tím si potvrdit vlastní sílu. Někteří nemocní si pocity hladu nepřipustí, ale

jiní přiznávají, že hlad mají. V důsledku dlouhodobého hladovění může proto dojít ke ztrátě chuti k jídlu (Vágnerová, 2002).

Jendruchová (2020) uvádí, že pro nemocné s MA je typické, že čím jsou na tom hůře po stránce tělesné, tím „lépe“ se cítí po stránce psychické.

*„Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout.“* (Procházková, Ševčíková, 2017)

Potřeba udržovat váhový úbytek se stane natolik silnou, že lidé v tomto stadiu ignorují varovné signály, na které je jejich tělo upozorňuje (Middleton a Smith, 2013).

Anorektické pacientky neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmířitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce (Krch, 2005).

Tato porucha se nejčastěji objevuje v období mezi třináctým až šestnáctým rokem jako reakce na nárůst tělesné váhy díky dospívání. V poslední době se věk osob s tímto onemocněním neustále snižuje, nebo naopak se zvyšuje počet žen středního věku s onemocněním MA. V zemích západní Evropy postihuje mentální anorexie přibližně jednu dívku ze dvou set (0,5 – 0,8) a počet osob postižených touto nemocí v České republice je na tom velmi obdobně. Příznaky MA se mohou objevit na konci puberty až u 6 % dívek, u 4,5 % žen se někdy v životě mentální anorexie vyskytla (Krch, 2010).

Podle Navrátilové, Hamrové (2009) postihuje MA především dospívající dívky a mladé ženy ze střední a vyšší ekonomické vrstvy. V publikacích se uvádí podíl 96% žen a 4% mužů.

Pro vymezení mentální anorexie podle MKN-10 je třeba především tří základních znaků:

- 1) vyhublost a aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (aktivní snaha hubnout může být popírána),
- 2) strach z tloušťky, který trvá i přes abnormálně nízkou tělesnou hmotnost,
- 3) amenorea u žen (Krch, Švédová, 2013).

Tabulka 1 – Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) (Papežová, 2018, s. 123)

(a) Tělesná váha je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo nebyla nikdy dosažena), nebo Queteletův index hmoty těla (body mass index): $BMI \text{ váha (kg) / výška (m)}^2$ je 17,5 nebo méně. Prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
(b) Pacientka <i>si snižuje váhu sama</i> dietami, vyprovokovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením.
(c) <i>Specifická psychopatologie</i> : přetrvávající strach z tloušťky při výrazné podváze, zkreslené představy o vlastním těle a vtíravé, ovládané myšlenky na udržení podváhy.
(d) <i>Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy</i> : u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí, a proto je z nových kritérií vypuštěna), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
(e) Začne-li před pubertou, je <i>opožděn nebo zastaven</i> růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarché může být opožděna.

Tato kritéria se používají v klinické praxi, pro výzkum slouží kritéria DSM-IV. Podle této diagnostické příručky existují také nespecifické typy MA, kdy dochází (bulimický typ) nebo naopak nedochází (nebulimický typ) k opakovaným záchvatům přejídání (Papežová, 2010).

## 1.2 Mentální bulimie – bulimia nervosa (MB)

„Mentální bulimie je porucha, kterou charakterizují opakující se záchvaty přejídání spojené s přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti.“ (Procházková, Ševčíková, 2017, s. 9)

Základní rysy bulimie stanovil Galén ve 2. století našeho letopočtu a pojmenoval ji *bulimis*, což vychází ze slov *bous* a *limos*, v doslovném překladu býčí hlad, jímž vystihoval pojem, že nemocný člověk by byl schopný sníst celého býka (Procházková, Ševčíková, 2017).

Přejídání bylo dlouho přisuzováno špatnému zažívání, než se začalo přiřazovat k psychickým chorobám. MB dostala svůj pravý význam až ve 20. století, kdy psychiatr Gerald Russel poprvé použil latinský termín *bulimia nervosa* (Papežová, 2010).

Mezi léty 1983–1989 bylo v odborném tisku publikováno více než 1000 pojednání o problematice bulimie, proto byla tato nemoc charakterizována jako *disease of the eighties* –

nemoc osmdesátých let a do Mezinárodní klasifikace nemocí byla zařazena až koncem osmdesátých let dvacátého století (Procházková, Ševčíková, 2017).

Tabulka 2 – Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2) (Papežová, 2010, s. 127)

(a) Neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby.
(b) Snaha potlačit kalorický účinek jídla jedním (nebo více) způsoby: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním laxativ, hladovkami, anorektiky, diuretiky, tyreoidálními preparáty, u diabetických pacientů manipulací s inzulínovou léčbou. Restriktivní a bulimické subtypy se mohou střídát.
(c) Specifická psychopatologie: chorobný strach z tloušťky, váhový práh nižší než premorbidní váha (optimální či zdravá).

V DSM-IV je pro naplnění kritérií MB frekvence záchvatů přejídání a zvracení vyžadována 3x týdně (Papežová, 2010).

Stejně jako u anorexie i u bulimie můžeme rozlišit specifické typy onemocnění, a to purgativní typ, kdy dívka pravidelně zvrací a užívá pročišťující prostředky (laxativa nebo diuretika), a nepurgativní typ, kdy dodržuje přísné diety, hladovky nebo intenzivně pravidelně cvičí (Krch, 2005).

Výskyt MB v populaci je mnohem větší než výskyt MA. Často se můžeme setkat s tím, že tyto poruchy přecházejí jedna ve druhou a jsou vzájemně propojeny (Navrátilová, Hamrová, 2009).

Bulimie se z většiny vyskytuje pouze u mladých dívek a žen, ve věku mezi 16-25 lety. S výskytem mladšího či staršího věku pacientů se setkáváme pouze ojediněle (Krch, 2005).

*„Pro stanovení diagnózy bulimie je třeba vyloučit primární poruchu horního gastrointestinálního traktu vedoucí ke zvracení a neurologickou poruchu. Nutkání se přejíst, přejídání a pocity ztráty kontroly nad jídlem se mohou objevovat u některých obsedantních pacientů a depresivních poruch. Přejídání se vyskytuje i u mánie a oligofrenie.“* (Krch, 2007, s. 420)

### 1.3 Porovnání MA a MB

Pro mentální anorexii je stejně jako pro bulimii charakteristický zvýšený strach z tloušťky, zkrácená představa o vlastním těle a nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost. V závislosti na těchto hodnotách se pohybuje i sebehodnocení nemocného (Krch, 2005).

Hlavním rozdílem mezi mentální anorexií a mentální bulimií je v odlišném stravování. V případě mentální anorexie se jedinec snaží omezit jídlo na minimum potravy denně. Nemocní s MA jsou schopni sníst pouze kousek zeleniny, což vede k rapidnímu snížení tělesné hmotnosti. Naopak pro mentální bulimii je typické chaotické stravování zapříčiněné různými nesprávnými dietami a následně přejídáním. Jedná se o tzv. záchvat, při kterém dochází ke spotřebě nadměrného množství jídla. Díky záchvatům mají nemocní výčitky, které vedou k nucenému zvracení nebo využití léků, které podporují zvracení a průjem (Sládková, 2005).

Pro názornost a lepší pochopení rozdílnosti MA a MB je přiložena tabulka 3.

Tabulka 3 – Srovnání anorexie a bulimie (Krch, 2008, s. 23)

	<b>Mentální anorexie</b>	<b>Mentální bulimie</b>
<b>Pokles hmotnosti</b>	výrazný nebo zastavení váhového přírůstku u dětí	mírný pokles nebo naopak zvýšení hmotnosti
<b>Amenorea</b>	60–100 %, podle poklesu hmotnosti a hormonální substituce	10–30 %
<b>Navozené zvracení</b>	15–30 %	75–90 %
<b>Sebekontrola</b>	vystupňovaná	oslabená
<b>Jídelní chování</b>	pomalé jídelní tempo, malá sousta, vybíravost, nízký příjem tekutin	spíše rychlejší jídelní tempo, větší sousta, obvykle velký příjem tekutin
<b>Počátek obtíží</b>	13–12 rok, výjimečně později	14–30 rok, výjimečně dříve
<b>Pohlaví nemocných ženy : muži</b>	(10–15):1	20:1
<b>Výskyt v rizikové populaci (ženy, 15–30 let)</b>	0,5–0,8 %	2,5–6 %
<b>Deprese</b>	10–60 %	20–90 %
<b>Užívání alkoholu</b>	výjimečně	často
<b>Významné zlepšení</b>	20–75 %	60–85 %



<b>Náhled chorobnosti</b>	minimální, vzrůstá s rostoucími obtížemi	zvýrazněný v případě přejídání, nízký v případě diet
<b>Motivace k léčbě</b>	z donucení obtížemi nebo okolím	snaha zbavit se přejídání, někdy snaha zhubnout

Jendruchová (2020) také zmiňuje, že u anorexie je navíc obava z tělesného dotyku – na rozdíl od bulimiček, které mohou mít dokonce zvýšený sexuální apetit.

Mentální anorexie je vždy spojena s podvýživou a je rozeznatelná na první pohled. Může se kombinovat nebo postupně přejít do mentální bulimie. Zákeřnost obou onemocnění spočívá v tom, že nemocní si diagnózu nepřipouštějí, nejsou ke svému tělesnému stavu vnímaví, nedokážou si připustit nebezpečí, která jim hrozí, a nemají na svůj zdravotní stav patřičný kritický náhled – jejich myšlení je „odděleno“ od vnímání skutečného tělesného stavu (Jendruchová, 2020).

#### 1.4 Záchvatovité přejídání

Jednou z dalších poruch příjmu potravy kromě mentální anorexie a mentální bulimie je záchvatovité přejídání. Nemoc postihuje jak ženy, tak i muže bez ohledu na věk, avšak u žen se vyskytuje častěji. Pacient se neustále zabývá jídlem, typické je bažení po jídle „craving“, podobné touze po drogách a přejídání „binge eating“ jako u bulimických pacientů s trýznivým pocitem ztráty kontroly po přejedení. Na rozdíl od lidí s mentální bulimií si nevyvolávají záměrně zvracení (Papežová, 2010).

Záchvatovité přejídání se podílí na narůstajícím problému obezity v populaci. Člověk abnormálně pojídá jídlo, i když nepocituje hlad. Příjem potravy souvisí s emocemi – s depresí a osamělostí. Strach z obezity, nepříjemné pocity po záchvatech přejídání a nespokojenost s vlastním tělem vedou k neúčinným dietám (Middleton a Smith, 2013).

*„Klasifikace DSM-IV vyžaduje přítomnost 2 dnů přejídání v týdnu v období nejméně 6 měsíců, bez kompenzačních mechanismů (zvracení, zneužívání laxancií, hladovění, užívání léků). Pro diagnózu podle DSM-IV je také nutné splnit 3 z následujících symptomů (rychlá konzumace jídla, nepříjemný pocit plnosti, jedení bez pocitu hladu, osamělá konzumace s pocity studu, pocity znechucení, viny a deprese po jídle).“ (Papežová, 2010, s. 128)*

Tabulka 4 – Diagnostická kritéria MKN-10 pro záchvatovité přejídání (Papežová, 2010, s. 128)

(a) Neustále se zabývání jídlem, neodolatelná touha po jídle, přejídání se s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
(b) Bez purgativní symptomatiky uvedené u bulimia nervosa v (b).
(c) Specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky. Problematická je snaha po dosažení nereálně (nižší než premorbidní, optimální či zdravé cílové) váhy. Záchvaty přejídání jsou často spojeny s maladaptivním zpracováním stresových situací.

## 1.5 Atypické a nespecifické formy poruch příjmu potravy

Krch (2005) uvádí pojmy atypická mentální anorexie a atypická mentální bulimie, které vykazují typický klinický obraz, ale chybí u nich jeden nebo více základních příznaků. Tyto možnosti diagnózy nabízí MKN-10.

*„U atypických forem mentální anorexie (F50.1) a bulimie (F50.3) chybí některý ze základních příznaků (například amenorea u mentální anorexie) nebo nejsou tyto příznaky plně vyjádřeny. DSM-IV shrnuje tyto atypické formy poruch příjmu potravy pod zkratku EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified).“* (Krch, Švédová, 2013, s. 9)

Za EDNOS tedy považujeme případy, kdy jsou splněna všechna kritéria MA i MB (ale k záchvatům přejídání dochází ojedinele), došlo ke snížení tělesné hmotnosti a pacient vykazuje všechna diagnostická kritéria MA, ale tělesná váha se nachází stále v normě (tedy BMI hodnota je vyšší jak 17,5 (kg/m<sup>2</sup>)) (Krch, 2005).

Pro účely této práce pouze stručně nastíníme nespecifické poruchy, které mnozí z nás ani neznají, ale je důležité o nich vědět.

### Syndrom nočního přejídání (night eating syndrom, NES)

Jak název vypovídá, ke konzumaci většiny denního jídla dochází až po večeři a v noci, nejméně 25 % konzumace je po večeři. Pro toto onemocnění je charakteristická nespavost a nechutenství po ránu. Za spouštěč tohoto onemocnění lze považovat držení diety a celkové narušení jídelního režimu, např. v období zvýšeného stresu (Procházková, Ševčíková, 2017).

### **Ortorexie**

Ortorexií je možné vnímat jako patologickou posedlost zdravou výživou, s níž se zejména v poslední době setkáváme stále častěji. Nemocní ortorexií argumentují „zdravou“ výživou a životním stylem, případně svými zdravotními (často jen domnělými) problémy. Lidé nejsou schopni sníst nic jiného než to, co neobsahuje žádné konzervační látky, cukr, barviva, sůl, bílou mouku, průmyslově zpracované potraviny atd. Člověk jí pouze určité potraviny (např. speciální biopotraviny), což může vést k sociální izolaci, protože takové jídlo nelze koupit všude (Procházková, Ševčíková, 2017).

### **Drunkorexie**

Drunkorexie je další forma PPP, která se projevuje nárazovým pitím alkoholu (Papežová, 2010).

Procházková a Ševčíková (2017) popisují drunkorexií, jako záměrnou redukci příjmu potravy, aby mohlo docházet k většímu příjmu alkoholu, který je velmi kalorický. Tato méně známá porucha se objevuje především u dospívajících mladých žen. Většina adolescentů si neuvědomuje rizika, která v některých případech skončila náhlým úmrtím, jelikož došlo k celkovému selhání organismu.

### **Adonisův komplex**

*„Adonisův komplex (někdy se mluví o bigorexii) zahrnuje především zkreslené vnímání vlastního těla a nadměrné (často obsedantní) zaobírání se tělesnými proporcemi, svaly a cvičením. Tento problém, týkající se především mladých chlapců, je spojen s excesivním posilováním a cvičením, často i se zneužíváním různých prostředků na posílení svalstva a nevhodnými jídelními zvyklostmi.“* (Krch, Švédová, 2013, s. 9)

### **Pregorexie**

Jedná se o poruchu, která je spojena se symptomy anorexie v těhotenství. V dnešní době je velmi populární zdravý životní styl a dostatečný pohyb v období těhotenství. Existuje mnoho publikací, článků a lekcí pro těhotné, které radí, jakým způsobem se stravovat a sportovat, aniž by došlo k poškození plodu, značně k tomu přispívají také sociální sítě. Bohužel se v poslední době začaly objevovat informace o ženách, které v období gravidity úmyslně snižují váhu. Díky nedostatečné výživě v průběhu těhotenství může dojít k poškození až úmrtí plodu, zároveň je v ohrožení i život budoucí matky (Papežová, 2010).

## 1.6 Prevence PPP

Základ prevence poruch příjmu potravy spočívá v rodině. Rodina, jako primární socializační činitel, na jedince výrazně formativně působí a může jej příznivě podněcovat, nebo naopak zpomalovat, případně způsobit narušení vývoje, schopností a charakteru osobnosti (Procházková, Ševčíková, 2017).

Rodiče by měli klást důraz na správné stravovací návyky, jak vlastní, tak svých dětí. Důraz by měl být kladen především na pravidelné stravování a pohyb. Poučovat o stravovacích návycích a rizicích poruch příjmu potravy by se neměli jen děti, ale zároveň i jejich rodiče (Fraňková, Dvořáková-Janů, 2003).

Kromě rodiny mají svou významnou roli při utváření postojů také společenské vlivy, jako např. požadavky kladené školou a společností (Procházková, Ševčíková, 2017).

V dnešní době má mnoho škol jako povinný předmět výchovu ke zdraví a rámcový program Zdravá škola, který zajišťuje správné a zdravé stravování žáků. Papežová (2018) uvádí, že na prevenci se významně podílejí také preventivní programy, které se snaží informovat a poskytnout pomoc nejen osobám trpícím PPP. Tyto programy nabízejí různé akce především pro žáky základních a středních škol, jelikož jsou tyto věkové skupiny nejvíce ohroženy. Jejich cílem je zlepšení znalostí o stravování, odstranění nezdravých diet a zvýšení spokojenosti se svým tělem.

Jednou z nejznámějších organizací, která se zabývá prevencí je Občanské sdružení Anabell. Tato organizace vznikla v roce 2002 a zabezpečuje poradenství a pomoc lidem trpícím tímto onemocněním, ale i lidem ohroženým, kteří se snaží svůj problém řešit. Občanské sdružení Anabell zajišťuje zdravotnické a sociální služby v Kontaktních centrech, které se nachází v Praze s přidruženými pracovišti v Mladé Boleslavi a Příbrami, dále v Brně, Ostravě, Plzni, Olomouci a Bratislavě (© Centrum Anabell, 2018).

Z důvodu velkého množství rizikových faktorů by měla být prevence komplexní, vždy musí zahrnovat všechny faktory a to rodinné, biologické, sociální, emoční a jiné. Na prevenci se podílejí všichni a musí být dlouhodobá a soustavná (Hall, Cohn, 2003).

## 2 SOCIÁLNÍ A KULTURNÍ FAKTORY VZNIKU PPP

Mezi sociální rizikové determinanty rozvoje poruch příjmu potravy patří média a sociální sítě, která ovlivňují zejména osoby v dětském věku a dospívající. Důraz na vzhled a štíhlost v médiích se stává společenskou normou. Problémem je, že ideálem nebývá optimální tělesná hmotnost, ale často vyhublost. Reklamy zaměřené na nejrůznější diety nejsou dlouhodobě udržitelné, a proto nepředstavují realistické cíle. Dívky se mohou dostat do stádia, kdy se zájem o potravu a hmotnost stane jejich jedinou aktivitou a jakékoliv nedodržení režimu může vést k oslabení sebedůvěry. Nespokojenost s vlastním tělem, která je patrná u většiny dospívajících dívek se projevuje vědomým omezováním se v jídle, strachem z tloušťky či nucením se do zvracení (Procházková, Ševčíková, 2017).

Módní průmysl, filmy, časopisy a televize rozšiřují názor, že i mírná nadváha je zdraví škodlivá, a že štíhlost je nejdůležitějším aspektem fyzické přitažlivosti. Díky tlaku sdělovacích prostředků je většina žen přesvědčena, že nejen krása, ale i jejich osobní štěstí a vlastní hodnota závisejí na tom, jak jsou vyhublé. Zdravotní výhody štíhlosti jsou výrazně přeháněny, zatímco škodlivým důsledkům omezování se v jídle je věnována malá pozornost (Krch, 2008).

Nejvyužívanějším masovým médiem současnosti je internet, kde můžeme najít téměř cokoli. Existuje spousta pro-anorektických a pro-bulimických blogů, kde se dívky navzájem podporují, což jim pomáhá vytrvat v hladovění a hubnutí. Součástí těchto blogů bývají fotky velmi štíhlých žen a dívek, označované jako inspirativní, což je jeden z důvodů, proč jsou pro-ana a pro-mia blogy nebezpečné (Procházková, Ševčíková, 2017).

Poruchy příjmu potravy se neustále mění a vyvíjejí. Vzhledem k rozsahu těchto změn je nesporná jejich kulturní a sociální „citlivost“. Významný není jen vliv médií, sociální styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, často nespécifických sociálních vlivů jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, snížená sebekontrola, a další. Mnoho vlivů se může uplatňovat prostřednictvím sdělovacích prostředků, školy, rodiny nebo skupiny vrstevníků (Krch, 2005).

*„PPP jsou tedy důsledkem vlivu sociokulturních faktorů, nepříznivých životních událostí, chronických obtíží, nedostatečných sociálních a rozhodovacích dovedností, a nakonec i biologických a genetických faktorů.“ (Krch, 2008, s. 51)*

Pro ještě lepší pochopení problematiky PPP, popíšeme další možné faktory vzniku těchto onemocnění. Větší důraz bude kladen na příčiny vzniku MB, která souvisí s naším výzkumem.

### **Mužský a ženský svět**

Mentální anorexie a bulimie byly často vysvětlovány v termínech odmítání dospělé ženské role, ženského těla a sexuality. Tělesné proporce hrají jinou roli v životě ženy i muže. Zatímco chlapci se v období dospívání přibližují mužnému ideálu krásy, který dnes představuje svalnaté tělo, dívky se v průběhu dospívání vzdalují tomu, co je považováno za krásné. „*Už například dvanáctileté dívky jsou úzkostnější ve vztahu ke svému tělu a snadněji se cítí být ohroženy nadváhou.*“ (Krch, 2008, s. 44)

Proto se ženy více zajímají o tělesný tuk a krásu, kdežto muži o svaly a sílu.

Mluvíme o kulturních rozdílech, ale jsou tady i rozdíly biologické. Ženy všech věkových skupin mají tendenci tloustnout více než muži. Během dospívání přibývají na tělesném tuku, zatímco muži spíše na svalové hmotě. Pro ženy je vzhled významně důležitější hodnotou než pro muže. Většina žen je stále nespokojená se svým tělem, a chce být štíhlejší. Když nejsou muži spokojeni se svým tělem, chtějí přibrat, respektive zesílit. Důsledkem biologické zpětné vazby může být například ztráta menstruace nebo chudý sexuální život, které souvisí s dlouhodobým hladověním, podvýživou a neuspokojivým sociálním životem (Krch, 2008).

### **Rizikový věk**

Jak již bylo zmíněno, rizikovým obdobím pro vznik PPP je období dospívání. V tomto období jsou dívky i chlapci lehce ovlivnitelní, protože hledají „své já“. Díky sociálním sítím se často srovnávají s ostatními, hledají vzory, a proto mají problémy s vlastní identitou (Krch, 2005).

Obecně se uvádí, že chlapci jsou méně náchylní k ovlivnění médii než dívky, ale to pouze v případě, pokud mají dostatečně vysokou sebeúctu (Papežová, 2010).

V průběhu dospívání je člověk sociálně vnímavější, a proto i zranitelnější a soupeřivější. Jeho sebevědomí je labilnější, často závislé na tom, co mu, kdo řekne. Aby prosadil svůj zájem, je ochoten více riskovat. Snadno se ztotožní s určitou zájmovou skupinou, jako je například parta, sportovní oddíl nebo taneční skupina. Bere doslova její hodnoty a postoje, případný nesouhlas vnímá bolestivě. Při posilování nadměrné pozornosti věnované

tělesnému vzhledu a sebekontrolu má významnou roli soutěživost. Některé dívky se tedy často srovnávají se svým dvojčetem, soupeřivou matkou nebo s děvčaty ve sportovním oddíle (Krch, 2008).

Papežová (2019) v rozhovoru věnovanému PPP u sportovců zmiňuje, že se tyto poruchy nejčastěji vyskytují v esteticko-koordinačních sportech (především v baletu, gymnastice nebo tanci), kde je na vzhled a hmotnost kladen velký důraz. Dívky se pak často srovnávají s konkurencí.

První příznaky mentální anorexie nebo diet, které často spouštějí bulimické přejídání bývají okolím pozitivně oceňovány, a proto mohou být odpovědí na otázku „Jak se lépe cítit“ nebo „Jak být úspěšnější“ (Krch, 2008).

Nejen fyzické, ale také zásadní sociální změny, související s dospíváním, mohou představovat významný stres a přinášet s sebou nejistotu. Některé senzitivnější typy mají problém vyrovnat se s novými sociálními a sexuálními nároky. Zvýšená kontrola těla a příjmu potravy může být spojena s vnitřní nejistotou, zvýšenou sebekritičností a náchylností k depresím (Procházková, Ševčíková, 2017).

*„I když se sebevědomí děvčat v průběhu dospívání zlepšuje, nízké hodnocení vlastního těla zůstává až do dospělosti hlavním zdrojem jejich sebepodceňování.“ (Krch, 2008, s. 47)*

## **Vliv rodiny**

*„Mezi nejčastější „rodinné“ rizikové faktory se uvádí obezita a diety v rodině, kritický komentář týkající se obecně jídla, tělesného vzhledu a váhy a příliš velký důraz na vzhled a výkon.“ (Krch, 2008, s. 48)*

Různé průzkumy ukazují zvýšené riziko vzniku PPP v rodinách, ve kterých se už onemocnění vyskytlo u některého ze členů rodiny. Mezi sourozenci nemocných je uváděn výskyt anorexie nebo bulimie v rozmezí tří až deseti procent. Mezi matkami bulimiček se nevhodné jídelní a dietní postoje mohou vyskytovat ještě častěji (Krch, 2008).

Nadměrný zájem členů rodiny o vzhled, krásu, diety a fitness může být příčinou vzniku PPP, zvláště pak mentální anorexie. Děti jsou vystaveny příliš vysokým nárokům, a snaží se odvděčit svým rodičům. V důsledku toho dochází k zanedbávání vlastních potřeb dětí, kdy úspěch dětí je chápán jako úspěch rodičů (Novák, 2010 in Procházková, Ševčíková, 2017).

Matky dívek, které onemocněly anorexií, bývají nadměrně ochranné, obtěžující, dominantní. Často se setkáváme s matkou, která drží diety, a dcera se jí snaží napodobovat.

Takové matky hlídají a ovlivňují množství jídla, které jejich dcery konzumují. Díky tomu získává většina dívek potřebu „hlídat se“. Svou roli může hrát i neschopnost odpoutat se od matky (Procházková, Ševčíková, 2017).

Otec bývá většinou popisován jako pasivní, slabý, udržující si odstup, ale někdy také jako velmi dominantní, chladný, vzteklý nebo agresivní. Většina nemocných dívek se shoduje v tom, že se nemohly svému otci zavděčit a měly pocit, že pro něho nic neznamení. Na druhou stranu se objevují popisy otce jako velmi aktivního, atraktivního, skvělého, ale pro některé dívky až příliš, aby se mu mohly vyrovnat. Dívky, které onemocněly MB, vztah s otcem popisují jako velmi blízký, který se zhoršoval s příchodem puberty (Trapková, Chvála, 2017).

Trapková, Chvála (2017) navíc zmiňují, že děti mohou být ovlivněny nejen svými rodiči, ale také svými sourozenci. Často se jedná o rozdíly ve výchově, kdy jeden ze sourozenců začne závidět druhému, a proto v něm může propuknout snaha o dosažení dokonalosti s představou, že ho poté budou mít rodiče raději. Dále může nastat efekt zvaný polarizace, který se vyskytuje u dvou dětí jedněch rodičů. Tento stav je charakterizován jako silná rozdílnost dětí. Například když je jedna ze sester výjimečně krásná, druhá o sebe nedbá. Jde tedy o snahu odlišit se od druhého. Proto se může stát, že se bude dívka pokoušet o opětovné získání pozornosti rodičů tím, že například nebude jíst.

PPP jsou velmi zrádné a často nerozpoznatelné na první pohled. Nemocné jsou chváleny svými nejbližšími za svou štíhlost a disciplínu, čímž onemocnění spíše podněcují. Je to jeden ze silných udržujících faktorů nemoci (Procházková, Ševčíková, 2017).

## **Škola a vrstevnické prostředí**

Škola se po rodině stává nejdůležitějším socializačním činitelem, do něhož se promítají pozitivní i negativní působení, a je hlavním místem realizace primární prevence. Děti mnohdy tráví ve škole více času než doma právě v kritickém věku nastupující puberty, kdy se PPP objevují nejčastěji. Školní věk vnáší zásadní změny do přístupu k vlastnímu tělu a do stravovacích zvyklostí dětí (Procházková, Ševčíková, 2017).

Důvodem vzniku PPP může být šikana ve škole či nevhodná poznámka ohledně postavy či vzhledu. Procházková, Ševčíková (2017, s. 28) uvádí zkušenosti klientky, u níž počátek nemoci ovlivnily komentáře spolužáků. *„Jednou mi spolužák řekl, že jsem přibrála, že je to vidět a že bych měla shodit, protože on tlusté ženské nesnáší. Okamžitě jsem si naordinovala*



*tu nejprísnejší hladovku, složenou jen ze zdravých potravín, jen ovoce a zelenina, více zeleniny než ovoce, protože to má hodně cukru, a cvičení, ale nešlo to tak snadno.*“

Dívky v adolescenci věnují nadměrnou pozornost tomu, co si o nich myslí ostatní. Velmi se zabývají tím, zda jsou dostatečně fyzicky atraktivní, štíhlé či populární. Osvojují si určité postoje (např. důraz na štíhlost) a chování (např. dietní chování nebo užívání projímadel) od svých vrstevníků, a to buď na základě povzbuzování, nebo výsměchu pramenícího z nedodržení vrstevnických norem. Vliv vrstevníků je tedy dalším důležitým faktorem ovlivňující vznik i průběh onemocnění. Mezi některými vrstevnickými skupinami může dojít až k vzájemnému podporování a udržování PPP. Jak už bylo zmíněno, jde o pro-ana a pro-mia blogy v prostředí internetu (Procházková, Ševčíková, 2017).

### **Nebezpečné diety**

Redukční dieta stojí na počátku problémů většiny žen trpících PPP. Mnoho studií prokázalo, že tyto diety zvyšují riziko vzniku MA nebo MB asi osmkrát. Díky redukčním dietám je výrazně narušeno jídelní chování. Podle amerických výzkumných pracovníků převažuje mezi dívkami a mladými ženami držení redukčních diet nad normálním chováním, tedy nad jídlem bez hubnutí a strachu z tloušťky. Například v USA a Kanadě má ve třinácti letech osobní zkušenost s dietami osmdesát procent dívek a deset procent chlapců. V České republice drží dietu asi dvacet procent šestnáctiletých dívek a kolem šedesáti procent děvčat se o ni už někdy pokoušelo (Krch, 2008).

### **Rizikové zájmy a profese**

Socioprofesionální skupiny, pro které má výkon, tělesný vzhled a zejména pak tělesná hmotnost sama o sobě rozhodující význam, jsou často ohroženy některou z forem PPP. Jedná se o profesionální tanečnice, baletky či modelky. Společenský tlak na dodržování štíhlosti je významným faktorem z hlediska rozvoje PPP (Krch, 2005).

Krch (2005, s. 45) také zmiňuje vysokou prevalenci patologických způsobů kontroly tělesné hmotnosti (zvracení, užívání laxativ nebo diuretik) u zápasníků, žokejů nebo gymnastek. *„Zatímco u žokejů bývá popisován spíše nezvládnutelný úbytek hmotnosti, u zápasníků je poměrně časté přejídání a sklon k nadváze po ukončení sportovní kariéry.“*

Podle různých studií 15 až 60 % atletek užívá extrémní metody ke kontrole tělesné hmotnosti, jako jsou hladovky, zvracení, dietní tablety, sauna nebo laxativa. Musíme ale rozlišovat mezi chováním, jehož cílem je udržení určité hmotnosti z profesionálních nebo

sportovních důvodů, a chováním v důsledku nadměrného zaujetí vlastní postavou a štíhlostí. Jedno však může vést k druhému. Ze studií mezi sportovci je zřejmé, že okolím nekriticky oceňovaná štíhlost (nevhodné hmotnostní i jídelní standardy) a soutěživost zvyšují riziko vzniku PPP (Krch, 2005).

### **Emocionální problémy**

Se vznikem PPP také souvisí emocionální problémy i poruchy nálady. Většina odborníků se shoduje na tom, že negativní hodnocení a pocity nedostatečnosti významně zvyšují riziko vzniku onemocnění. V období dospívání prožívá většina dívek pocit nejistoty a hubnutí či sebekontrola může být cesta k posílení sebevědomí. Tato cesta vede skrz striktní diety, nadměrné cvičení nebo zvracení, a vytváří tak iluzi úspěchu. Problém je v tom, že to, co na začátku přinášelo nemocným osvobození (dieta, zvracení, vyhublost), je postupně stále více ovládá (Krch, 2008).

Hladovění má na psychiku člověka negativní dopady. V důsledku dlouhodobého omezování příjmu potravy dochází k významným emočním změnám jako například deprese, stavy úzkosti, popudlivost a negativismus. Dalším nevyhnutelným důsledkem hladovění je zvýšená pozornost věnovaná jídlu a pocit ztráty kontroly nad jídlem spojený s výčitkami svědomí. Nemocní začnou být čím dál uzavřenější, ztrácejí smysl pro humor a také omezují kontakt se svými přáteli (Papežová, 2010).

V případě bulimie převládá u většiny pacientů pocit viny. Stydí se za sebe a své problémy skrývají před rodinou a přáteli, a proto se jim mohou stranit. Pro tyto pacienty jsou často rizikové různé společenské akce jako například setkání v podnicích, klubech nebo také rodinné oslavy, kde je hodně jídla a je obtížné tajit kompenzační chování následované po přejedení (Cooper, 1995).

U pacientů trpící mentální anorexií a mentální bulimií bývá osobnostní charakteristika odlišná, avšak u většiny propuká pocit méněcennosti a nedostatku sebedůvěry. Lidé s mentální anorexií jsou většinou vytrvalí, mají silnou vůli tam, kde ji nepotřebují, jsou také více sebekritičtí, ale sami se kritiky obávají. Kritika je znejistí a berou ji jako projev nepřátelství. Uzavírají se tedy do sebe a více se kontrolují. Někteří jedinci mohou být také tvrdohlaví či citově nevyzrálí. Naopak lidé s mentální bulimií mají nízké sebevědomí, jsou si nejistí jak v životě, tak i ve vztazích, vyhledávají autoritativní typy lidí. Těmto lidem také chybí sebekontrola, a často i neschopnost sebeovládání (Vašina, 2008).

### 3 PARTNERSKÉ VZTAHY

Mezi základní psychické a psychosociální potřeby patří potřeba sociálních kontaktů, potřeba k někomu, resp. někam patřit. „*Každý člověk je v kontaktu, tj. v interakci s ostatními lidmi, tito lidé na něj působí a on sám jejich projevy vnímá a interpretuje, dává jim určitý význam, a vytváří si k nim nějaký vztah*“ (Vágnerová, 2005, s. 284)

Člověk jako tvor společenský, hledá vhodného partnera pro život. Pokud žije dlouhou dobu sám, strádá. Volba životního partnera není snadná, jelikož očekávání jednotlivců je odlišné. Partner a náš vztah s ním do jisté míry udávají směr našemu životu. Někteří hledají partnera se stejnými či podobnými povahovými vlastnostmi, jiní se řídí heslem „protiklady se přitahují“. Správně zvolený partner pro život má tedy vliv na formování společného soužití. Každý partnerský vztah prochází v průběhu času určitým vývojem, který má vliv na jeho podobu a je ovlivněn nejen vnějšími, ale také vnitřními faktory kladného i záporného charakteru (Lovasová, 2005).

Abychom mohli vytvořit přínosné a milující vztahy, musíme pochopit základní pravdu – lidé se liší. V každodenním životě většinou neuznáváme odlišnost druhých a odmítáme ji (Gray, 2020).

Páry mohou v průběhu svého vztahu narazit na různé problémy, nemoci či krize. Teprve při řešení takových peripetií zjišťujeme, jestli je náš partner ten „pravý“. Poruchy příjmu potravy jsou závažná onemocnění, která mohou vztah pozitivně i negativně ovlivňovat. Abychom lépe pochopili, jakou roli hrají tato onemocnění ve vztahu, popíšeme, jaké situace mohou být pro partnery rizikové, a také jaké faktory mají vliv na kvalitu vztahu.

„*Skutečná láska je bezvýhradná. Nic nežádá, ale podporuje druhého a váží si ho.*“ (Gray, 2020, s. 31)

#### **Budování vztahu**

K vytvoření hodnotných vztahů, v nichž se partneři vzájemně podporují, existují čtyři klíče:

- 1) **Cílevědomá komunikace** – komunikování se záměrem pochopit a být pochopen.
- 2) **Správně porozumění** – pochopení, ocenění a respektování našich rozdílů.
- 3) **Vzdání se posuzování** – zbavení se negativního posuzování sebe a druhých.
- 4) **Přijetí odpovědnosti** – být stejnou měrou zodpovědný za to, co ve vztahu získáváte, a odpouštět jeden druhému.

Tyto klíče mohou pomoci jedincům pochopit, proč měli v minulosti ve svých vztazích problémy, a stanou se základem pro stabilní vztahy v budoucnosti (Gray, 2020).

### **Začátky vztahů obecně**

Prvním faktorem, který má vliv na začátek budoucího vztahu, je vzájemná přitažlivost. Na přitažlivosti se podílejí také další faktory, jimiž jsou tělesný vzhled, podobné postoje, zájmy a sociální zázemí. Aby se tyto faktory mohly začít uplatňovat, potenciální partneři se nejprve musí seznámit (Willerton, 2012).

Při osobním setkání dvou lidí se na přitažlivosti podílí tělesný vzhled. Ať chceme nebo ne první věc, která nás na člověku zaujme je to, jak vypadá – jak je oblečený, jaké má vlasy. Existují rčení jako „Neposuzuj knihu podle obalu.“ či „Krása je v oku toho, kdo ji vnímá.“ Langloisová a kol. (2000) se ve svém výzkumu zabývali, jaká je platnost těchto rčení, a jestli mají vliv na tělesnou přitažlivost. Dospěli k závěru, že krásu si nedefinuje každý sám a panuje tak všeobecné pojetí tělesné krásy. Dále konstatují, že řada lidí posuzuje druhé podle vzhledu (tzv. haló efekt). Je možné, že tento efekt se děti učí z pohádek a filmů, kde příjemný vzhled bývá doprovázen milou povahou (in Willerton, 2012, s. 56).

Při hledání vhodného partnera, je vzhled pro každého jinak důležitý. Autoři studie inzerátů (Dunbar a Waynforth, 1995) zjistili, že obecně bývá vzhled důležitější pro muže. V této studii důraz na vzhled kladlo 44 % mužů na rozdíl od 22 % žen (in Willerton, 2012, s. 56).

Další roli ve vztahu hraje podobnost názorů a vlastností. Jakmile začnou dva lidé mezi sebou komunikovat, začnou do popředí vystupovat jejich zájmy a názory. V sedmdesátých letech minulého století vyslovil psycholog Don Byrne (1971) zákon přitažlivosti, který uvádí. „*Čím více někdo sdílí naše názory, tím ho máme raději.*“ (in Willerton, 2012, s. 57)

Další důležitý faktor je demografická podobnost. Obecně platí, že se s největší pravděpodobností spřátelíme, nebo navážeme partnerský vztah s člověkem, který je stejně starý a je téhož etnika. Rubin a Peplauová (1976) rovněž konstatovali, že milenecké dvojice i dvojice přátel si jsou podobné původem, socioekonomickým postavením a náboženským vyznáním (in Willerton, 2012, s. 59).

### **Lojalita a vzájemná závislost**

Blízký vztah lze definovat jako „*kombinaci silné a prakticky stálé vzájemné závislosti v různých oblastech života.*“ (Smith a Macieová, 2000, s. 431)

Většina psychologů se se shoduje na tom, že rozhodující je, když člověk přestane uvažovat v rovině „já“ a začne přemýšlet v rovině „my“. Proto je v tomto ohledu důležitým faktorem sdělování osobních informací partnerovi. Aby si partneři vzájemně důvěřovali, je zapotřebí překročit úroveň běžného, povrchního kontaktu tím, že si sdílejí stále osobnější a intimnější informace (Willerton, 2012).

Smith a Mackieová (2000, in Willerton, 2012, s. 67) specifikovali tři hlavní aspekty vzájemné závislosti:

- Vzájemná závislost v prožívání (např. má-li partner nějaké problémy, tak se to může dotknout i vašeho prožívání).
- Vzájemná závislost v chování (jeden ovlivňuje jednání a plány druhého a obráceně).
- Vzájemná závislost v myšlení (úhel pohledu na vztah; pro tuto vzájemnou závislost je důležité uvažovat v rovině „my“).

Blízké vztahy se tedy rozvíjejí v procesu sebeodhalování, tj. sdělování osobních a intimních informací, a je pro ně příznačná vzájemná závislost v různých oblastech života.

### **Komunikační klíč**

Následně bude rozebrán faktor komunikace, který hraje podstatnou roli v mezilidských vztazích. Člověk, jako sociální bytost, je neustále v kontaktu s ostatními lidmi. Právě proto je mezilidská komunikace základním nástrojem sociální interakce, protože odráží vztahy mezi lidmi, a může je zároveň nějak ovlivňovat. Potřeba komunikovat je jednou ze základních potřeb člověka, a je tedy pro každého jedince ve společnosti nezbytná. Správná komunikace předchází nedorozumění, nepochopení a posiluje vztahy mezi lidmi. Tomuto nástroji se člověk učí celý život (Vágnerová, 2005).

V pedagogickém slovníku (2009, s. 130) můžeme najít tuto odbornou definici komunikace: *„Sdělování informací, myšlenek, pocitů; dorozumívání. V mezilidské komunikaci se zajímáme o řadu aspektů dorozumívání, které lze shrnout do těchto otázek: kdo sděluje, co sděluje, proč to sděluje, pomocí čeho, komu to sděluje, s jakými obtížemi sdělování probíhá, jaký efekt sdělování má. Z pedagogického hlediska je důležitá sociální komunikace, která může probíhat pomocí mluvené řeči, psaného a tištěného slova, obrazového materiálu, gest.“*

Komunikace ve vztahu je klíčem k vzájemnému pochopení se. Důvěrnost ve vztahu se posiluje upřímnou komunikací, a proto je důležité říkat si pravdu. Dále je podstatné používat

komunikaci správným způsobem, tedy *komunikovat, abych pochopil*. Často se totiž stává, že je naše komunikace manipulativní a plná nepochopení, jelikož jsme rozhněvaní. Proto je cílem skutečně efektivní komunikace, aby nám druhý člověk porozuměl a my pochopili jeho (Gray, 2020).

Být ve vztahu s osobou s mentální anorexií nebo mentální bulimií bývá často náročnou záležitostí. Černá (2008) uvádí, že je pro partnera důležité se svou partnerkou o nemoci komunikovat, aby pochopil její pocity a mohl jí tak poskytnout nějakou formu pomoci. Komunikace není důležitá jen pro partnera, ale také pro jeho partnerku, protože díky ní může nacházet porozumění sama v sobě a také od svého partnera.

Jak uvádí Gray (2020), záměrná komunikace umožňuje zlepšit správné porozumění. Proto je důležité, aby partneři ve svém vztahu pravidelně komunikovali, a to nejen o nemoci, a byli k sobě upřímní.

### **Rozdíly mezi muži a ženami**

Základní fyzickou odlišností muže a ženy je vzhled. Mezi další fyzické odlišnosti řadíme například:

- Muži mají obvykle silnější kůži než ženy, a proto se u žen objeví vrásky dříve než u mužů.
- Hlasivky žen jsou kratší než hlasivky mužů, a to je důvod, proč bývá mužský hlas hlubší než ženský.
- Muži mají vyšší procento svaloviny v poměru k tuku, a proto je pro ně snadnější zhubnout. Díky této svalovině muži získávají energii, když se začnou věnovat nějaké činnosti. Na druhé straně ženy mají hned pod kůží vrstvu tuku, takže je jim v zimě tepleji a v létě chladněji. Tento tuk také zajišťuje ženám větší zásobu energie, a díky tomu mají větší výdrž než muži.

Kromě biologických a anatomických rozdílů jsou muži a ženy odlišní také psychologicky. Například většinou platí, že ženy jsou v porovnání s muži intuitivnější, více se zajímají o vztahy a lásku a jinak reagují na stres. Také mají ve vztazích jiné problémy a stěžují si na jiné potíže (Gray, 2020).

Ženy si nejčastěji stěžují na absenci mužů doma a jejich mizivou práci v domácnosti. Naopak muži nejsou spokojeni s ženskou přehnanou emocionalitou a zvykem je poučovat (Willi, 2011).

Gray (2020) rovněž zdůrazňuje, že takový popis muže neplatí na každého muže a na každou ženu se nehodí takový popis ženy. Ve skutečném životě nejsou všichni muži a ženy stejní. Většina žen má mnoho mužských rysů, a někteří muži mohou mít ženské rysy. Muži i ženy mají tedy různé vlastnosti a charakteristické rysy, které jsou mužské i ženské, avšak lze říct, že existují určité obecné rozdíly, které sedí na většinu mužů a většinu žen.

Jak už bylo zmíněno, pokud partneři respektují své vzájemné rozdíly, je pro ně snadnější pochopit se navzájem. Správné porozumění obohacuje naše vztahy, zatímco nepochopení je ničí. Správné pochopení začíná uvědoměním si, že jsme všichni osobití a jedineční, a že je časté nedorozumění velmi snadné. „*Porozuměním a respektováním naší odlišnosti můžeme vybudovat mosty, jež nás spojí.*“ (Gray, 2020, s. 152)

### **Partnerský vztah a mentální bulimie**

Mentální bulimie se navenek projevuje kolísáním nálad, vztahovačností, přecitlivělostí, černobílým viděním světa (buď vše nebo nic, což je analogické i k příjmu potravy – buď úplné hladovění či naopak záchvat přejedení s následným zvracením jako prostředkem kontroly hmotnosti) (Černá, 2008).

Partner osoby s touto poruchou je tak vystaven náhlým výkyvům nálady a je obvyklým terčem podrážděných reakcí (Cooper, 2014).

Mentální bulimie může trvat několik měsíců, ale i několik let, a to i z důvodu, že ji dívka či žena dokáže velmi dlouho tajit. Situace, za které vstupuje partner do vztahu, je velmi důležitá pro další vývoj podoby vztahu a partnerovu roli v léčbě nemoci partnerky. Pokud partner vstupuje do vztahu bez vědomí, že jeho partnerka trpí PPP, nemá tušení, jaká rizika a jakou zátěž to pro něj do budoucna může znamenat. Zcela jiná situace nastává, pokud partner vstupuje do vztahu s plným vědomím a plnou informovaností, co PPP obnáší. Pokud se partner dozví o nemoci na začátku vztahu, je to určitě pro oba lepší varianta než zjištění nemoci v průběhu vztahu. Většinou je partnerem pozitivně hodnoceno, pokud se to dozví přímo od partnerky (Černá, 2008).

Poruchy příjmu potravy jsou zátěžovou situací pro oba partnery. Jednou z možností, jak ji překonat, je rozchod. Důvodem nemusí být jen samotná porucha, ale především její následky, které limitují zdravého partnera. Ten není ochoten v takovém vztahu setrvat pro jeho nestabilitu a nenaplněnost, např. nemožnost chodit do společnosti na jídlo, časté změny nálad, nechut k sexu, neochota o problémech mluvit a řešit je, neochota partnerky se léčit,

strach z nemožnosti početí, obavy o tělesnou hmotnost a s tím spojené nekonečné debaty o postavě, jídle atd. (Černá, 2008).

Cooper (2014) rovněž uvádí, že obavy o tělesnou hmotnost a tvar těla mají přímý vliv na společenský život, protože pro lidi s bulimií je časté, že do společnosti vycházejí pouze tehdy, kdy jsou se svojí váhou a tvarem těla spokojeni.

*„Čím stabilnější vztah a čím zralejší oba partneři jsou, tím větší šance je, že společně překonají i tuto zátěžovou situaci.“* (Černá, 2008, s. 22)

### **Sexualita a intimita u poruch příjmu potravy**

Různí autoři upozorňují na rozdíly sexuálního chování žen s MA a MB. Ženy s MA mívají často zábrany v oblasti sexu, které jsou spojovány se strachem z dospívání. Proto bývají v dospělosti spíše rezervované a často se vyhýbají hlubším partnerským vztahům. Naproti tomu ženy s MB jsou sexuálně aktivnější (Krch, 2005).

Snížená sexualita u žen s MA je důsledkem celkové snížené endokrinní aktivity, včetně pohlavních hormonů i různých sociálních a osobnostních charakteristik (Papežová, 2010).

Krch (2005) také zmiňuje, že pacientky s MB mají sklon až k téměř promiskuitě, díky neuspokojitelného „hladu“ po uznání a lásce.

Existuje mnoho studií týkajících se rozdílů v sexuální anamnéze anorektiček a bulimiček. Většina těchto studií dospěla k závěru, že bulimičky jsou patrně stejně „typické“ jako jejich vrstevnice a jejich sexuální chování (orgasmus při pohlavních styku, orgasmus při masturbaci, partnerské vztahy) se příliš neliší od skupin žen bez PPP. Tyto studie uplatňují příliš mnoho proměnných, ke kterým patří zejména rodinné prostředí, sexuální výchova, tělesná zkušenost, vztah s partnerem a pohlavní zneužití v anamnéze, a proto je shrnutí výsledků s ohledem na diagnostické podskupiny velmi obtížné. Z toho vyplývá, že je třeba velké opatrnosti při vyvozování závěrů týkajících se sexuálního chování ve vztahu k PPP (Krch, 2005).

Studie Hopwooda et. al. (2007) naopak zkoumala intimitu dívek s mentální bulimií. V této studii bylo zjištěno, že se tyto dívky chovají neasertivně, sociálně – vyhýbavě, mstivě až dominantně, a tím podporují své nezdravé mezilidské interakce. Dále se u nich objevovala nedostatečná citová podpora od přátel a rodiny.

Dívky trpící mentální bulimií zažívají časté pocity studu kvůli ztrátě kontroly nad svým jídelním chováním. Proto je pro ně obtížné přijímat lásku a uznání od partnera, když samy



vůči sobě pociťují odpor. Tyto dívky bývají často závislé na svém partnerovi a jejich vztah tak ztrácí podstatu zdravého vztahu (Danzer, 2001).

Černá (2008) upozorňuje, že partner nemocné partnerky po zjištění nemoci většinou soustředí svou pozornost na partnerku a možnost léčby, zapomíná na své koníčky, méně se setkává s přáteli, uzavírá se více do partnerského vztahu s úmyslem partnerce pomoci – být s ní, zachránit ji od špatných nálad, být k dispozici kdykoliv partnerka potřebuje. Díky tomu ztrácí své hranice a stává se zachránцем, ale i obětí. Partner si tak vytváří závislost partnerky na sobě a může se dostat do bludného kruhu (v jeho přítomnosti partnerka nemoc zvládá, jakmile je sama, příznaky nemoci se zhorší). Nemoc dostává novou moc a partnerka může podvědomě i vědomě této manipulace využívat. To, co by jí jiný partner v rovnocenném vztahu netoleroval, nemocí chycený partner akceptuje.

Všeobecně se ve vztahu hledá opora, důvěra, možnost sdílení a intimita (Špatenková, 2006).

Někdy se může stát, že není vše podle našich představ, a můžeme prožívat určitá zklamání. Pro dívky s poruchami příjmu potravy může být ale přínosné, když se naučí fungovat ve svých vztazích, přestože nejsou vždy stoprocentně uspokojeny jejich potřeby. Díky vztahu pak mohou tyto dívky najít svou ztracenou identitu, kterou jim jejich porucha vzala.

### **Doporučení pro partnery nemocných osob**

Jak už bylo zmíněno být ve vztahu s nemocným je velmi náročné. V souvislosti s onemocněním se může partner potýkat se složitými pocity – zvláště když se o nemoci dozvěděl náhodou. Middleton a Smith (2013) doporučují, že by měl partner tyto pocity uznat, jinak hrozí, že je po čase může partnerce vyčítat. Dále doporučují mít založený vztah na rovnocenných rolích. To znamená nebýt svému partnerovi rodičem a neříkat mu, co má a nemá dělat.

Černá (2008) také doporučuje vyhnout se diskuzím a poznámkám ohledně váhy, postavy či vzhledu. Místo toho by se měl partner snažit zaměřit myšlenky na něco jiného.

Partner osoby s mentální bulimii je často vystavován náhlým výkyvům nálady podle toho, zda se jeho partnerce daří mít nad jídlem kontrolu, nebo ji ztrácí (Cooper, 2014). Proto by se měli partneři snažit informovat, co porucha způsobuje s emocemi nemocného člověka a snažit se pochopit nejen toho člověka, ale také jeho onemocnění.

Middleton a Smith (2013) rovněž doporučují vyhledat párové poradenství či jinou formu podpory, která by mohla pomoci partnerům vypořádat se s následky, které má porucha příjmu potravy na jejich vztah.

Záleží na oboustranné podpoře či vzájemné kompenzaci nedostatků (Willi, 2011).

Jestli se partner rozhodne podporovat svou partnerku, musí přijmout všechna rizika nemoci a také se smířit s tím, že poruchy příjmu potravy, stejně jako jiná duševní onemocnění, se nevyhlídají ze dne na den, a je zapotřebí s nimi neustále pracovat.

## **II. PRAKTICKÁ ČÁST**

## 4 DESIGN VÝZKUMU

Dospívající dívky a mladé ženy získávají často názor, že výše úspěchu je přímo úměrná vzhledu. Díky médiím a sociálním sítím je na vzhled a štíhlost kladen velký důraz, a v důsledku toho začne mnoho dívek držet drastické diety, což může vést k rozvoji poruch příjmu potravy. Nejznámější z nich je mentální bulimie společně s anorexií. Přes zdánlivou odlišnost vyhublých anorektiček jsou si obě poruchy velmi podobné. Spojuje je strach z tloušťky a nadměrná pozornost věnovaná vlastnímu vzhledu a tělesné hmotnosti (Krch, 2008).

*„Asi jedna třetina mladých anorektiček se začne časem přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti.“ (Krch, 2008, s. 21)*

Tyto poruchy mohou ovlivňovat nejen životy nemocných, ale i jejich nejbližších. *„Nemocný člověk prožívá hrozný tlak a výčitky, když vnímá, že ubližuje svým nejbližším. Problém je v tom, že to, co ho ovládá, je silnější než on sám a nedokáže s tím nic dělat. Nemocný se setkává s nepochopením, přitom on sám nechápe, co se s ním děje.“ (Jendruhová, 2020, s. 25)*

Specifickým rizikovým faktorem pro poruchy příjmu potravy jsou zážitky studu, vleklé problémy v rodině a neadekvátní tlak ze strany rodičů. Také sexuální zneužívání a akulturace v cizí zemi zvyšují riziko vzniku těchto poruch (Papežová, 2010).

*„Příběhy různých pacientek nám říkají, že ne vždy musí jít o tyto faktory. Neexistuje jediný spouštěč, vždy jde o souhrn mnoha okolností, počínaje fyzickými předpoklady, genetikou a okolním světem.“ (Jendruhová, 2020, s. 30)*

Pro zdravě uvažujícího člověka je velmi obtížné tuto nemoc pochopit a pokusit se vžít do situace nemocného. Cílem naší práce bude odkrýt, jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy. Naší snahou bude popsat rozdílný pohled muže a ženy, a také zjistit, jestli tyto poruchy ovlivňují osobní život partnerů.

## 4.1 Cíle výzkumu

### 4.1.1 Hlavní výzkumná otázka

Jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy?

### 4.1.2 Dílčí výzkumné otázky

Poruchy příjmu potravy významně ovlivňují partnerskou důvěru, která je ve vztahu klíčová. Proto budeme chtít odkrýt, čím byla důvěra narušena a jaké momenty byly zásadní. Hlavním cílem naší práce je zjistit, jak tyto poruchy ovlivňují partnerský vztah. Dílčím cílem je zjistit, zda existují rozdíly ve vnímání nemoci z pohledu muže a ženy, a také zjistit, jestli tyto poruchy ovlivňují osobní život partnerů. Dále se pokusíme odkrýt, jaké situace jsou pro partnery nepříjemné a jaké jsou dopady nemoci na partnerský vztah.

## 4.2 Pojetí výzkumu

Pro nalezení odpovědí na výzkumné otázky jsme zvolili kvalitativní přístup, abychom lépe porozuměli tomu, jak partneři na danou problematiku nahlíží. Cílem bude zjistit příčiny, které mohly vést ke vzniku nemoci, aby čtenář pochopil, že bojovat s poruchami příjmu potravy není příliš jednoduché. Zdravý člověk nemůže chápat, co nemocný prožívá. Díky kvalitativnímu přístupu můžeme popsat, jak se člověk, trpící těmito poruchami, cítí a jaké myšlenky ho provázejí. Dalším cílem bude zjistit, jak může nemoc ovlivnit společenský život partnerů.

Vztah vytváří důvěra, a pokud se jednou naruší, je těžké ji obnovit. Naší snahou bude odkrýt, jaké momenty byly pro partnery klíčové a zjistit, jak se snaží předcházet dalšímu narušení důvěry. Každý vztah je odlišný a nevýhodou kvalitativního výzkumu je, že výsledky nejsou aplikovatelné na všechny osoby v podobné situaci (Gavora, 2010).

## 4.3 Výzkumný nástroj

Pro sběr dat jsme zvolili techniku polostrukturovaného rozhovoru. „*Jedná se o jeden z typů hloubkového rozhovoru, pro nějž je charakteristický seznam předem připravených otázek a témat, který má být v rámci interview věnován prostor.*“ (srov. Švaříček, Šedřová a kol., 2007, s. 160)

Výhodou oproti nestrukturovanému rozhovoru je, že se daná témata v rámci výzkumu určitě otevřenou. Mluvíme o tzv. jádru interview, pod nímž rozumíme „*minimum témat a otázek,*

*„které má tazatel za povinnost probrat“ (Miovský, 2006, s. 160). Přičemž se klade důraz na zkušenosti výzkumníka.*

*„Zkušený tazatel je také zkušeným pozorovatelem, schopným číst neverbální sdělení, citlivým k prostředí rozhovoru a ke svému vztahu s účastníkem zkoumání.“ (srov. Švaříček, Šed'ová a kol., 2007, s. 160)*

Hlubkový rozhovor umožňuje zachytit výpovědi a slova v jejich přirozené podobě, což je jeden ze základních principů kvalitativního výzkumu (srov. Švaříček, Šed'ová a kol., 2007).

Pomocí otázek v rozhovoru budeme chtít odhalit, jak konkrétní porucha, v případě našich respondentů se jedná o bulimii, ovlivnila vztah partnerů. Bude nás zajímat ženský i mužský pohled. Otázky v rozhovoru vycházejí z hlavní výzkumné otázky. Cílem naší práce je zjistit, jak nemoc ovlivnila důvěru partnerů, co ji narušilo, a jakým způsobem se snaží pochopit jeden druhého. Na základě odpovědí respondentů popíšeme, jaké momenty byly pro partnery klíčové, aby si uvědomili, že je potřeba nemoc řešit a také se pokusíme zjistit, jaké jsou možné dopady nemoci na jejich osobní život.

#### **4.4 Výzkumný soubor**

Výzkumný soubor představují dva partnerské páry, kteří se ve svém vztahu potýkají s poruchou příjmu potravy, konkrétně jde o mentální bulimii, jíž trpí žena. Výzkumný soubor byl vybrán pomocí záměrného výběru, protože oba tyto páry řeší ve svém vztahu problematiku poruch příjmu potravy a jsou zde určité znaky podobnosti.

##### **Popis párů:**

- **Pár č. 1** – respondent F.; respondentka M.
- **Pár č. 2** – respondent I.; respondentka P.

Respondent F. má 37 let, je učitelem na základní škole a do vztahu vstupoval bez vědomí, že jeho partnerka trpí mentální bulimií. Jeho partnerkou je respondentka M., která má 34 let, je profesionální atletkou a onemocnění řeší od svých 14 let.

Respondent I. má 32 roků, pracuje jako přijímací technik cyklistických kol, a do vztahu vstupoval rovněž bez vědomí o nemoci. Jeho partnerka – respondentka P., je o 6 let starší a pracuje jako administrativní pracovnice, mentální bulimii řeší od svých 20 let.

Mentální bulimie je v povědomí veřejnosti méně známá než anorexie, ačkoli je její výskyt v populaci mnohem častější. Bulimie s sebou nese, stejně jako anorexie, řadu psychických

potíží i komplikací v sociálním životě a vztazích. Kvůli narušenému jídelnímu chování se pacientka dostává do konfliktu se svými blízkými a přáteli (Krch, 2008).

Zmíněné ženy trpí bulimií od svého dospívání a do vztahu už tedy vstoupily s nemocí. Jejich partneři se o nemoci dozvěděli v průběhu trvání vztahu, kdy si začali všimnout špatných stravovacích návyků a neobvyklých změn chování.

Vliv na zvládání přítomnosti poruchy příjmu potravy ve vztahu má samozřejmě věk jedinců a délka jejich vztahu (Černá, 2008).

Doba trvání vztahu prvního páru je 6 let a druhého 3 roky. Je tedy zřejmé, že každý z partnerů nemoc vnímá odlišným způsobem, ale zároveň je zde určitá forma analogie. Páry jsou také na podobné věkové úrovni, tj. nad 30 let, tudíž se předpokládá určitá zralost v myšlení a uvažování. Za další důležité kritérium při výběru respondentů lze považovat, že obě ženy neměly příliš kladný vztah se svým otcem, což také může ovlivňovat jejich vztah k partnerům.

#### **4.5 Realizace výzkumu**

Vzhledem k tomu, že PPP jsou velmi citlivé téma, nebylo možné získat více respondentů. Nejen pro nemocné osoby, ale také pro jejich nejbližší je velmi těžké o této problematice mluvit, protože se za ni mohou stydět. Proto jsme z důvodu zachování anonymity, jména našich respondentů záměrně upravili. Všechny rozhovory byly vedeny online, prostřednictvím aplikace Microsoft Teams a trvaly zhruba 30-60 minut. Online forma byla zvolena z důvodu velké vzdálenosti respondentů.

#### **4.6 Metody analýzy dat**

Pro náš hlavní výzkumný cíl, zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují partnerský vztah, vyjádřený hlavní výzkumnou otázkou, jsme použili otevřené kódování jako hlavní způsob analýzy a interpretace dat.

Při analýze jsme postupovali podle Švaříčka a Šed'ové (2007, s. 211). Ti popisují metodu otevřeného kódování jako rozebrání jednotlivých částí rozhovoru. Těmto částem jsou posléze přiřazeny nové názvy, tedy kódy. Kódem může být slovo, sekvence slov, věta, nebo i celý odstavec.

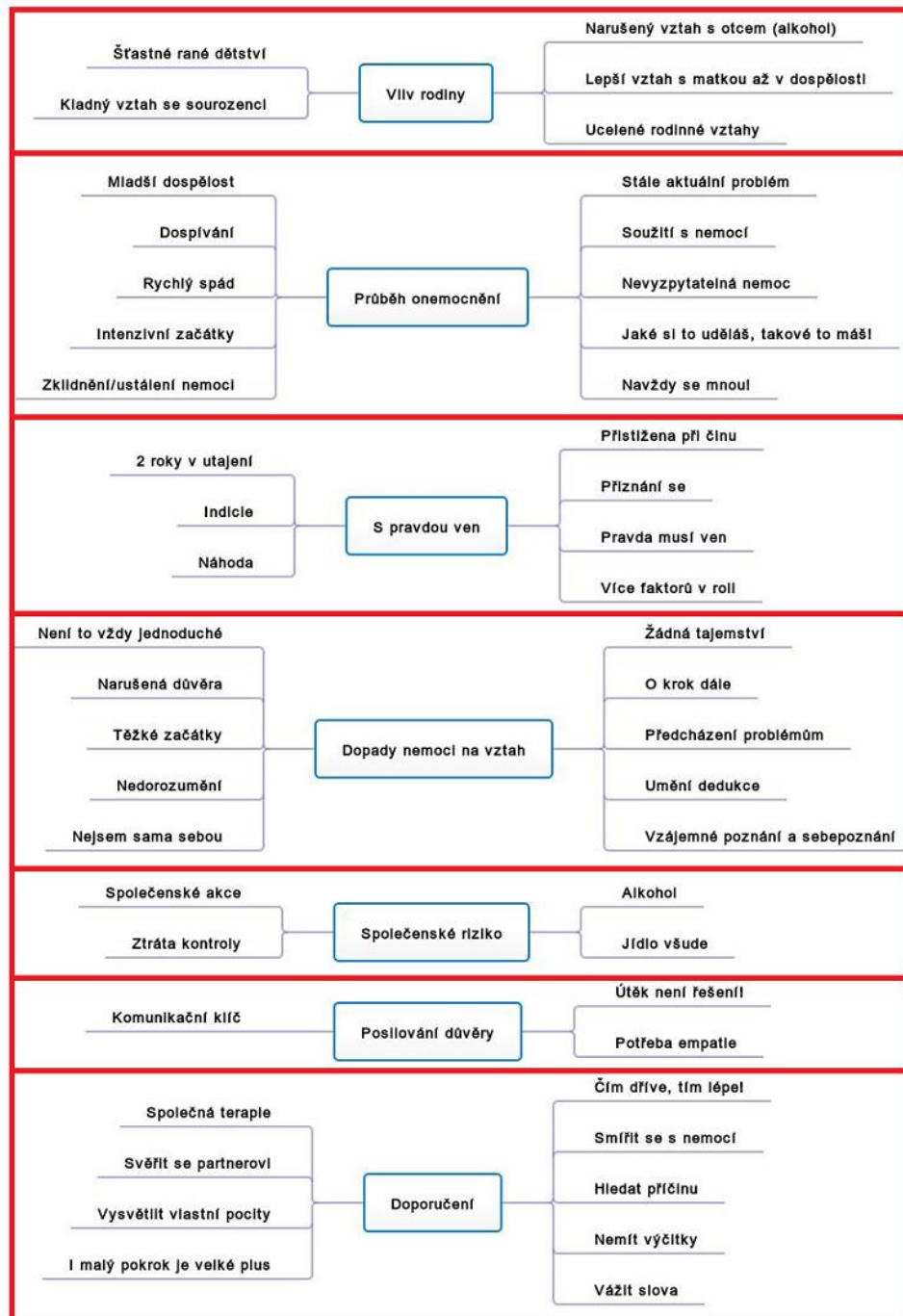
Poté, co jsme takto kodovali všechny rozhovory jsme jednotlivé kódy přiřadili k jednotlivým kategoriím. Tyto kategorie byly vytvořeny zvlášť pro ženy a zvlášť pro muže, abychom lépe

pochopti, jak partnery a jejich partnerky ovlivňuje onemocnění, v čem je možné spatřovat podobnosti, a naopak v čem rozdíly. Kategorie byly vytvořeny dle dílčích výzkumných otázek naší práce.



## 5 ANALÝZA ZÍSKANÝCH ÚDAJŮ

V této kapitole se budeme věnovat analýze údajů, které jsme získali z polostrukturovaných rozhovorů s jednotlivými partnery. Pro lepší názornost uvádíme schéma kategorií a kódů, které jsme vytvořili na základě odpovědí našich respondentů. Abychom lépe porozuměli tomu, jak na PPP nahlíží zdravý vs nemocný člověk, rozhodli jsme se vytvořit ženské a mužské schéma.



Obrázek 1 Schéma kategorií a kódů pro ženy

## Vliv rodiny

Do této kategorie jsme shrnuli rodinné pozadí respondentek. Jsou zde popsány jejich vzpomínky na dětství, vztahy s rodiči, případně sourozenci v minulosti i v současnosti, a také jestli tyto vztahy souvisejí se vznikem poruchy příjmu potravy.

**Do kategorie Vliv rodiny jsme zařadili kódy:** Šťastné rané dětství; Kladný vztah se sourozenci; Narušený vztah s otcem (alkohol); Lepší vztah s matkou až v dospělosti; Ucelené rodinné vztahy

Rodinné pozadí respondentek je velmi podobné. Obě respondentky uvedly, že na své útlé dětství vzpomínají pozitivně, také sourozenecké vztahy vnímají kladně. Co se týče vztahů s rodiči, zde můžeme spatřovat možnou příčinu vzniku jejich onemocnění, jelikož obě respondentky uvádějí narušený vztah s otcem v období dospívání, kdy začal mít problém s alkoholem a jejich vztah je od té doby spíše negativní. Respondetka M.: *„Až potom postupem času tat'ka začal pít alkohol, takže se to tam začlo všechno měnit doma. Ale já na to útlý dětství vzpomínám zkrátka dobře... Jako celkově když se, když se zpětně vohlídnou, tak prostě to bylo tak jak to bylo...“* Nelze říct, že existuje jediný spouštěč, který vyvolá mentální anorexii nebo bulimii. Většinou se jedná o souhrn mnoha okolností. Jsou ale situace, které do člověka zasejí semínko poruchy, ta potom vlivem dalších okolností začne klíčit a růst (Jendruchová, 2020). Respondetka dále zmiňuje, že přes všechny rodinné peripetie jsou jejich současné vztahy pevnější: *„Voláme si, pravidelně navštěvujeme, na dovolenou spolu pojedem, takže vztahy máme podle mě ucelené, možná ještě utvrzený přes ty všechny nemoci a věci co se staly, takže možná i pevnější.“* Respondetka P. uvádí také narušený vztah s matkou: *„Na dětství mám hezké vzpomínky a vztahy s rodiči (?), no tak v rámci možností jako... S mamkou teďka lepší vztah v dospělosti, s tat'kou je to horší...“* Je tedy zřejmé, že na vznik PPP se mohou významně podílet rodinné faktory, v případě našich respondentek se především jedná o narušený vztah s otcem v období dospívání, což potvrzuje tvrzení, které uvádíme v teoretické části. Dívky, které onemocněly MB, vztah s otcem popisují jako velmi blízký, který se zhoršoval s příchodem puberty (Trapková, Chvála, 2017).

## Průběh onemocnění

Tato kategorie je kódově velmi obsáhlá. Je zde zahrnuto celkem deset kódů, které jsou důležité pro pochopení průběhu onemocnění MB. Kódy vyjadřují, kdy se začala porucha u žen objevovat, a jak se s ní postupně naučily žít a pracovat.

**Do kategorie Průběh onemocnění jsme zařadili kódy:** Mladší dospělost; Dospívání; Rychlý spád; Intenzivní začátky; Zklidnění/ustálení nemoci; Stále aktuální problém; Soužití s nemocí; Nevyzpytatelná nemoc; Jaké si to uděláš, takové to máš!; Navždy se mnou!

U respondentky M. se první příznaky MB začaly objevovat už v období dospívání: „*Počátek, myslím, že to byl konec osmý třídy, takže osm plus šest čtrnáct, no čtrnáctý rok to tak nějak bylo...*“ Naproti tomu respondentka P. uvedla první příznaky až později: „*První příznaky se začaly objevovat kolem 20, a trvají doted.*“ Tato odpověď také potvrzuje kód s názvem Stále aktuální problém, jelikož obě respondentky stále bojují s MB. Respondentka M. také zmiňuje nevyzpytatelnost nemoci, těžší začátky a následné sžití: „*No vychází to na čtrnáct, ale jako prostě to jsou takový vlny jako... ale intenzivnější to bylo určitě v dětství a ty začátky, kdy jsem nevěděla, co s tím a navštěvovali jsme lékaře... Ted' už jde vo to, jak si já uspořádám život, a jak se s tím sehraju vesměs... ale myslím si, že ted' už je to v pořádku... Nicméně to počítám jako, že je to nemoc nevléčitelná, a že to prostě se mnou bude do konce života (úsměv)...*“ Ohledně prvních příznaků nemoci byla sdílnější respondentka M., avšak obě respondentky se shodují, že tato porucha je nevléčitelná a záleží pouze na nich samotných, jak se s ní naučí žít, což vyjadřuje kód – Jaké si to uděláš, takové to máš!

## **S pravdou ven**

V kategorii S pravdou ven se zabýváme délkou partnerského vztahu, jak se partner dozvěděl o nemoci, a co vedlo partnerky k odhalení jejich problému.

**Do kategorie S pravdou ven jsme zařadili kódy:** 2 roky v utajení; Indicie; Náhoda, Přistižena při činu; Přiznání se; Pravda musí ven; Více faktorů v roli

Délka vztahu je u každého z našich párů odlišná. Pár č. 1 je ve svém vztahu zhruba šest let, zatímco pár č. 2 teprve tři roky. Proto je možné spatřovat určité rozdíly ve vnímání onemocnění, to však budeme popisovat až v následujících kategoriích. Zajímavé je, že obě respondentky dokázaly skrývat svůj problém dva roky partnerského soužití. Respondentka P. uvádí: „*Trvá 3 roky, a ví to asi rok... a dozvěděl se to více méně náhodou.*“ Respondentka M.: „*Myslím si, že se to dozvěděl po dvou letech (?) Po dvou letech asi, co jsme spolu byli... Ten první rok podle mě nic nevěděl, až potom... No, po dvou letech bych tak tipla...*“ Respondentka P. dále uvádí náhodné zjištění nemoci partnerem, kdy byla přistižena při činu, a proto se musela přiznat: „*Hmm... no jako, jak říkám náhodou, že prostě v podstatě mě tak jako přichytil a pak jsem mu to řekla sama...*“ To také potvrzuje odpověď respondentky M., která navíc zmiňuje, že dávala partnerovi určité indicie k tomu, že s ní není něco v pořádku:

*„Tak jako viděl nějaký změny chování u mě, ale vesměs jsem mu to řekla, jako nevěděl vo co go...“* Dále zmiňuje, že k jejímu přiznání vedlo více faktorů a potřebovala zkrátka *“s pravdou ven“*: *„Celkově to bylo takový špatný období, kdy se nejednalo jenom vo to jídlo a mám to celkově dost v mlze, takže tady asi reálněji si myslím, že mluvil přítel... Ale určitě jsem mu to řekla. Tyhle věci se říkají prostě pod tlakem, kdy prostě (úsměv) asi zjistíš, že na to sama nemáš, takže myslím si, že to bylo v nějakým období, kdy jsem fakt měla skoro možná deprese, byla jsem hodně negativní i ubrečená, nevěděla jsem, jak z toho ven, tak myslím, že v tu chvíli jsem mu to mohla říct... Bohužel nedokážu asi úplně přesně, asi to nedokážu říct přesně upřímně, mám to normálně vopravdu v mlze...“*

### **Dopady nemoci na vztah**

Kategorie Dopady nemoci na vztah obsahuje celkem 10 důležitých kódů. Tyto kódy vyjadřují pozitivní i negativní dopady onemocnění na partnerský vztah pohledem žen.

**Do kategorie Dopady nemoci na vztah jsme zařadili kódy:** Není to vždy jednoduché; Narušená důvěra; Těžké začátky; Nedorozumění; Nejsam sama sebou; Žádná tajemství; O krok dále; Předcházení problémům; Umění dedukce; Vzájemné poznání a sebepoznání

Respondentka P: *„Jsou situace, kdy vlastně je těžké se pochopit navzájem, ale tu důvěru asi prohlubujeme tím, když o těch problémech jako mluvíme, a snažíme se vyvarovat problémům, které vidíme, že jeden na druhém nám vadí...“* Tato odpověď jasně vypovídá o tom, že vzájemné pochopení není vždy jednoduché, ale pokud lidé mezi sebou komunikují, často to může být cesta, jak dojít ke společnému kompromisu, a to nejen v partnerském vztahu. Z odpovědi respondentky P. rovněž vyplývá, že se díky vzájemné komunikaci snaží ve svém vztahu předcházet problémům. Obě respondentky se shodují, že jejich partnerská důvěra byla určitým způsobem narušena. Respondentka P. navíc zmiňuje těžké začátky, kdy se partner dozvěděl o nemoci: *„No určitě ze začátku, když jsme o tom mluvili... A teď záleží, jaké jsou situace... To znamená, že už to na mně pozná a je z toho pak nervózní, když jakoby si myslí, že zase to nezvládám...“* Z poslední věty také vyplývá, že partner už dokáže rozpoznat určité změny v chování, a proto může být vůči své partnerce podezřivý. Tak jako v každém vztahu, i v případě našich párů dochází k častému nedorozumění, což potvrzuje odpověď respondentky M.: *„Možná, že se mě občas chápe hůř.“* Jako další negativní dopad popisuje, že když ji nemoc ovládá, není sama sebou: *„Negativně, tak negativně vlastně, že se občas, když jsem v nějakým ataku, tak se musí člověk chovat skoro až agresivně, nebo uzavřeně, prostě není to von... Tak to taky asi není pro toho partnera přínosný, může mu*

lhát...“ Zatím jsme popsali spíše negativní dopady nemoci na partnerský vztah, ale na základě odpovědí respondentek můžeme spatřovat také pozitiva, jako je například otevřenost, což potvrzuje odpověď respondentky M.: „*Máme takovej dost otevřenej vztah, že oba víme, že je hrozně důležitá komunikace, takže my si vlastně všechno sdělujeme... a řekla bych, že o sobě víme vše...*“ S touto odpovědí také souvisí kód Žádná tajemství. Respondentka P. zmiňuje více negativních dopadů než těch pozitivních, avšak jako pozitivum vnímá, že se jejich vztah posunul jiným směrem a jsou tzv. “o krok dále“: „*A těch negativ je všeobecně bych řekla více... Výtčiky z jedné strany i z druhé strany, předsudky... Nějaké kritické situace prostě, ke kterým by asi, nebýt tady toho problému, vůbec nedocházelo... Ale jak říkám, myslím si, že jak mně, tak i Igora to posunulo někam jinam...*“ Další pozitivum můžeme spatřovat v odpovědi respondentky M., která uvádí, že se díky vzájemné důvěry může svěřit partnerovi se svými “bulimickými“ myšlenkami, a on jí tak může pomoci tyto myšlenky zastavit či odehnat pryč: „*Ještě mě tak napadá, že ta důvěra mezi partnery je dobrá i v tom smyslu, že nejen, že už on pozná signály, ale já mu natolik důvěřuji, že když na mě jde nějaký atak, můžu mu to říct, a požádat ho, abychom byli spolu, abych neměla možnost nechat v hlavě rozjet tu myšlenku...*“ Tak jako u respondentky P., i zde můžeme vidět podobnost v tom, že partneři dokáží vypořádat určité změny v chování, a mohou pak předvídat různé krizové situace a partnerky tak lépe pochopit, případně jim pomoci. Dá se říct, že mají určité umění dedukce. Dalším významným a pozitivním dopadem je odpověď, kterou uvádí opět respondentka M.: „*To je tak bolavý téma, že jsme vlastně se poznali úplně až, až hodně rychle a hodně důkladně asi, než, než bychom se možná bez té nemoci poznali... ne navzájem, ale i sami sebe... Nevím jak jako...neumím na to nějak víc, líp odpovědět asi čoveče...*“ Na základě této odpovědi můžeme jasně vidět, že nedošlo jen k vzájemnému poznání, ale také k sebepoznání. Na každé situaci v životě se dá najít něco pozitivního i negativního, vždy záleží pouze na tom, jak se člověk k dané situaci postaví, a co si z ní vezme.

### **Společenské riziko**

Není pochyb o tom, že mentální bulimie ovlivňuje každodenní život nemocných. Tato porucha může také značně ovlivňovat jejich sociální život. Proto se v této kategorii věnujeme situacím ve společnosti, které respondentky považují za rizikové a mohou být pro ně stresující.

**Do kategorie Společenské riziko jsme zařadili kódy:** Společenské akce; Ztráta kontroly; Alkohol; Jídlo všude

Cooper (2014) zmiňuje, že být ve vztahu s osobou s mentální anorexií nebo mentální bulimií bývá často náročnou záležitostí. Takový vztah je často ochuzen o společné stolování a návštěvy restaurací. Tyto společenské akce nejsou ani tak stresující pro zdravého člověka, ale spíše pro člověka, u kterého se vyskytuje například MB. To potvrzuje odpověď obou našich respondentek, pro které jsou často společenské události, jako například návštěvy restaurací, společenské akce či rodinné oslavy stresující, protože nemohou mít svůj režim, a dochází tak u nich ke ztrátě sebekontroly. Respondentka P.: *„Sociální život (?), no tak samozřejmě v té skupině se to jako koriguje hůře, a při těch společenských akcích je to rizikovější, jakoby zůstat v klidu a udržet si nějaký ten svůj režim... Ale myslím si, že po těch letech, co s tím žiju, tak se už jako dokážu, i v té sociální skupině, vlastně nějak stavět k tomu tak, aby mi to nečinilo nějaký závažný problém, potažmo tak samotné skupině...“* Tato odpověď také potvrzuje kód, který jsme již zmiňovali v kategorii Průběh onemocnění, jedná se o kód s názvem Jaké si to uděláš, takové to máš! Respondentka M. popisuje jídlo všude jako hlavní stresový faktor: *„Řeknu to takhle, když máš nějakou třeba drogu a nemůžeš ji, tak se prostě od ní distancuješ... Kdežto to jídlo máš dennodenně na vočích, takže pro mě jsou občas stresové situace nějaký rauty, nějaký obrovský oslavy, kde je horda jídla... Takže tomu se snažím trošku jako omezovat nebo vyhybat no, jakože nejdu tomu úplně naproti. Takže tyhle ty situace mě stresují, kde je zbytečně moc, moc nabídek na jídlo (úsměv)... Nebo kde třeba nemůžu mít svůj program, abych si to jako přizpůsobila, tak možná to mě taky jako občas nedělá dobře...“*

Můžeme tedy říct, že pro osoby s mentální bulimií je jídlo něco jako závislost, které je velmi těžké odolávat. Odpověď respondentky M. také potvrzuje, že oslabená sebekontrola může být pro tyto osoby stresujícím faktorem. Respondentka P. dále zmiňuje jako významný rizikový faktor alkohol: *„Jo tak samozřejmě může k tomu přispívat značnou mírou ten alkohol...“* Vzhledem k tomu, že respondentka M. je profesionální atletkou, alkohol nepije, a díky tomu tato návyková látka neovlivňuje její onemocnění.

### **Posilování důvěry**

V této kategorii jsou obsaženy kódy, které vyjadřují, že je pro respondentky velmi důležité o problémech vzájemně komunikovat a snažit se pochopit jeden druhého. Kódy rovněž vyjadřují, jak partneři posilují svou důvěru ve vztahu.

**Do kategorie Posilování důvěry jsme zařadili kódy:** Komunikační klíč; Potřeba empatie; Útěk není řešení!

Respondentka M.: „*No, jako to se asi nedá nějak posilovat, prostě jsme k sobě upřímní a otevření... a komunikujeme, když je problém, tak ho komunikujeme hned a řešíme ho, neutíkáme před ním, a to si myslím, že je strašně důležitý...*“ Komunikace je tedy klíčem k pochopení se navzájem, a proto by člověk neměl mít strach o problémech mluvit nebo před nimi utíkat, což také potvrzuje odpověď respondentky P.: „*Jsou situace, kdy vlastně je těžké se pochopit navzájem, ale tu důvěru asi prohlubujeme tím, když o těch problémech jako mluvíme...*“ Respondentka M. také mluví o tom, že je pro ni velmi důležitá empatie ze strany partnera, aby byl schopen nahlížet na určité situace jiným pohledem: „*Myslím si, že je dobrý, že je potřeba aby věděl, co to je za nemoc, co to způsobuje se mnou... Jako myslím si, že jo, protože pak umí nahlídnout na ty věci jinak, proč se chovám tak či onak...*“

## Doporučení

Kódy této kategorie vyjadřují doporučení pro ženy, které mohou ve svém vztahu rovněž řešit problematiku PPP a nevědí, jak s ní naložit. Tato problematika bývá často bolavým tématem, a pro nemocné osoby je velmi těžké o něm mluvit. Doporučení vycházejí z vlastních zkušeností našich respondentek a mohou být přínosem nejen pro osoby s PPP, ale také pro jejich nejbližší.

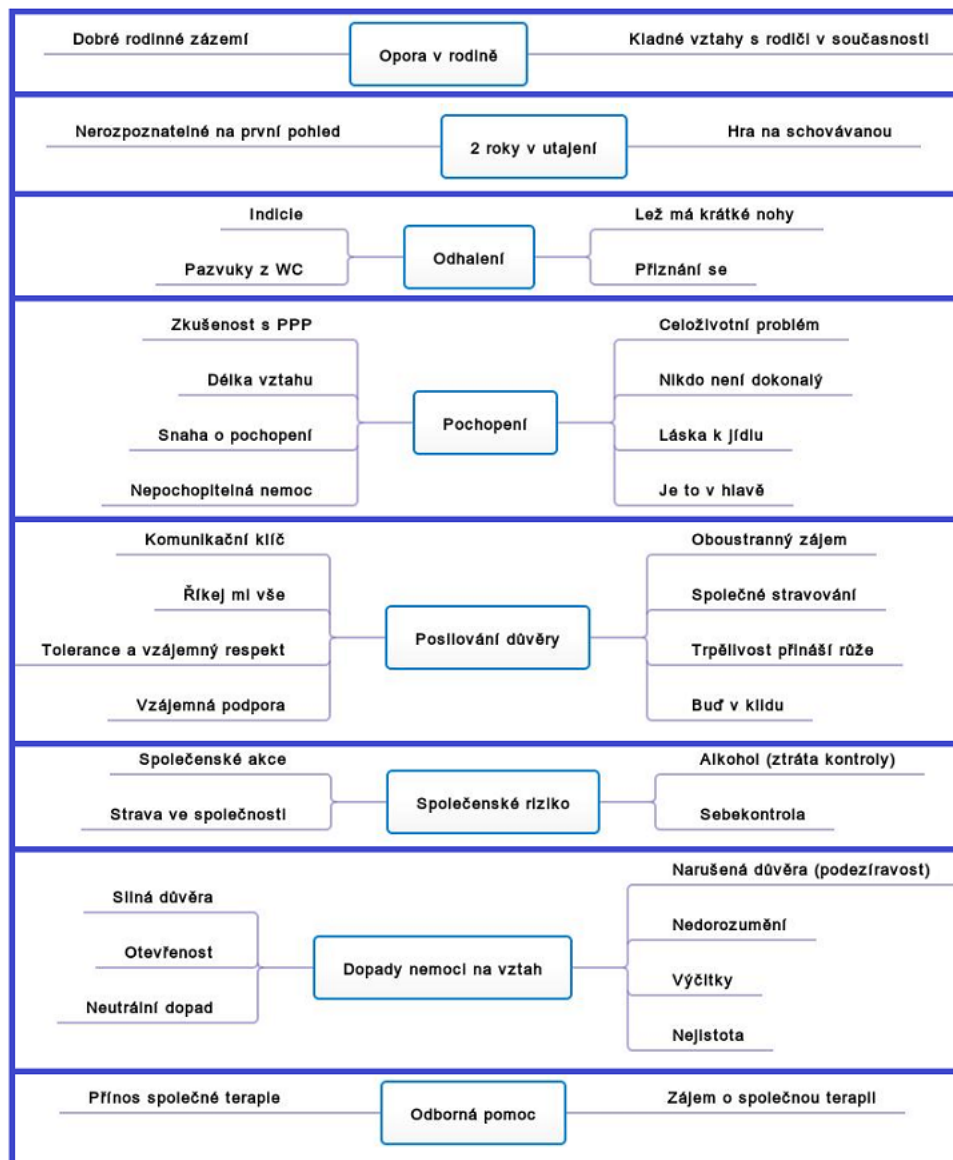
**Do kategorie Doporučení jsme zařadili kódy:** Společná terapie; Svěřit se partnerovi; Vysvětlit vlastní pocity; I malý pokrok je velké plus; Čím dříve, tím lépe!; Smířit se s nemocí; Hledat příčinu; Nemít výčitky; Vážít slova

Je důležité uvědomit si, že osoby, které trápí problémy s jídlem by měly chtít tyto problémy vyřešit ne kvůli svému příteli nebo rodině, ale hlavně kvůli sobě (Krch, 2008). Každý je zodpovědný za své chování, a proto by lidé s PPP neměly vyžadovat dohled od svého okolí, ale pouze pomoc a podporu. Jak už jsme zmiňovali v teorii, jedním ze základních klíčů, který vede k vytvoření hodnotného vztahu je cílevědomá komunikace. Partner by měl tedy chápat, proč se v určité situaci jeho partnerka chová neobvyklým způsobem, a případně co ji k takovému chování vedlo. Proto je důležité svěřit se svým problémem partnerovi a vysvětlit mu vlastní pocity, což potvrzuje odpověď respondentky P.: „*No, asi se o tom nebát mluvit, a snažit se to, jakoby vysvětlit z té svojí strany, i když myslím si, že ten druhý člověk to nikdy nepochopí... Ale hlavně zůstat v klidu a nehanit se vlastně za to, co se momentálně jako člověku třeba nepovede... Snažit se soustředit na to, že je spousta momentů, které jsou třeba fajn, a jakýkoliv malý pokrok může znamenat jako velké plus pro oba... Ale samozřejmě v tom vztahu jako je to, je to velký problém... Ale myslím si, že na tom jdou najít i pozitiva...*“

V této odpovědi můžeme také nalézt kódy I malý pokrok je velké plus a Nemít výčitky. Nikdo není stoprocentní, a pocit selhání se vždy může objevit. Proto by ho nemocní měli brát jako součást uzdravování se a jako možnost poučit se (Krch, 2008).

Krch (2008) dále zmiňuje, že pokud něco nevyjde, měli bychom se snažit porozumět tomu, proč to tak je (ne kdo za to může), což také doporučuje sama respondentka P.: *„Co mi teďka poradila třeba psycholožka tak vždycky si v té situaci, kdy třeba člověk má horší dny, tak si uvědomit, co je ten spouštěč, že vlastně tady tahle situace je pak jenom obranný, teda obranná reakce na to, co se třeba děje v momentálních dnech, že to nemusí být jako jeden spouštěč, ale že třeba člověk je nějak špatně rozpoložený ty dny, a tohle už je jenom pak výsledek, proč člověk jakoby třeba utíká tady tím směrem...“* Proto je vhodné snažit se hledat příčiny, které mohou vést k nepříjemným situacím. Respondentka také mluví o tom, že čím dříve začne člověk řešit svůj problém, tím lepší je to jak pro něho samotného, tak pro jeho okolí: *„Co mě napadá důležitého, že asi čím dřív to člověk začne řešit, tak tím líp, než jakoby přeroste nějaká ta hranice, kdy už člověk zjistí... Spíš, jako je dobré se s tím smířit, že ten problém už tu jako zůstane navždy, nebo jakože je třeba s tím pracovat celý život, že už to nikdy jakoby nezmizí...“* Poslední věta souvisí také s kódem Smířit se s nemocí, protože jak už vyplývá z odpovědí našich respondentek, PPP jsou celoživotním problémem a člověk, který jím trpí, by se měl s ním smířit a naučit se s takovým problémem pracovat. Respondentka M. také doporučuje společnou terapii jako velký přínos pro partnerský vztah, protože jen odborník, zabývající se problematikou PPP, dokáže vysvětlit zdravému člověku, co nemocný prožívá: *„Určitě bych zašla k té právě nebo bych vyhledala tu odbornou pomoc... a tam, když půjdou spolu, tak ta doktorka jim opravdu pomůže v tomhle, protože ten člověk, kterej je nemocnej, tak nedokáže jako racionálně to, tu nemoc popsat a to, co se s ním vlastně děje, kdežto ten doktor, ten to líp dokáže, si myslím, vysvětlit.“* Velmi častou příčinnou mentální anorexie i mentální bulimie bývá nevhodná poznámka ohledně postavy, váhy či vzhledu. Taková poznámka může vyvolat pocit méněcennosti a výrazně tak snížit sebevědomí dotčené osoby. Lidé si často neuvědomují, že slova mají moc, a některé se lidem mohou uhnízdít v hlavě, a nemocného pak po mnoho let šírají. Proto respondentka M. doporučuje, zejména partnerům nemocných žen, aby vážili slova a přemýšleli nad tím, co ze svých úst vypustí: *„To je tak maximálně pro chlapy, aby si dávali pozor na pusy, co říkají (smích)... Protože i občas malá hloupá poznámka může způsobit hodně, hodně zla, protože prostě každej jsme jinej a někdo je citlivější, vnímavější... Nevíme, co se v tom druhým odehrává, no prostě (úsměv)...“*





Obrázek 2 Schéma kategorií a kódů pro muže

### Opora v rodině

Podobně jako u našich respondentek, jsme v této kategorii shrnuli, jaké je rodinné pozadí jejich partnerů. Kódy vyjadřují, jak muži vzpomínají na své dětství a jaké jsou jejich současné rodinné vztahy.

**Do kategorie Opora v rodině jsme zařadili kódy:** Dobré rodinné zázemí; Kladné vztahy s rodiči v současnosti

Oba respondenti uvádějí, že jejich rodinné zázemí bylo a stále je skvělé. Na své dětství mají pouze kladné vzpomínky, své rodiče pravidelně navštěvují a mají s nimi velmi pěkný vztah. Respondent F.: *„Hele skvělý. Rodiče mi prostě jako dopřáli veškerýho sportu. Hrál jsem hokej, tenis, florbal. No prostě zkoušel jsem i jiný sporty jako vid'. Hrál jsem na kytaru, to mi nevyšlo (smích)... Jako myslím, že se moji rodiče postarali vo to, abych měl na co vzpomínat, abych prostě měl zážitky...“* Respondent také zmiňuje kladné vztahy v současnosti: *„S rodičema mám perfektní vztah, kdykoliv něco potřebuju zavolám prostě, oni mi pomůžou, vysvětlej, jako všechno... Prostě co se týče s rodičema vztah, jako to je fakt paráda...“* To také tvrdí respondent I.: *„Tak na dětství vzpomínám dobře, s rodiči mám dost dobré vztahy, neměli jsme nikdy žádný problém, ve všem mě podporovali, takže, já jsem v tomhle úplně v pohodě...“* Respondent F. má staršího bratra a mladší sestru, se kterými se pravidelně navštěvuje a jejich vztahy jsou také pozitivní. Respondent I. sourozence nemá.

## 2 roky v utajení

Tato kategorie nám říká, jak dlouho ženy tajily svůj problém před svými partnery. Kódy vyjadřují, že MB je onemocnění, které není schopný zdravý člověk zpočátku rozpoznat a identifikovat, pokud se s ním někdy v životě nesetkal.

**Do kategorie 2 roky v utajení jsme zařadili kódy:** Nerozpoznatelné na první pohled; Hra na schovávanou

Jak už jsme zmínili, pokud nemá zdravý člověk s PPP zkušenosti, je pro něho těžké odhalit, o jaký problém se vlastně jedná. Oba naši respondenti se shodují, že onemocnění je nerozpoznatelné na první pohled. Respondent F.: *„No a jak to člověk jako zjistí jo? No jako popravdě řečeno, to teda jsem to jako nějak pořádně nepozoroval no. Markéta byla šikovná a skrývala to docela dlouho...“* Dá se říct, že partnerky hrály tzv. *“hru na schovávanou“*, jelikož obě dokázaly svůj problém skrývat 2 roky partnerského soužití. Respondent F.: *„Podle mě, když jsme spolu začali chodit měla nějaký období, kdy se snažila, nebo kdy prostě to vypustila z hlavy a nepřejídala se a nezvracela a potom prostě, když jsme spolu začli chodit prostě tak vona, vona jako se držela celkem dobře, a potom třeba po roce a půl nebo dvou letech jsem to jako začal nějak zjišťovat no...“* To potvrzuje také odpověď respondenta I.: *„Tak, trvá nám asi 3 roky, a kdy jsem se dozvěděl to (přemýšlí), no tak před rokem zhruba (?), zhruba před rokem jsem se asi dozvěděl o tomhle, kdy se přiznala, po mém nátlaku...“*

## Odhalení

Kódy této kategorie vyjadřují, jak se partneři poprvé dozvěděli o MB a také, co je k tomuto odhalení přivedlo.

**Do kategorie Odhalení jsme zařadili kódy:** Indicie; Pazvuky z WC; Lež má krátké nohy; Přiznání se

Oba respondenti uvádějí, že před odhalením pravdy o nemoci, dostávali určité indicie, které jim napovídaly, že není něco v pořádku. Respondent F.: *„No já jsem říkal, že je něco divně, když byla plná lednička, a najednou byla prázdná dá se říct prakticky, a pak byla na záchodě jako a různý...“* Podobnou odpověď uvádí také respondent I.: *„No (smích)... tak už tam byly nějaké takové věci, které by měla vysvětlit a moc se jí to nedařilo, takže musela, musela se přiznat o co jde, protože jsem jí podezíral úplně snad ze všeho...“* S touto odpovědí také souvisí kód s názvem Přiznání se, který nám říká, že se ženy musely svěřit se svým problémem partnerům, vzhledem k okolnostem. Oba respondenti rovněž zmiňují, že jejich partnerky trávily příliš mnoho času na toaletě, odkud se ozývaly divné zvuky, proto také název Pazvuky z WC. Respondent F.: *„Ale pak jsem jako vždycky slyšel nějaký pazvuky, prostě ze záchodu (úsměv), jako říkal jsem si sakra co to je? Bylo to čím dál častěj...“* Respondent I. také zmiňuje, že je z tohoto důvodu ke své partnerce podezřívavý: *„Ale pak ji podezírám úplně ze všeho, pak jde na záchod a já už vidím úplně jinou scénu...“* Poslední kód nám říká, že se pravda nakonec vždy ukáže, a nelze tedy lhát donekonečna. Respondent F.: *„A vona jako mlží, jako ten člověk. Mám pocit, že se jako trošku stydí a mlží a potom jakoby už to nejde mlžit...“*

## Pochopení

Tato kategorie je velmi důležitá, abychom porozuměli tomu, jak onemocnění chápe zdravý člověk a zda je vůbec možné jej pochopit. Kódy vyjadřují, jaké faktory mají vliv na pochopení nemoci, a také jak nemoc partneři vnímají ze svého pohledu.

**Do kategorie Pochopení jsme zařadili kódy:** Zkušenost PPP; Délka vztahu; Snaha o pochopení; Nepochopitelná nemoc; Celoživotní problém; Nikdo není dokonalý; Láska k jídlu; Je to v hlavě

Můžeme říct, že na pochopení nemoci může mít vliv, zda se člověk někdy v životě setkal s onemocněním, a jestli má tedy zkušenost s PPP. Zde jsou odpovědi našich respondentů zcela odlišné. Respondent F. uvádí, že se ve svém životě setkal s lidmi, které trápil/trápi

podobný problém jako jeho partnerku, navíc uvádí, že se často jednalo o “bulimičky“: „*Jo, jako znám. Mám ve svém okolí. Spíš holky teda, o klucích nevím. Spíš holky to byly a těžko úplně jako poznat, jestli to byla mentální anorexie nebo bulimie, nebo prostě ono se to tak nějak prolíná podle mého názoru. Ale spíš jako to byly jako bulimičky, sportovkyně většinou to jsou, zajímavý vid' (?)*“ Naproti tomu, respondent I. s nikým takovým zkušenost nemá: „*Ty brd'o, to asi kromě Patricie nikoho neznám, jak tak uvažuju, osobně (?) určitě ne no...*“ Je tedy zřejmé, že každý z našich respondentů může vnímat nemoc odlišným způsobem. Další vliv na zvládnání nemoci a její chápání ve vztahu má délka vztahu. Jak už bylo zmíněno, délka vztahu u páru č. 1 je delší než délka u páru č. 2. Proto lze říct, že respondent F. měl více času na to, aby lépe pochopil nejen svou partnerku, ale také její onemocnění. Z odpovědí obou našich respondentů vyplývá, že se snaží o takové pochopení, ale někdy je to velmi obtížné. Respondent I.: „*Pro mě to je docela obtížné, se pochopit. Protože fakt pro mě je to úplně taková věc, kterou vůbec jako, které vůbec nerozumím... přijde mi to jako úplně šílenost tady toto, ale snažím se no, snažím se to pochopit...*“ S touto odpovědí také souvisí kód s názvem Nepochopitelná nemoc. Respondent F. zmiňuje, že se nelze vcítit do nemocného: „*Jako dokážu si představit se vcítit do někoho, kdo měl nebo má chřipku, protože jsem ji měl taky, ale nedokážu se vcítit takhle, jako fakt psychiatrická choroba se podle mě těžko uchopuje, těžko se do ní člověk vcítí, když to sám nezažije... a vůbec si nedokážu troufnout říct, co podobný lidi zažívaj no...*“ Respondent také vnímá nemoc jako celoživotní problém: „*Ale podle mě teda celej život to má pořád v hlavě, prostě pořád řeší jídlo, pořád člověk řeší jídlo...*“ Tato odpověď také souvisí s kódem Je to v hlavě, jelikož, jak už sám respondent uvádí, lidé s PPP myslí na jídlo poměrně často. Respondent dále mluví o určité lásce k jídlu: „*Má ráda jídlo, ona miluje jídlo prostě! Jo jako vychutnává si to jídlo že...*“ Navíc zdůrazňuje, že nikdo není dokonalý a chybu může udělat každý. Proto je pro partnery důležité, být na stejné lodi a snažit se plavat po proudu: „*Ale jsme na stejný lodi a nesnažíme se tu lod' překotit, snažíme se plavat po proudu dá se říct, i když někdy proti proudu. Vyhejbáme se nějakým těm zpátečním tokům a přežijm atd., snažíme se vybrat tu cestu, která prostě je nejpříjemnější, ale někdy samozřejmě přijdou ty zpětný toky...*“

### **Posilování důvěry**

Tato kategorie je zaměřená na posilování partnerské důvěry. Kódy popisují, co je pro partnery klíčové, aby svým partnerkám důvěřovali, a také vyjadřují doporučení pro ostatní muže, jejichž partnerky mají podobný problém.

**Do kategorie Posilování důvěry jsme zařadili kódy:** Komunikační klíč; Říkej mi vše; Tolerance a vzájemný respekt; Vzájemná podpora; Oboustranný zájem; Společné stravování; Trpělivost přináší růže; Buď v klidu

Stejně jako pro ženy, i pro muže je komunikace klíčem k vzájemnému pochopení se. Respondent F. ve své odpovědi také uvádí, že je důležitá tolerance a vzájemný respekt: „*Já si myslím, že to je jakoby klíč k tomu, aby se ten partnerskej vztah zachoval. Když spolu dva lidi nemluvej, tak i když jsou zdraví a nic jim není, tak vlastně to nikam nepovede jo... Ta komunikace, vzájemnej respekt, důvěra je vlastně klíčová v partnerským vztahu jako a nemusí tam být člověk ani nemocnej... a to je to, tady ten dvojnásobek patří, když jako prostě ten člověk má nějakej problém se závislostí na jídle, nebo s tou mentální bulimii.*“ Respondent I. zdůrazňuje, že je pro něj důležité, aby mu jeho partnerka říkala o všem, co se týká jejího onemocnění: „*No, tak já bych chtěl o tom mluvit, ať mi toho teda říká mnohem více než mi říká, ale podle mě nechce (smích), ale ona říká právě opak, takže těžko, těžko říct no... Já bych teda chtěl, ať se mi ke všemu přiznává, ať prostě vím přesně, kdy to na ni jde, kdy ne, ale to si myslím, že zas tak úplně není no...*“ Respondent F. také mluví o potřebě společného stravování, jako možnost vzájemné komunikace: „*Co jsem jako chtěl, aby se naučila ještě víc, aby prostě jedla jako víc se mnou no, jakože víc jí sama než se mnou... Taky je to způsobený tím, že má nějakej trénink, že jo a prostě potřebuje se najíst a já třeba nemám hlad, takže se nají sama, ale pak že jo třeba večere bychom mohli mít společně, a to jako občas máme zvlášť, což mě jako mrzí, protože prostě si můžeme sednout ke stolu, popovídat si vid'...*“

Oba respondenti se shodli, že je důležitá Vzájemná podpora a také Oboustranný zájem. Respondent I.: „*Snažit se nějak pomoci, ale vždycky musí chtít jakoby ten člověk, který tím trpí jo, když nechce, což Patricie teda chce, takže to je jakoby dobrý... nebo jako doufám teda... Takže hlavně klídek no...*“ Tato odpověď také souvisí s kódem Buď v klidu, což rovněž doporučuje respondent F.: „*Určitě bych jim doporučil, aby byli tolerantní, aby sledovali jakoby řeč těla, aby prostě nebyli agresivní hlavně, aby byli spíš, jako aby měli sklony jim pomáhat prostě těm lidem, jakoby neříkat jim udělej A, udělej B, udělej C a řekni A... Jako prostě rozumíš jo, prostě netlačit na ně, vyhýbat se stresovým situacím, protože podle mě stres to úplně zhoršuje. Takže bejt jako klidnej, bejt prostě na tý jedný lodi a tu loď se snažit rozpadlovat správným směrem a né ji prostě překotit no...*“ Respondent I. závěrem doporučuje, že je důležité být trpělivý, protože jak se říká “Trpělivost přináší růže”: „*Ať mají trpělivost hlavně, protože tu jsem postrádal... Bez toho to snad ani nejde no...*“

## Společenské riziko

V této kategorii se opět zaměřujeme na rizikové situace ve společnosti, ale nyní pohledem mužů. Kódy vyjadřují, jaké situace považují partneři za rizikové, a také jestli má onemocnění vliv na jejich sociální život.

**Do kategorie Společenské riziko jsme zařadili kódy:** Společenské akce; Strava ve společnosti; Alkohol (ztráta kontroly); Sebekontrola

Respondent I. uvádí, že stejně jako jeho partnerka i on považuje za velké riziko Společenské akce: *„Tak rizikové za mě určitě nějaké akce. Jo, tam kde prostě je plno jídla...“* Tato odpověď také souvisí s odpovědí respondenta F., který uvádí jako rizikový faktor stravu ve společnosti: *„Ale jako samozřejmě, občas když jdeme někam na návštěvu a ona jako už jedla a ví, že třeba na tu návštěvu jdeme, tak jí říkám, hele nejez, půjdeme na návštěvu, a pak tam nebudeš jíst a vona no já nevím, jestli tam něco bude, tak se tady raději najím, a kdyžtak si dám malinko jenom. Tak to mě trochu jakoby štve, víš co tak jako oni se s tím dělaj, a pak tam jakoby nic nesníš a víš o tom, že tam jdeme, někam na návštěvu nebo někam na večeři... a tak to mě jako mrzí no...“* Dalším významným rizikovým faktorem u páru č. 2 je alkohol. Respondent I. ho popisuje jako rizikový faktor hlavně proto, že po jeho konzumaci partnerka ztrácí kontrolu nad svým jednáním: *„Vždycky jak si dá nějaký alkohol tak, tak už přestává jakoby vědět co, co si může sníst, kolik toho může sníst, a prostě začne všechno, začne všechno pořádat no...“* Poslední kód vyjadřuje, jak muži vnímají jídelní chování svých partnerek. Zde se oba shodují, že je pro ženy důležité kontrolovat toto chování ve společnosti. *„Musí si dávat pozor na to co jí...“*

## Dopady nemoci na vztah

Kódy této kategorie vyjadřují, jak muži vnímají dopady onemocnění na partnerský vztah.

**Do kategorie Dopady nemoci na vztah jsme zařadili kódy:** Silná důvěra; Otevřenost; Neutrální dopad; Narušená důvěra (podezíravost); Nedorozumění; Výčitky; Nejistota

Respondent F. popisuje, že je díky nemoci důvěra ve vztahu silnější: *„Myslím si, že po tý době, co spolu žijeme, tak už vlastně víme, tu důvěru máme nějakou a jako samozřejmě můžem se nějak překvapit něčím, ale když bych měl vypsát nějaký konkrétní body, jak tu důvěru pořád jako budovat, to nemáme nic takovýho, hele důvěřujeme si...“* Respondent I. vnímá jako pozitivní dopad nemoci otevřenost: *„V tom, že jsme více otevření, tak jo... Ale Patricie to těžce snáší no, prostě někdy vyletím (smích), no tak asi tak...“* Respondent I. dále

popisuje spíše negativní dopady nemoci na partnerský vztah, jedná se o nedorozumění, výčitky a nejistotu. Celkově popisuje narušenou důvěru jako negativní dopad, jelikož je vůči své partnerce často podezřivý. „*Pozitivní (?) (smích) ... to je těžko. Tak negativní to určitě... Pak se člověk bojí kdekoliv zajít, aby se to náhodou neodehrávalo, je to prostě těžké no... Pak už úplně podezírám, někdy si úplně říkám až úplně jako šíleně, že prostě cokoliv Patricie udělá, jde se na záchod vyčůrat, tak já už, už jsem celý nervózní, našťvaný, bůh ví co tam dělá... jo, a pak mi to vysvětluje, samozřejmě tomu nevěřím, protože další věci mi potom taky kecá a takže za mě je to spíše jako negativní no... Snažíme se nějak s tím jako žít no nebo já hlavně... Patricie, ta už je v tom znalejší (úsměv)...*“ Respondent F. vnímá dopady nemoci jako neutrální. Popisuje nemoc jako zkušenost, která není pozitivní ani negativní a je součástí jejich partnerského života. „*Hmmm... Já vůbec jako no rozumím otázce, pozitivní, negativní dopady nemoci na náš vztah, hele já si myslím, že člověk, kterej je, jako ví co to je, a pozná tu nemoc, ten partner prostě, tak... ty lidi jsou jako v uvozovkách normální, to je blbý slovo, že jo (?), protože co je normální... Tak jako nevím, co by bylo pozitivní ani negativní jako prostě žijeme! Žijeme obyčejnej, podle mého názoru normální život jako život, který žijou třeba jiní lidi a jako nehádáme se kvůli tomu... Myslím si jako, že negativní ani pozitivní přínos tady toho, ta nemoc nemá jako žádný, jako záleží, jako někdy třeba jako, že by to nějak ztmelovalo nebo neztmelovalo, prostě žijeme! Je to součástí našeho života, našeho partnerskýho života a je to součást a takhle prostě my žijeme prostě no... Není to žádný, není tam žádný pozitiva ani negativa prostě... Nevybavuju si nic, co by bylo přínosem ani jako opakem něco negativního...“*

### **Odborná pomoc**

V této kategorii se zajímáme o to, jak muži vnímají pomoc odborníka, a zda někdy zkusili společnou terapii, aby lépe pochopili své partnerky a jejich onemocnění.

**Do kategorie Odborná pomoc jsme zařadili kódy:** Přínos společné terapie; Zájem o společnou terapii

Oba naši respondenti uvádějí, že jejich partnerky podstoupily nějakou psychoterapii v minulosti. „*Markéta měla, dokonce i ležela někde v tý Motole myslím... takže nějaká pomoc tam byla. Ona měla nějakou psychoterapeutku jako která jí neléčila, to není asi jako taková léčba, spíše bych to nazval jako psychohygienu..., a prošla si různějma terapeutickějma dýchánkami, takže určitě no...*“ Respondent F. také mluví o přínosu společné terapie, kterou se svou partnerkou absolvoval: „*Byli jsme i spolu, to víš, že jsme byli spolu. Ono to je*

*přínosný pro oba dva lidi. Člověk pochopí tu nemoc a (...) pochopí tu nemoc, dá se říct. Slyší to od odborníka, slyší to, jak by člověk měl k tomu přistupovat, k tomu nemocnému člověku, a jak se v určitých situacích chovat. Takže určitě je to přínosem.*“ Naproti tomu pár č. 2 společnou terapii zatím nepodstoupil, ale jak sám respondent uvádí, jeho partnerka pravidelně navštěvuje poradnu, která se věnuje problematice PPP. „*Patricie teda chodí, já, já teda ne (.) s ní, což mi teda vyčítá, ale tyjo nevím no... Nevím, jestli by nám to pomohlo, protože fakt já o tomhle tématu se strašně nerad bavím s někým, a to s kýmkoliv, a proto se toho asi bojím... Nevím ani proč vlastně, možná to přijde...*“ Z odpovědi respondenta I. vyplývá, že má zájem o společnou terapii, ale má strach o nemoci mluvit s cizím člověkem.



## 6 INTERPRETACE DAT

Na základě rozhovorů s našimi respondenty jsme si zodpověděli výzkumné otázky, které jsme stanovili na začátku výzkumného šetření. Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zjistit, jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy. Dílčími výzkumnými cíli bylo odkrýt, čím byla narušena partnerská důvěra, zjistit, zda existují rozdíly ve vnímání nemoci z pohledu muže a ženy, odhalit, jaké situace jsou pro partnery nepříjemné a také zjistit, jak tyto poruchy ovlivňují jejich osobní a společenský život. Celkově nás zajímaly pozitivní a negativní dopady nemoci na partnerský vztah a jaká jsou možná doporučení z pohledu respondentů.

Na základě těchto cílů byly stanoveny hlavní a dílčí výzkumné otázky:

Hlavní výzkumná otázka:

**Jak ovlivňují poruchy příjmu potravy partnerské vztahy?**

Dílčí výzkumné otázky:

- **Jak mentální bulimie ovlivnila vzájemnou důvěru partnerů?**
- **Jaké jsou rozdíly ve vnímání nemoci z pohledu muže a ženy?**
- **Jak nemoc ovlivňuje společenský život partnerů, jaké situace považují za rizikové a proč?**
- **Jaké jsou pozitivní a negativní dopady nemoci na partnerský vztah?**
- **Jaká doporučení pro zvládnutí nemoci ve vztahu respondenti uvádí?**

### **Jak mentální bulimie ovlivnila vzájemnou důvěru partnerů?**

Všichni naši respondenti se shodují na tom, že byla jejich partnerská důvěra narušena tím, že ženy svůj problém tajily dva roky partnerského života. Respondent I. uvádí, že je proto pro něj obtížnější důvěřovat své partnerce, a proto je k ní také často podezřívavý.

*„Náhodné zjištění onemocnění partnerky (např. přistižení při zvracení, při vyhazování jídla považovaného za snědené atd.) většinou přinese velké překvapení a pocit podvedení a zklamání, že před ním partnerka něco takového tajila a svým způsobem byl klamán.“ (Černá, 2008, s. 22)*

Jak respondent F., tak respondent I. se o nemoci dozvěděli náhodou, a proto byla jejich důvěra narušena. Jak uvádí Černá (2008), reakce partnera hodně závisí na jeho informovanosti o nemoci. Můžeme tedy říct, že respondent F. je lépe informovaný o problematice PPP, jelikož, jak sám uvádí, má zkušenost s touto problematikou a se svou partnerkou podstoupili společnou terapii. Říká, že své partnerce nemůže důvěřovat skrz toho, že ji ovládá nemoc. Celkově chápe nemoc jako závislost. Oproti tomu respondent I. zkušenost s PPP nemá, a proto je pro něj obtížné tuto problematiku pochopit, a jak sám uvádí jeho prvotní reakce byly velmi impulzivní.

Černá (2008) také uvádí, že na rozložení sil ve vztahu, na míru kontroly, na stupeň závislosti jednoho na druhém a na přebírání odpovědnosti partnerem má vždy vliv to, jak nemoc vnímá sama partnerka (zda si uvědomuje své onemocnění, zda je aktivní v léčbě, atd.) a také její partner. Jen vzácně se může podařit oddělit vztah od nemoci.

Z odpovědí našich respondentů vyplývá, že tato nemoc ovlivnila partnerskou důvěru pozitivně i negativně. Za nejvýznamnější ovlivnění lze považovat to, že je důvěra partnerů silnější, a díky tomu jsou k sobě otevřenější.

### **Jaké jsou rozdíly ve vnímání nemoci z pohledu muže a ženy?**

Jak už jsme zmiňovali v teoretické části bakalářské práce, správné porozumění, ocenění a respektování našich rozdílů, je jeden z klíčů k vytvoření hodnotových vztahů (Gray, 2020). Je tedy zapotřebí, aby si partneři tyto rozdíly uvědomovali, aby mohlo dojít k vzájemnému pochopení.

Z odpovědí našich respondentů jasně vyplývá, že je pro zdravě uvažujícího člověka těžké pochopit, co nemocný prožívá, jak se cítí a proč má potřebu neustále myslet na jídlo. Oba naši respondenti uvedli, že jejich rodinné zázemí bylo skvělé, a v rodičích měli a stále mají

oporu. Naproti tomu jejich partnerky uvedly narušené rodinné vztahy, které mohly mít vliv na jejich sebevědomí, tudíž i na vznik mentální bulimie. Jak uvádí Jendruchová (2020), vztahy v rodinách, kde se poruchy příjmu potravy vyskytují bývají často dysfunkční. Zde můžeme spatřovat první rozdíl ve vnímání nemoci, jelikož u mužů nedošlo k oslabení sebevědomí v období dospívání, a proto nemohou pochopit pocity méněcennosti jejich partnerek.

Jak sám respondent F. uvedl, jako zdravě uvažující člověk se nemůže vcítit do své partnerky, ale může se snažit pochopit její poruchu, a tím porozumět, proč se v určitých situacích chová neobvyklým způsobem. Zde můžeme vidět další rozdíl ve vnímání nemoci u páru č. 1, který, na rozdíl od páru č. 2., absolvoval společnou terapii, kterou považují oba partneři za velký přínos pro pochopení se navzájem. Respondent F. rovněž uvádí, že má zkušenost s PPP, zejména s MB ve svém okolí, a proto na nemoc nahlíží jiným způsobem než respondent I.

Celkově můžeme říct, že muži i ženy vnímají nemoc, jako součást jejich partnerského soužití, o které je důležité komunikovat a stále s ní pracovat.

### **Jak nemoc ovlivňuje společenský život partnerů, jaké situace považují za rizikové a proč?**

Osobní a společenský život osob, které se přejídají, nesmírně trpí. Svě přejídání a následné zvracení či užívání laxativ většina lidí tají, protože se za svou poruchu stravování stydí, a díky tomu se izolují od ostatních. Velká část běžného společenského života se točí kolem jídla a jeho konzumace. Přátelé se potkávají v restauracích či v barech. Rodiny se scházejí na různých oslavách. Všechny tyto běžné situace představují pro někoho, kdo se přejídá, problém, a v některých mohou vzbuzovat strach. Typickou reakcí je snaha se těmito situacím úplně vyhnout, a tím se zcela odříznout od „normálního“ společenského života (Cooper, 2014).

Jak už jsme zmínili, obě naše respondentky uvádějí, že jsou pro ně rizikové právě takové situace, kde je příliš mnoho nabídek na jídlo. Na tom se také shodují jejich partneři. Kreh (2008) uvádí, že záchvaty přejídání nejčastěji spouštějí situace, které jsou nějak spojené s jídlem.

Respondentka P. a respondent I. navíc považují za největší rizikový faktor alkohol, díky němuž respondentka ztrácí kontrolu nad svým jednáním. Ne nadarmo se říká „*Dobrý sluha, ale zlý pán*“ nebo „*všeho moc škodí*“. Vždy záleží na okolnostech, resp. míře. Každá věc tedy může být dobrá i špatná, podle toho, v jaké míře se nám jí dostává. Problém je v tom,

že u osob s MB může jedna závislost podpořit druhou, případně ji nahradit, a proto by se měli nemocní alkoholu spíše vyhýbat (Krch, 2008).

*„Partner osoby s MB je vystaven náhlým výkyvům nálady podle toho, jestli se jí daří mít nad jídlem kontrolu, nebo ji ztrácí. Obvyklým terčem podrážděných reakcí jsou právě partneři a jejich společenský život je vydán na milost partnerčině poruše příjmu potravy. Společenský a osobní život osob, které se přejídají, se mění s tím, jak se jim daří poruchu překonat.“* (Cooper, 2014, s. 34)

Z odpovědí našich respondentů jasně vyplývá, že mentální bulimie ovlivňuje jejich společenský život. To však neznamená, že by se měli lidé trpící některým z druhů PPP vyhýbat společnosti, protože potřeba sociálního kontaktu je považována za základní sociální potřebu, která patří k podstatě člověka jako tvora společenského (Čes a slov Psychiatr, 2014).

Je tedy důležité, aby se nemocní naučili pracovat se svou poruchou a nenechat ji, aby je ovládala.

### **Jaké jsou pozitivní a negativní dopady nemoci na partnerský vztah?**

Délka vztahu a věk jedinců má významný vliv na zvládnutí přítomnosti poruchy příjmu potravy v partnerském vztahu (Černá, 2008).

Jak už jsme zmínili, pár č. 1 je ve svém vztahu zhruba šest let, a pár č. 2 teprve tři roky. Z odpovědí mužských respondentů vyplývá, že respondent F. má větší pochopení pro svou partnerku i její onemocnění. Sám uvádí, že je nemoc součástí jejich partnerského života, a nevnímá její dopady jako pozitivní či negativní. Respondent sice neuvedl konkrétní pozitivní dopad na jejich partnerský vztah, ale on i jeho partnerka se shodují, že díky nemoci je jejich partnerská důvěra silnější a nemají tak před sebou žádná tajemství, zkrátka jsou k sobě otevřenější. Jediné negativum, které vyplývá z odpovědí tohoto páru je časté nedorozumění, ke kterému ale dochází v každém vztahu. Proto je důležité o jistých nesrovnalostech vzájemně komunikovat.

V odpovědích páru č. 2 nacházíme spíše negativa než pozitiva. Oba partneři popisují negativní dopady, jimiž jsou výčitky, nejistota a podezíravost ze strany partnera. Z odpovědi respondenta I. vyplývá, že nemá příliš mnoho informací o PPP, a proto nemůže pochopit jak svou partnerku, tak její onemocnění. Pro tento pár by tedy bylo vhodné zvážit absolvování společné terapie, kterou popisuje pár č. 1 jako přínos k vzájemnému pochopení se. Respondent F. i jeho partnerka uvádějí, že právě odborník, zabývající se problematikou PPP,

dokáže vysvětlí zdravému člověku, co je MB, a případně jak k této nemoci nebo nemocnému člověku přistupovat. Pozitivním dopadem, stejně jako u prvního páru, je u páru č. 2 otevřenost a vzájemné poznání se.

Onemocnění partnerky je pro oba dva zátěžovou situací. Jak už bylo zmíněno v teoretické části bakalářské práce, čím je vztah stabilnější a čím jsou oba partneři zralejší, tím větší šance je, že společně překonají i tuto zákeřnou nemoc (Černá, 2008).

### **Jaká doporučení pro zvládání nemoci ve vztahu respondenti uvádí?**

Obě respondentky se shodují na tom, že je důležité o problému s partnerem mluvit, a především nebát se mu o něm říct. Respondentka P. zdůrazňuje, že čím dříve začne člověk tento problém řešit, tím lépe pro něho i pro jeho okolí. Pro obě respondentky je důležité vysvětlovat nemoc svým partnerům ze svého pohledu, aby pochopili, jak se cítí, a co prožívají. Jak už bylo zmíněno pár č. 1 podstoupil společnou terapii, kterou také doporučují oba respondenti tohoto páru, aby se partneři, řešící podobnou problematiku, dokázali pochopit a najít vhodnou cestu k řešení. Respondentka M. také upozorňuje na to, aby muži vážili svých slov, protože jakákoliv nevhodná poznámka ohledně jídla, postavy či vzhledu může být pro ženy zraňující. Jendruchová (2020) uvádí, že je pro nemocné důležité vyhýbat se jakýchkoliv poznámek ohledně vzhledu.

Respondent I. doporučuje, aby byli muži trpěliví a zachovali klidnou hlavu. Dále také zdůrazňuje, že je důležitý oboustranný zájem, který je klíčem k vyřešení jakéhokoliv problému ve vztahu.

Respondent F. rovněž doporučuje zachovat klid, a hlavně být vůči nemocným lidem tolerantní a empatický. Doporučuje, aby se partneři snažili pomáhat svým partnerkám, ale netlačili na ně. Jak uvádí Černá (2008), někdy se může stát, že partner ve své snaze co nejrychleji pomoci, přebírá za partnerku odpovědnost – rozhoduje za ni, přebírá iniciativu v léčbě. Ale jedinou cestou z poruchy příjmu potravy je převzetí odpovědnosti za rozhodnutí léčit se samotnou nemocnou. Nikoho tedy nelze nutit k léčbě, člověk vždy musí chtít sám kvůli sobě.

## ZÁVĚR

Každý člověk se ve svém životě potýká s různými problémy. Poruchy příjmu potravy bývají často nerozpoznatelné na první pohled, a i když se člověk může tvářit, že je u něj vše v pořádku, jeho duše může pociťovat prázdnotu.

Cílem naší práce bylo zjistit, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují partnerské vztahy. Naším záměrem bylo především ukázat zákeřnost těchto poruch, shodné aspekty, podobné myšlení partnerů i partnerek, prožitky a celkové vnímání nemoci. Smyslem této bakalářské práce je pochopit nejen nemocné, ale také jejich partnery a inspirovat tím jiné páry, kteří se ve svém vztahu mohou setkat s podobnými problémy.

Bakalářská práce se v teoretické části kromě vymezení PPP, zabývá možnostmi prevence, sociálními a kulturními faktory, které jsou důležité pro uvědomění si, proč tyto poruchy vznikají, a také jsou zde popsány důležité aspekty k vytvoření hodnotného partnerského vztahu. V praktické části se poté věnuje výzkumnému šetření, které bylo pojato kvalitativně. Výzkumný soubor tvoří dva partnerské páry, kteří ve svém vztahu řeší problematiku PPP. Konkrétně jde o mentální bulimii a vyskytuje se u žen. Polostrukturovanými rozhovory jsme získali vzhled do průběhu vztahu. Zajímalo nás, jak MB vnímají muži a ženy, jak porucha ovlivňuje jejich partnerský vztah, a co je pro partnery důležité, aby si vzájemně důvěřovali skrz zrádnost onemocnění. Názory mužů i žen se víceméně shodovaly, ovšem je potřeba brát v úvahu, že délka vztahu každého páru je jiná, a proto můžeme spatřovat určité rozdíly v chápání nemoci.

Při vyhodnocování rozhovorů z odpovědí vyplynulo, že poruchy příjmu potravy ovlivňují partnerské vztahy jak pozitivně, tak negativně. Za pozitivum lze považovat silnější důvěru a otevřenost, protože právě odhalení MB způsobilo, že si partneři svěřili i své nejstinnější stránky. Negativní ovlivnění představuje celkově narušená důvěra, a s ní spojená nejistota související s častými výkyvy nálad žen. Jelikož se partneři o nemoci dozvěděli až po dvou letech partnerského soužití, je pro ně obtížnější, v některých situacích, svým partnerkám důvěřovat. Nicméně z výzkumu také vyplývá, že pokud odhlédneme od těchto problémů, je názor respondentů i respondentek spíše pozitivní a můžeme tedy říct, že onemocnění spíše jejich partnerský vztah posílilo. Získaná data byla zpracována pomocí otevřeného kódování a následně analyzována. Výsledky provedeného výzkumného šetření jsou interpretovány v interpretaci dat.

Poruchy příjmu potravy bývají často tabuizovaným tématem. Žijeme ve světě, který značně ovlivňují technologie, sociální sítě a média. To vše má vliv na děti, dospívající, ale také na dospělé osoby. Převážně sociální sítě jako Facebook nebo Instagram často způsobují, že se lidé porovnávají s ostatními, a díky tomu ztrácí svou identitu, čímž zapomínají na svou hodnotu. Právě tato touha – být někým jiným, může u řady lidí vyvolat pocit nedokonalosti, který souvisí se vznikem PPP. Proto jsou tyto poruchy aktuálním tématem, které je zapotřebí řešit.

Byla bych ráda, aby tato bakalářská práce byla přínosem pro všechny, kdo už se někdy setkal s člověkem, který se potýká s anorexií nebo bulimií, a pomohla tak těmto lidem, jak s dotyčným komunikovat, respektive najít vhodná slova. Také bych byla ráda, kdyby si nejen partneři, ale i blízké okolí nemocných uvědomili, že jakmile se lidem zaseje semínko poruchy v hlavě, je tam už navždy. Zároveň bych byla ráda, kdyby byla práce přínosem pro nemocné osoby, aby si uvědomily, že nemusí být na anorexii či bulimii samy, a že je zapotřebí tyto poruchy řešit, protože zdraví je to nejcennější, co člověk má, a většinou si neuvědomujeme co máme, dokud to neztratíme.

**SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY**

1. COOPER, Peter J., 1995. Mentální bulimie a záchvatovité přejídání: jak se uzdravit. Olomouc: Votobia. ISBN 80-85885-97-2.
2. COOPER, Peter J., 2014. Bulimie a záchvatovité přejídání: jak je překonat. Praha: Portál. Rádci pro zdraví. ISBN 978-80-262-0706-1.
3. DANZER, Gerhard, 2001. Psychosomatika: celostný pohled na zdraví těla i duše. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 80-7178-456-7.
4. FRAŇKOVÁ, Slávka a Věra DVOŘÁKOVÁ-JANŮ, 2003. Psychologie výživy a sociální aspekty jídla. Praha: Karolinum. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0548-1.
5. GAVORA, Peter, 2010. Úvod do pedagogického výzkumu. 2., rozš. české vyd. Přeložil Vladimír JŮVA, přeložil Vendula HLAVATÁ. Brno: Paido. ISBN 978-80-7315-185-0.
6. GRAY, John, 2020. Muži, ženy a partnerské vztahy: smíření s opačným pohlavím. Přeložil Radka KNEBLOVÁ. Praha: Dobrovský. Knihy Omega. ISBN 978-80-7585-539-8.
7. HALL, Lindsey a Leigh COHN, 2003. Rozlučte se s bulimií. Brno: ERA Group. Psychopradna. ISBN 80-86517-60-8.
8. JENDRUCHOVÁ, Michala a Eliška NEHYBKOVÁ, 2020. Jídlo není nepřítel: skutečné příběhy anorexie s komentářem a vysvětlením psycholožky Elišky Nehybkové. V Praze: Grada. ISBN 978-80-271-0296-9.
9. KRCH, František David, 2005. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.
10. KRCH, František David, 2010. Mentální anorexie. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-807-4.
11. KRCH, František David, 2008. Bulimie: jak bojovat s přejídáním. 3., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada. Psychologie pro každého. ISBN 978-80-247-2130-9.
12. LOVASOVÁ, Lenka, 2005. Láska a partnerství. Praha: Sdružení Linka bezpečí.
13. MIDDLETON, Kate a Jane SMITH, 2013. První kroky z poruchy příjmu potravy. Uhřetice: Doron. První kroky (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.



14. MIOVSKÝ, Michal, 2006. Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 80-247-1362-4.
15. PAPEŽOVÁ, Hana, ed., 2010. Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. Praha: Grada. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.
16. PAPEŽOVÁ, Hana, 2018. Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: interdisciplinární a transdiagnostický pohled. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4904-7.
17. PROCHÁZKOVÁ, Lenka a Jana SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, 2017. Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat. Praha: Pasparta. ISBN 978-80-88163-46-6.
18. PRŮCHA, Jan, Eliška WALTEROVÁ a Jiří MAREŠ, 2009. Pedagogický slovník. 6., aktualiz. a rozš. vyd. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-647-6.
19. ŠPATENKOVÁ, Naděžda, 2006. Jak řeší rodinné krize moderní žena. Praha: Grada, 2006. Pro moderní ženu. ISBN 80-247-1567-8.
20. ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ, 2007. Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.
21. TRAPKOVÁ, Ludmila a Vladislav CHVÁLA, 2017. Rodinná terapie psychosomatických poruch: rodina jako sociální děloha. Vydání třetí. Praha: Portál. ISBN 978-80-262-0523-4.
22. VÁGNEROVÁ, Marie, 2002. Psychopatologie pro pomáhající profese: variabilita a patologie lidské psychiky. Vyd. 3. Praha: Portál. ISBN 80-7178-678-0.
23. VÁGNEROVÁ, Marie, 2005. Základy psychologie. Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0841-3.
24. VAŠINA, Lubomír, 2008. Základy psychopatologie a klinické psychologie. Brno: Institut mezioborových studií. ISBN 978-80-87182-00-0.
25. WILLERTON, Julia, 2012. Psychologie mezilidských vztahů. Praha: Grada. Z pohledu psychologie. ISBN 978-80-247-3924-3.
26. WILLI, Jürg, 2011. Psychologie lásky: osobní rozvoj cestou partnerského vztahu. Vyd. 2. Praha: Portál. Spektrum (Portál). ISBN 978-80-7367-895-1.

## JINÉ ZDROJE

1. Centrum Anabell: Výroční zpráva 2018 [online]. Občanské sdružení Anabell, 2019 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: [www.anabell.cz](http://www.anabell.cz)
2. ČERNÁ, Ria. O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery [online]. Praha: Občanské sdružení Anabell, 2008 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: [http://knihovna.anabell.cz/components/com\\_jshopping/files/demo\\_products/o-poruchach.pdf](http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/o-poruchach.pdf)
3. HOPWOOD, Christopher J., Analesa N. CLARKE a Marisol PEREZ. Pathoplasticity of Bulimic Features and Interpersonal Problems. *International Journal of Eating Disorders* [online]. Wiley Periodicals, 2007, 3 July 2007, 40(7), 652–658 [cit. 2022-04-17]. ISSN 02763478. Dostupné z: [doi:10.1002/eat](https://doi.org/10.1002/eat)
4. KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. Příručka pro zdravotníky: aneb Různé tváře poruch příjmu potravy [online]. Brno: Občanské sdružení Anabell, 2013 [cit. 2022-04-16]. ISSN 978-80-905436-5-2. Dostupné z: [http://www.anabell.cz/images/obr/1422624822\\_prirucka-pro-zdravotniky.pdf](http://www.anabell.cz/images/obr/1422624822_prirucka-pro-zdravotniky.pdf)
5. KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi* [online]. 2007, 4(10), 420-422 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: [https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200710-0008\\_Poruchy\\_prijmu\\_potravy.php](https://www.medicinapropraxi.cz/artkey/med-200710-0008_Poruchy_prijmu_potravy.php)
6. PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy u sportovců. In: *ČT Sport: Téma pro hosty ČT sport. TV. iVysílání, ČT Sport*, 5. března 2019, 13.35. [cit. 2022-04-16]. Dostupné také z: <https://www.ceskatelevize.cz/porady/10127554193-tema-pro-hosty-ct-sport/219471290230010/>
7. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy – mentální anorexie a bulimie [online]. 4. 2009 [cit. 2022-04-16]. Dostupné z: [http://www.neumm.cz/public/img/neumm\\_09\\_1-2/pdf/navratilova\\_hamrova\\_bulimie.pdf](http://www.neumm.cz/public/img/neumm_09_1-2/pdf/navratilova_hamrova_bulimie.pdf)
8. SLÁDKOVÁ, Iva. Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných. *Psychologie dnes* [online]. 2005, 11(7/8), 22-25 [cit. 2022-04-16]. ISSN 1212-9607. Dostupné z: <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/psychologie-dnes>

9. TYLOVÁ, Václava, Hana KUŽELOVÁ a Radek PTÁČEK. EMOČNÍ A SOCIÁLNÍ OSAMĚLOST V ETIOLOGII A LÉČBĚ DUŠEVNÍCH PORUCH. Čes a slov Psychiatr [online]. 2014, 110(3), 151-157 [cit. 2022-04-17]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=959>

**SEZNAM POUŽITÝCH SYMBOLŮ A ZKRATEK**

BMI Body mass index

DSM Diagnostický a statistický manuál duševních poruch

EDNOS Nespecifikované poruchy příjmu potravy

MA Mentální anorexie

MB Mentální bulimie

MKN Mezinárodní klasifikace nemocí

NES Syndrom nočního přejídání

PPP Poruchy příjmu potravy

atd. a tak dále

např. například

tj. to je

## SEZNAM OBRÁZKŮ

Obrázek 1 Schéma kategorií a kódů pro ženy .....	41
Obrázek 2 Schéma kategorií a kódů pro muže .....	49

**SEZNAM TABULEK**

Tabulka 1 – Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.0) (Papežová, 2018, s. 123).....	14
Tabulka 2 – Diagnostická kritéria podle MKN-10 (F 50.2) (Papežová, 2010, s. 127).....	15
Tabulka 3 – Srovnání anorexie a bulimie (Krch, 2008, s. 23).....	16
Tabulka 4 – Diagnostická kritéria MKN-10 pro záchvatovité přejídání (Papežová, 2010, s. 128).....	18

## SEZNAM PŘÍLOH

Příloha P I: Pár č. 1, respondent F.

Příloha P II: Pár č. 1, respondentka M.

Příloha P III: Pár č. 2, respondent I.

Příloha P IV: Pár č. 2, respondentka P.

## **PŘÍLOHA P I: PÁR Č. 1, RESPONDENT F.**

### **Úvod**

Tento rozhovor je součástí výzkumu zjišťujícího, jak poruchy příjmu potravy ovlivňují partnerské vztahy. Cílem výzkumu je odpovědět na otázku: „Jak poruchy příjmu potravy ovlivňují partnerské vztahy.“ Pomocí otázek v rozhovoru budu chtít zjistit, jak konkrétní PPP (mentální bulimie) ovlivnila Váš partnerský vztah, jaké situace považujete za klíčové, a také zda tato porucha ovlivňuje Vás osobní život. Zjištěné poznatky mohou pomoci jiným párům, jak s těmito poruchami ve svém vztahu bojovat.

Rozhovor se uskuteční pouze, pokud s ním budete souhlasit a budete též souhlasit s jeho zvukovým zaznamenáním na diktafon. Rozhovor bude nahráván pouze pro účely analýzy dat. Veškeré údaje, které by Vás mohly identifikovat, budou smazány a nebudou uvedeny v textu analýzy ani jinak zveřejněny.

T: Souhlasíte s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru?

R: Ano, souhlasím.

T: Super, tak já tedy začnu první otázkou, s tím, že délka odpovědi je pouze na Vás.

R: (přikývnutí)

T: Popište sám sebe, kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání.

R: Tak, bude mi 38 let (.), jsem aktivní sportovec, vlastně pořád už vod nějakých 6, 7 let (.) Chodím s Markétou asi 8 let nebo 9, tyjo já ani nevím, to je divný vid' (?), že to nevím (smích).

T: (smích) V pohodě, to se stává.

R: No, už to je dlouho docela a nevím, to je asi tak všechno asi (...), a ještě učím na základní škole tělesnou výchovu.

T: Super, to by mohlo stačit... Tak já půjdu k druhé otázce.

Popište své dětství, jak na něj vzpomínáte? Jaké vztahy máte se svými rodiči?

R: Hele skvělý (...). Rodiče mi prostě jako dopřáli veškerýho sportu (.). Hrál jsem hokej, tenis, florbal. No prostě zkoušel jsem i jiný sporty jako vid'. Hrál jsem na kytaru, to mi nevyšlo (smích)... Jako myslím, že se moji rodiče postarali vo to, abych měl na co



vzpomínat (.), abych prostě měl zážitky. Jezdil jsem na tábory, jezdil jsem na prázdniny k babičce,

k dědečkovi. No prostě fakt paráda (.), nemůžu si na dětství ztěžovat no (...). Všechno co k tomu patří, na kole jsem jezdil, jako fakt na všechno rád vzpomínám, co se týče svého dětství (...). Měl jsem kamarády kolem sebe, mám staršího brácha o 3 roky, takže jsme soutěžili mezi sebou v různých, prostě pořád spolu soutěžíme (...), do teďka nás to neopustilo, pořád v nás jsou ti kluci víc jako (smích)...

T: (smích) jasan.

R: Takže jako tady to (.) a rád jezdím zpátky, rád jezdím domů za našima(.), do Havlíčkova Brodu. Rodiče mají postavený barák, kde prostě máme tělocvičnu, máme tam velký plac na fotbálek, prostě s bráchou hrajeme (...), hrajeme tam badminton... Různě o prázdninách soutěžíme s jeho dětma. Mám prostě perfektní zážitky z dětství. Nestrádal jsem vůbec v ničem!

T: A s rodičema máte stále dobrý vztah?

R: S rodičema mám perfektní vztah (.), kdykoliv něco potřebuju zavolám prostě, oni mi pomůžou, vysvětlej (.), jako všechno... Prostě co se týče s rodičema vztah, jako to je fakt paráda. Ve všem mě podporují (...). Nemůžu si prostě na nic stěžovat no...

T: A máte tedy jednoho brácha?

R: Mám staršího brácha o 3 roky a mladší ségru o 10 let.

T: Super. Dobře, tak se přesuneme k třetí otázce. Znáte někoho (kromě Vaší partnerky), kdo bojoval/bojuje s PPP, popřípadě o jakou PPP se jedná?

R: Jo (.), jako znám. Mám ve svém okolí (...). Spíš holky teda, o klucích nevím. Spíš holky to byly a těžko úplně jako poznat, jestli to byla mentální anorexie nebo bulimie, nebo prostě ono se to tak nějak prolíná podle mého názoru (...). Ale spíš jako to byly jako bulimičky, sportovkyně většinou to jsou, zajímavý vid' (?).

T: (úsměv) To tak většinou celkem dost bývá...

R: hmmm...

T: Ale nemusí to být tím sportem no...

R: Ne to ne... jako určitě ne, ale jako znám...

T: Dobře. Čtvrtá otázka. Jak dlouho trvá vztah s Vaší partnerkou? Kdy a jak jste se poprvé dozvěděl, že trpí MB?

R: Je to asi těch 9 let nebo 8 (?) Já teďka nevím... (smích), to je hrozný vid' (?) Musíš se zeptat Markéty, ta to bude vědět přesně.

T: V pohodě... (smích)

R: Víím, že to bylo 26. ledna, to jsme měli výročí.

T: No vidíte.

R: To si pamatuju (...). No a jak to člověk jako zjistí jo? (...) No jako po pravdě řečeno, to teda jsem to jako nějak pořádně nepozoroval no. Markéta byla šikovná a skrývala to docela dlouho, ale pak jsem jako vždycky slyšel nějaký pazvuky, prostě ze záchodu (úsměv). Jako říkal jsem si sakra co to je? (.) Bylo to čím dál častějc. Ona pak měl takový ataky, ona jako (...), když se nelécila nebo jako, když to... podle mě, když jsme spolu začali chodit měla nějaký období, kdy se snažila, nebo kdy prostě to vypustila z hlavy a nepřejídala se a nezvracela a potom prostě (...), ale víím, že to měla asi od 15 nebo 16 let, co mi říkala (...). A potom, když jsme spolu začli chodit prostě tak vona (.), vona jako se držela celkem dobře, a potom třeba po roce a půl nebo dvou letech jsem to jako začal nějak zjišťovat no (...). Ona se mi s tím svěřila, no prostě jako docela dlouho no vid' (?)

T: To jo (...). A ona se Vám svěřila o tom sama, nebo...

R: No já jsem říkal, že je něco divně (...), když byla plná lednička, a najednou byla prázdná dá se říct prakticky, a pak byla na záchodě jako (.) a různý...

T: Dobře. Rovnou přejdu tedy k páté otázce, která s tím souvisí... Ovlivnila tato nemoc Vaši partnerskou důvěru? Jak?

R: Já si myslím, že to je taková závislost na jídle, že jo prostě... A vona jako mlží, jako ten člověk (...). Mám pocit, že se jako trošku stydí a mlží a potom (.) jakoby už to nejde mlžit, takže jako trošku ta důvěra (.) jako se otrásá v tom vztahu, ale kdyby to byla jako komunikace nějaká ze strany toho nemocnýho člověka, v tomto případě Markéty, tak si myslím, že by to bylo snazší, ale samozřejmě víím, že je ta závislost, když je (.), tak řídí toho člověka a ten člověk je jako, tedy racionálně nepřemejšlí... Jakože ti řekne cokoliv, cokoliv ti odkejve, cokoliv ti slíbí a (.) pak to jakože neplní, protože aby jako uspokojil nějaký svoje touhy, chtěče no...

T: Takže se dá říct, že tomu člověku nemůžete důvěřovat skrz toho, že ho ovládá ta nemoc, nebo...?

R: Přesně tak, přesně tak.

T: No a šestá otázka je: Považujete za důležité mluvit o nemoci s Vaší partnerkou? Proč?

R: Já si myslím, že to je jakoby klíč k tomu, aby se ten partnerskej vztah zachoval (...). Když spolu dva lidi nemluvěj, tak i když jsou zdraví a nic jim není, tak vlastně (.) to nikam nepovede jo (...). Ta komunikace, vzájemnej respekt, důvěra (.) je vlastně klíčová v partnerským vztahu (.) jako a nemusí tam být člověk ani nemocnej (...) a to je to, tady ten dvojnásobek patří, když jako prostě ten člověk má nějakej problém se závislostí na jídle, nebo s tou mentální bulimii. Já teda označení mentální bulimie slyším poprvé, já jsem slyšel jenom bulimie nebo mentální anorexie, ale (.) asi to tak je.

T: Je to tak.

R: Asi bych potřeboval definici, co to vlastně je a jakej je mezi tím rozdíl. Já jako vím, že to je nekontrolovatelný požívání prostě potravin, a pak zvracení a to je jakoby celý jo...

T: Rozdíl mezi anorexií a bulimii je v tom, že anorexie je taková, že holky potravu odmítají a omezují se.

R: Nejedí.

T: Ano a potlačují..

R: Ale vždyť jakoby to samý je i ta bulimie, protože vlastně ona nejí že jo, jakoby vybírá si jídlo, a pak najednou sní úplně všechno jo... I když nemá hlad (.) a pak to vyzvrací, takže jakoby ty mentální anorexie, samozřejmě nejíš a nejíš prostě nic (...). Ale vona třeba taky někdy nejedla (.), třeba jako dlouho nic, a pak se prostě přejedla, že jo (.) a šla se vyzvracet.

T: No, ono to dost často je tak, že z té anorexie se stane bulimie, tím jak ta holka dlouho nic nejí, tak to pak dopadne tak, že se jednou za čas fakt napráská, protože už má fakt hlad, a pak to vyblíje...

R: No jasně, ono jako přesná definice asi není (...). My jsme jako třeba šli někde do restaurace a ona třeba vůbec nejedla, že jo (...), tak jsem jí říkal, tak si něco dej (.), ona si něco malého dala, a pak jsme přišli domů a všechno snědla, a prostě říkám, proč tyjo (?). Dyt' jsme se tam mohli najíst viš, prostě jsou to takový jako (...) indicie vlastně pro mě, že jako něco není v pořádku no...

T: To jste tehdy ještě nevěděl, že má ten problém?

R: Nevěděl no...

T: No a pak když jste se o tom dozvěděl, mluvili jste o tom? Nebo...

R: Jo my jsme o tom mluvili, ale (...). Mluvíme o tom do teďka prostě, do teďka prostě jako má, nebo jí hodně (.), teďka nezvrací samozřejmě, má to pod kontrolou (...). Ale podle mě teda celý život to má pořád v hlavě, prostě pořád řeší jídlo, pořád člověk řeší jídlo (...). Ji říkám, tak se pořádně najež jo a tak (...). Jako takže musí tam být nějaká pravidelnost toho jídla (...). Takže prostě furt to má v hlavě, furt prostě řeší jídlo (...). To je celoživotní problém a bude to řešit prostě pořád, ale jako nezvrací no (...), což je jako důležitý...

T: Super. Sedmá otázka zní: Jak posilujete Vaši vzájemnou důvěru? Je pro Vás obtížné pochopit se navzájem?

R: Myslím si, že po tý době, co spolu žijeme, tak už vlastně víme, tu důvěru máme nějakou a jako samozřejmě můžu se nějak překvapit něčím, ale když bych měl vypsát nějaký konkrétní body jak tu důvěru pořád jako budovat, to nemáme nic takového (...), hele důvěrujeme si. Odletí prostě na čtyři měsíce do Keni, na tři měsíce do Livigna (.), a prostě na dva měsíce na nějaký jiný soustředění a prostě furt je někde pryč, takže ta důvěra prostě musí bejt jo... a vzájemná komunikace asi (.) a častý telefonování, to je asi taky důvěra, když si voláme třikrát denně, a prostě si povídáme o tom tréninku (...). Žijeme vlastně stejný sny, který (...), já na ni koukám a vona běhá no... (smích). Ale jsme na stejný lodi a nesnažíme se tu loď překotit, snažíme se plavat po proudu dá se říct (.), i když někdy proti proudu (.). Vyhejbáme se nějakým těm zpátečním tokům a přežijím atd., snažíme se vybrat tu cestu, která prostě je nejpříjemnější (...), ale někdy samozřejmě přijdou (.) ty zpětný toky...

T: No jasně... Ale dá se říct, že není pro Vás problém se navzájem pochopit.

R: jo, určitě. Tam jako (...) v povídání si a vysvětlování si situací, je pro mě jako důležitý (.) Markéta (.), teda podle mýho názoru, neumí moc používat jako správný slova, když o něčem mluví a je často pro mě jakoby nepochopitelná, ale to asi každá ženská, že jo... (smích)

T: Tak, někdy to je právě naopak, že s vyjadřováním má spíše problém chlap než baba, ale znám to dobře. Hlavní je, že Vám to funguje...

R: (smích)... jo, jako zatím musím zaklepat, že si myslím, že je to super.

T: Vždycky to nebude úplně stoprocentní, ale...

R: Hele ta podpora prostě musí bejt. Kdybych jakoby nesdílel její jako (.) její cíle a její sny, jako profesionální atletky, tak asi bych nemohl bejt v tom vztahu...

T: Jasně... Osmá otázka: Jak tato nemoc ovlivňuje Váš sociální život, jaké situace považujete za rizikové a proč?

R: Já si myslím, že Markéta už jako podstoupila nějakou (...) jako nějakou psychologickou léčbu, a už prostě ví, jak se v nějakých situacích chová a má chovat. Myslím si, že už jí to tolik neovlivňuje, že prostě si dá jídlo, samozřejmě ne nějaké extra dávky. Má ráda jídlo (.), ona miluje jídlo prostě! Jo jako vychutnává si to jídlo (...). Co jsem jako chtěl, aby se naučila ještě víc (.), aby prostě jedla jako víc se mnou no (.), jakože víc jí sama než se mnou (...). Taky je to způsobený tím, že má nějaký trénink, že jo a prostě potřebuje se najíst a já třeba nemám hlad, takže se nají sama, ale pak že jo třeba večere bychom mohli mít společně, a to jako občas máme zvlášť, což mě jako mrzí, protože prostě si můžeme sednout ke stolu, popovídat si vid'...

T: To je důležité no... Ale ono je to hlavně teď asi těžké, když je od Vás několik km daleko že? (úsměv)...

R: No, přesně tak...

T: No a ovlivnilo Vás to nějak třeba ve společnosti?

R: Hele jako já myslím asi neovlivnilo, jako já necejtím se tím poškozenej (...). Nevím jestli Markéta se tím cítí poškozená, jako tím, že prostě se přejídala a pak zvracela, že třeba jí to bylo hloupý někde jíst nebo nejíst (.), těžko říct. Ale jako samozřejmě, občas když jdeme někam na návštěvu a ona jako už jedla a ví, že třeba na tu návštěvu jdeme, tak jí říkám, hele nejez, půjdeme na návštěvu, a pak tam nebudeš jíst (.) a vona no já nevím, jestli tam něco bude, tak se tady raději najím, a kdyžtak si dám malinko jenom. Tak to mě trošku jakoby štve, víš co (.) tak jako oni se s tím dělaj, a pak tam jakoby nic nesníš a víš o tom, že tam jdeme, někam na návštěvu nebo někam na večeri... a tak to mě jako mrzí no (...), ale že by mě to nějakým způsobem... To je prostě její boj...

T: To je těžko, ono to může být právě způsobeno tím, že ta holka má v hlavě to, že tam bude prostě hodně jídla, tak se raději nají před tím, než aby tam pak zbagrovala třeba všechno že...

R: No jako takhle, nevím no (...) těžko říct... Jako tam je jídla, který zbyde, jako a nikdo se na ni nebude koukat jakože blbě, když všechno sní (...), i z jinýho talíře. Ona má neuvěřitelný výdej energie, kalorií spálí hrozně moc, takže je jasný, že to potřebuje někde jakože nabrat...

T: Chápu... tak to bychom měli osmou otázku, teď devátá:

Zkoušeli jste někdy odbornou pomoc, a pokud ano, byla pro Váš vztah přínosem?

R: Markéta měla, dokonce i ležela někde v tý Motole myslím... takže nějaká pomoc tam byla. Ona měla nějakou psychoterapeutku jako která jí neléčila (.), to není asi jako taková léčba, spíše bych to nazval jako psychohygiena (...), a prošla si různějma therapeutickejma dýchánkama, takže určitě no...

T: A byli jste někde společně?

R: Byli jsme i spolu (.), to víš, že jsme byli spolu.

T: A považujete to jako přínos, když jste tam byli oba dva?

R: Ono to je přínosný pro oba dva lidi. Člověk pochopí tu nemoc a (...) pochopí tu nemoc, dá se říct. Slyší to vod odborníka (.), slyší to, jak by člověk měl k tomu přistupovat, k tomu nemocnému člověkoví, a jak se v určitých situacích chovat. Takže určitě je to přínosem.

T: Super, děkuji. To je asi jeden z hlavních klíčů, když Vám poskytne názor někdo, kdo to vidí objektivně, že? Odborník Vám řekne, jak se ten člověk může cítit.

R: No jako jasně. Já jsem zjišťoval (.), že vlastně, jak je člověk unikát, tak je unikátní i přístup k tý chorobě. Choroba se jmenuje stejně pro všechny lidi, ale každěj má trošku odlišnej (.), odlišnej přístup k tomu se s tím poprat a (.) umět s tím jako žít jo...

T: To máte pravdu. Tak, desátá otázka zní:

Popište pozitivní i negativní dopady nemoci na Váš vztah.

R: Hmm... Já vůbec jako no (.) rozumím otázce, pozitivní, negativní dopady nemoci na náš vztah (.), hele já si myslím, že člověk, kterej je (.) jako ví co to je, a pozná tu nemoc, ten partner prostě, tak a (.) ty lidi jsou jako v uvozovkách normální, to je blbý slovo, že jo (?), protože co je normální (...). Tak jako nevím, co by bylo pozitivní ani negativní jako prostě (.) žijeme! Žijeme obyčejnej, podle mýho názoru normální život jako život, který žijou třeba jiní lidi a jako nehádáme se kvůli tomu (...). Myslím si jako, že negativní ani pozitivní přínos tady toho (.), ta nemoc nemá jako žádný (.), jako záleží, jako někdy třeba jako, že by to nějak ztmelovalo nebo neztmelovalo, prostě žijeme! Je to součástí našeho života, našeho partnerskýho života a je to součást (.) a takhle prostě my žijeme prostě no...

Není to žádný (.), není tam žádný pozitiva ani negativa prostě (...). Nevybavuju si nic, co by bylo přínosem ani jako (.) opakem něco negativního. To je asi blbá odpověď vid' (?)

T: No spíše tady mířím na to, že byste mohl říct, jestli je ten negativní dopad, jak jste říkal, že Vás někdy mrzí, že jste šli do restaurace a Vaše partnerka si nic nedala, nebo, že když jdete na oslavu a pak tam hodně jídla zbyde...

R: Hele, ale vono to je o takovým sebepoznání a poznávání se (.). Je to o tý toleranci, a vlastně jako (.), já to toleruju prostě, ona je jako nemocná a abych byl kvůli tomu jako, jako aby to byla kvůli mně nějaká negativní zkušenost (.), je to prostě zkušenost. Je to zkušenost, ale není to ani negativní ani pozitivní, je to prostě zkušenost. Jako vím, že to je nemoc, prostě za to nemůže, já se kvůli tomu nerozčiluju (.), takže prostě jako mrzí mě to, ale že bych byl kvůli tomu (...), abych to dal mezi pozitivní nebo negativní zkušenosti, nebo jako ovlivňování nějakého (...) rozumím, co chceš říct, ale...

T: Já Vám také rozumím, zkrátka to nevnímáte jako, že ta nemoc má pozitiva či negativa.

R: Přesně tak, prostě je to život.

T: Jedenáctá otázka je: Dokázal byste popsat, jak se člověk bojující s PPP cítí?

R: No, jako (...) zdravému člověku se to mluví vid' (?) Prostě...

T: Právě (úsměv)...

R: Ale jako samozřejmě vcítit se do tý role toho, že bych jako jedl a zvracel (...), ty brd' o asi to nebude nic příjemného (.), asi to nebude nic příjemného pro ty lidi (.). Jako vcítit se, bejt nějakěj empatickej k tomuhle (.), no hele (.), já si to nedokážu představit jo a mě to připadá jako science fiction (.), mě to připadá jako velká psychiatrická choroba (.), ale já ji vůbec nedokážu (.), já ji prostě nedokážu, nedokážu se do toho vcítit, abych jako mohl bejt kompetentní a říct jako hele takhle a takhle se musíš chovat a takhle to je (...), jako fakt nevím tyjo (...). Určitě zažívaj nějaký špatný chvílky ty lidi, můžou se cítit prostě trapně, nebo něco... Když něco snědí a pak vyzvracej (...). Jako věřím tomu, třeba když je (.) mamka, má tři děti, dva kluky, který jsou ve vývinu, v pubertě, potřebují hodně jíst. Mamka prostě je samoživitelka a přijde z nákupu tyjo a (.) ta jejich dceruška, která je nejmladší, jim sní celou ledničku, a pak to jako vyzvrací, tak to asi nebude dobrý vid'?

T: To asi ne úplně... Jako dá se říct, že pro člověka, který s tou poruchou nemá nebo neměl nikdy zkušenost, nebo ji sám nezažil, tak je dost obtížné vcítit se do toho člověka nebo ho celkově pochopit...

R: Hmm... Jako dokážu si představit se vcítit do někoho, kdo měl nebo má chřipku, protože jsem ji měl taky, ale nedokážu se vcítit takhle, jako fakt psychiatrická choroba se podle mě těžko uchopuje (.), těžko se do ní člověk vcítí, když to sám nezažije (...) a vůbec si nedokážu troufnout říct, co podobný lidi zažívají no...

T: Rozumím... A pak mám tedy poslední otázku, a to je: Co byste poradil mužům, jejichž partnerky bojují s PPP?

R: Určitě bych jim doporučil (.), aby byli tolerantní, aby (.) sledovali jakoby řeč těla, aby prostě nebyli agresivní hlavně, aby byli spíš (.), jako aby měli sklony jim pomáhat prostě těm lidem (.), jakoby neříkat jim udělej A, udělej B, udělej C a řekni A... Jako prostě rozumíš jo, prostě netlačit na ně (.), vyhybat se stresovým situacím, protože podle mě stres to úplně zhoršuje (.). Takže bejt jako klidnej (.), bejt prostě na té jedné lodi a (.) tu loď se snažit rozpádlovat správným směrem a né ji prostě překotit no...

T: Super, děkuji... A ještě závěrem se Vás...

R: A láska hory přenáší!

T: (Úsměv)...

T: A ještě se Vás tedy závěrem zeptám, napadá Vás ještě něco důležitého k tématu PPP? Chtěl byste se na něco zeptat Vy?

R: Teďka mě momentálně nic nenapadá (smích), (5s).

Co jsem teda zjistil je, že všichni lidé, co mají nějakou tady tuto poruchu (.), tak jsem zjistil, že mají pořád stejnou vlastnost (.), oni pořád řešej co sní a kolik toho sní (...) a lidi, kteří jsou zdraví, tak to neřešej... Můžou to být profesionální sportovci, maratonci, je to prostě jedno... Nemají to v hlavě, prostě se jdou najíst... Neřeší jestli si vezmou bílej rohlík, černej rohlík (.), jo prostě (.) se jdou najíst... A ještě mám pocit, že lidi, který jsou zdraví, tak to dokážou pochopit, když jim to někdo vysvětlí, někdo dobrej (...), tak to pochopěj mnohem rychlejc tu nemoc, třeba (.) za chvíličku, než lidi, kteří tu nemoc maj, a někdo jim říká, co to je vlastně za nemoc (.), tak to pochopěj třeba za (.) 4 měsíce konstatní nějaký terapie, nějaký léčby (...), protože oni vlastně nejsou ovlivnění tou závislostí a nedělaj činy, který jsou ovlivněný právě tím, že jsou nemocní. Ta nemoc, ta závislost je vlastně řídí (...) a člověk, který je zdravěj, tak to dokáže pochopit, protože ho nikdo neovládá (...), on je vlastně svobodnej...



## **PŘÍLOHA P II: PÁR Č. 1, RESPONDENTKA M.**

T: Popište sama sebe, kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání.

R: No (smích)... Jsem atletka, vlastně teďka profesionální no, a je mi 34 let.

T: Děkuji. Druhá otázka je: Popište své dětství, jak na něj vzpomínáte? Jaké vztahy máte se svými rodiči?

R: Dětství jsem (ehm), na to vzpomínám docela ráda, na to úplně utlý. Táta nás motivoval ke sportu, takže (.) jezdili jsme na dovolený, s bráchama jsme měli dobrý vztahy, nebo respektive jako každý jsme se tak pošťuchovali, ale ve finále jsme se měli všichni rádi, takže na to vzpomínám v dobrým... až potom postupem času taťka začal pít alkohol, takže se to tam začlo všechno měnit doma (.). Ale já na to utlý dětství vzpomínám zkrátka dobře... Jako celkově když se, když se zpětně vohlídnou, tak (.) prostě to bylo tak jak to bylo, ale že bych... ale vzpomínám na to dobře.

T: A vaše nynější vztahy s rodiči jsou jaké?

R: (...) Táta zemřel před 12 lety, mamka super vztah, bráchové skvělý vztahy. Voláme si, pravidelně navštěvujeme, na dovolenou spolu pojedem, takže vztahy máme podle mě ucelený (...), možná ještě utvrzený přes ty všechny nemoci a věci co se staly, takže možná i pevnější.

T: Super... Třetí otázka: V kolika letech se u Vás začaly objevovat první příznaky MB a jak dlouho trvaly nebo trvají?

R: (přemýšlí)...Počátek (.), myslím že to byl konec osmý třídy, takže osm plus šest čtrnáct, no (.) čtrnáctý rok to tak nějak bylo, a pak to šlo jako ruku v ruce, to bylo hrozně rychlý, takže čtrnáct let.

T: čtrnáct let...

R: A ještě vlastně, jak dlouho to trvalo vid'? No (přemýšlí), vesměs jako si myslím, že tahle nemoc (.), že to je prostě nemoc, která se mnou je a (.) vždycky už asi bude (.), jenom se s ní dá nějak vždycky žít, když se to naučíme, ale takový to nejakutnější období bylo (...), možná prvních pět let, to bylo hodně, hodně intenzivní, a pak se to tak nějak už srovnalo dalších třeba 6 let nebo 7... a přicházelo to jako ve vlnách, takže jsem jako nebyla úplně v pohodě... kdybych řekla, že jsem se nějak srovnala a dokážu s tím celkem bych řekla dobře žít, bez toho aby mě to extrémně omezovalo, tak je to tak 7 let zpátky teprv (.) nebo

6 let, což znamená ve 28, no (.), takže to mi vychází cca na čtrnáct let skoro, když to tak počítám (udiveně)...

T: Ty brďo...(úsměv)

R: Já jsem...

T: Ano?

R: No vychází to na čtrnáct, ale jako prostě to jsou takový vlny jako... ale intenzivnější to bylo určitě v dětství a ty začátky, kdy jsem nevěděla co s tím a navštěvovali jsme lékaře... Ted' už jde vo to, jak si já uspořádám život (.) a jak se s tím sehraju vesměs, ale myslím si, že ted' už je to v pořádku... Nicméně to počítám jako, že je to nemoc nevléčitelná, a že to prostě se mnou bude do konce života (úsměv)...

T: Děkuji. Čtvrtá otázka zní: Jak dlouho trvá vztah s Vaším partnerem? Kdy a jak se poprvé dozvěděl, že trpíte MB?

R: (smích)... Tyjo, tak tady se možná budu mýlit, protože si nejsem jistá, jestli 6 nebo 7 let jsme spolu (úsměv), ale já už to беру jako celou věčnost, protože ho zbožňuju, a myslím si (.), že se to dozvěděl (...) po dvou letech? Po dvou letech asi, co jsme spolu byli... Ten první rok podle mě nic nevěděl, až potom... No (.), po dvou letech bych tak tipla...

T: Dozvěděl se to sám, anebo jste mu o tom řekla?

R: Tak jako viděl nějaký změny chování u mě, ale vesměs jsem mu to řekla (...) jako nevěděl vo co go...

T: A pamatujete si nějakou konkrétní situaci, při které jste mu to řekla? Nebo to bylo tak, že jste se mu s tím musela svěřit, protože poznal, že je něco špatně...

R: (ehm) Tohle je pro mě strašně těžká otázka, protože to bylo takový celkově špatný období, kdy se nejednalo jenom vo to jídlo a mám to celkově dost v mlze (.), takže tady asi reálněji si myslím, že mluvil přítel... Ale určitě jsem mu to řekla. Tyhle věci se říkají prostě pod tlakem, kdy prostě (úsměv) asi zjistíš, že na to sama nemáš, takže (.) myslím si, že to bylo v nějakým období, kdy jsem fakt měla (.) skoro možná deprese, byla jsem hodně negativní i ubřečená (.), nevěděla jsem, jak z toho ven, tak myslím, že v tu chvíli jsem mu to mohla říct... Bohužel nedokážu asi úplně přesně (...) asi to nedokážu říct přesně upřímně (.), mám to normálně vopravdu v mlze...

T: Jo, jako jasně, já jen kdyby náhodou...

R. Tady bych kecala, vopravdu nevím...

T: Dobře... tak já...

R: protože (.), promiň, protože to bylo propojený ještě s více věcmi, takže já to nedokážu (ehm) separovat a nedokážu přesně říct...

T: Jo, ale tak víceméně, říkáte po těch dvou letech vašeho vztahu.

R: (přikývnutí)

T: Super, tak já přejdu k páté otázce: Ovlivnila tato nemoc Vaši partnerskou důvěru? Jak?

R: (přemýšlí) No (...) dalo by se říct, že jo (.), protože už jenom to, že jsem se mu svěřila znamená, že mu jako důvěřuju, a to že (.), že mi chtěl pomoci, že tomu šel naproti, že se třeba neotočil ke mně zády, ale naopak (.) jako chtěl to řešit se mnou, protože prostě má mě rád, a chtěl abych byla v pořádku tak (.) ještě vo to to možná utvrdil (.), bych tak jako řekla...

T: Takže spíš to jako kdyby posílilo vaši důvěru.

R: Já myslím, že jo (úsměv).

T: Jo, super... Šestá otázka: Považujete za důležité mluvit o nemoci s Vaším partnerem? Proč?

R: (ehm) Myslím si, že je dobrý, že je potřeba aby věděl, co to je za nemoc (.), co to způsobuje se mnou (...). Jako myslím si, že jo, protože pak umí nahlídnout na ty věci jinak, proč se chovám tak či onak (.) a dokáže i vydedukovat nějaké signály, kdy třeba by mohlo jít zrovna (.) nebo docházet k nějakýmu ataku nebo zrovna, že bych byla v té nemoci (.) dejme tomu, v tom akutním projevu, tak by to mohl vypozerovat (.), když o tom bude obeznámen (.), tak už je schopnej vypozerovat změny v chování (...), u mě (.), takže ano...

T: Jasně... Sedmá otázka: Jak posilujete Vaši vzájemnou důvěru? Je pro Vás obtížné pochopit se navzájem?

R: Myslím, že ne (.), protože máme takovej dost otevřenej vztah, že oba víme, že je hrozně důležitá komunikace (.), takže my si vlastně všechno sdělujeme... a řekla bych, že o sobě víme vše... (smích) Možná, že se mě občas chápe hůř (.), ale já si myslím, že vod tý doby, co třeba ví, co dělaj ty nemoci s hlavou, s psychikou a takhle... tak si myslím, že vo to víc mě dokáže pochopit a (.) jak to posilujeme? No, jako to se asi nedá nějak posilovat, prostě jsme k sobě upřímní a otevření... a komunikujeme (.), když je problém, tak ho

komunikujeme hned (.) a řešíme ho (.), neutíkáme před ním, a to si myslím, že je strašně důležitý...

T: Super, děkuji... Osmá otázka: Jak tato nemoc ovlivňuje Váš sociální život, jaké situace považujete za rizikové a proč?

R: (smích) To si myslím, že jo (.), pořád mě ovlivňuje (.), a je to z toho (ehm) řeknu to takhle, když máš nějakou třeba drogu a (.) nemůžeš ji, tak se prostě od ní distancuješ... Kdežto to jídlo máš dennodenně na vočích, takže pro mě jsou občas stresový situace nějaký rauty, nějaký obrovský oslavy, kde je horda jídla... Takže tomu se snažím trošku jako omezovat (.) nebo vyhýbat no (.), jakože nejdu tomu úplně naproti (.). Takže tyhle ty situace mě stresují, kde je zbytečně moc, moc nabídek na jídlo (úsmev)... Nebo kde třeba nemůžu mít svůj program, abych si to jako přizpůsobila (.), tak možná to mě taky jako občas (.) nedělá dobře...

T: Jasně, chápu... Ono to tak většinou i bývá... proto jsem se na tuto otázku zeptala, protože mě to zajímalo... Devátá otázka: Zkoušeli jste někdy odbornou pomoc, a pokud ano, byla pro Váš vztah přínosem?

R: (ehm) Nevím, jestli úplně konkrétně, cíleně s tím jídlem (.), ale vlastně ano, dá se to na to taky aplikovat a určitě to pomáhá, protože to právě zvýší to povědomí vo tý nemoci, a dá náhled tomu partnerovi, kterej já mu třeba nedokážu vysvětlit... kdežto ten odborník, kterej se o to zajímá, tak ho do toho dokáže krásně uvést, aby to pochopil... Takže určitě jo, určitě je to dobrá věc, a proto ty odborníci jsou...

T: A jako zkoušeli jste ji? Byli jste někde společně?

R: No jak říkám, kvůli jídlu ne prostě, ale bylo tam spousta jiných věcí (.), jak jsem říkala, že to bylo zamotaný, i že (.), ale já to házím do jednoho pytle, protože jsem tam viděla spoustu, ale spoustu podobností přesně na tohle (...) a vlastně i to se tam řeší, takže jako (.) nebyli jsme tam cíleně spolu kvůli tomuhle, ale (.) jsem si stoprocentně jistá, že to prostě pomáhá...

T: Děkuji. Desátá otázka: Popište pozitivní i negativní dopady nemoci na Váš vztah.

R: (přemýšlí) Ty bláho (udiveně), to nevím normálně, nevím jak odpovědět (.), možná, že to je tak bolavý téma, že jsme vlastně se poznali úplně až (.), až hodně rychle a hodně důkladně asi, než, než bychom se možná bez tý nemoci poznali (...) ne navzájem, ale i sami sebe... Nevím jak jako...neumím na to nějak víc, líp odpovědět asi čoveče...

Negativně (.), tak negativně vlastně, že se občas (.), když jsem v nějakým ataku, tak se musí člověk chovat skoro až agresivně, nebo uzavřeně (.), prostě není to von... Tak to taky asi není pro toho partnera přínosný, může mu lhát (.), tak leda tohle...

T: A přineslo to třeba i něco pozitivního?

R: Tak možná to poznání (.), to si myslím, že je docela (.), že to je pozitivní věc (...). Myslím si, že to máme silnější, máme tu důvěru sami v sebe, že komunikujeme, takže...

T: Dá se říct, že to posílilo tu vaši důvěru, tím, že o tom mluvíte a jste otevřenější...

R: Já si myslím, že jo, takhle by se to dalo říct... Ještě mě tak napadá, že ta důvěra mezi partnery je dobrá i v tom smyslu, že nejen, že už on pozná signály (.), ale já mu natolik důvěřuji, že když na mě jde nějaký atak, můžu mu to říct, a požádat ho, abychom byli spolu (...) abych neměla možnost nechat v hlavě rozjet tu myšlenku...

T: Děkuji... a poslední otázka na Vás je: Co byste poradila ženám, které bojují ve svém vztahu s PPP?

R: (úsměv) Tak možná to, svěřit se partnerovi (.), že na to nemusí být sama... ale (.), že pokud tam je ta pomocná ruka, tak se určitě nebát, nestydět, ale naopak požádat (...) a jestli ten chlap za to stojí, tak jí určitě pomůže... A zajdou spolu k té (.), určitě bych zašla k té právě (.) nebo bych vyhledala tu odbornou pomoc... a tam, když půjdou spolu, tak ta doktorka jim opravdu pomůže v tomhle, protože ten člověk, kterej je nemocnej, tak nedokáže jako racionálně to (.), tu nemoc popsat a to, co se s ním vlastně děje (...), kdežto ten doktor (.), ten to líp dokáže, si myslím, vysvětlit.

T: Super... A ještě se Vás závěrem zeptám, napadá Vás ještě něco důležitého k tématu PPP? Chtěla byste se na něco zeptat Vy?

R: Čoveče, měla jsi to docela obsáhlé (.), asi mě nic nenapadá... To je tak maximálně pro chlapy, aby si dávali pozor na pusu, co říkají (smích)... Protože i občas malá hloupá poznámka může způsobit hodně, hodně zla, protože prostě každej jsme jinej a někdo je citlivější, vnímavější... Nevíme, co se v tom druhým odehrává, no prostě (úsměv)...

T: Jo, to je dobrá poznámka, super! Moc Vám děkuji...

## **PŘÍLOHA P III: PÁR Č. 2, RESPONDENT I.**

T: Popište sám sebe, kolik je Vám let a jaké je Vaše zaměstnání.

R: Tak, je mi 32 roků a žívím se jako přijímací technik kol, cyklistických kol.

T: (Ehm) dobře, ještě něco byste doplnil?

R: O sobě ještě něco?

T: Ano, jestli třeba máte sourozence nebo tak...

R: Ne, sourozence nemám. Jsem jedináček (.), rád sportuji (.), hlavně teda cyklistika, což s mojí prací trošičku souvisí (...) co bys ještě potřebovala vědět (?)

T: Jo, to asi stačí. Tak druhá otázka. Popište své dětství, jak na něj vzpomínáte? Jaké vztahy máte se svými rodiči?

R: (smích) to jsou otázky... Tak na dětství vzpomínám dobře, s rodiči mám dost dobré vztahy, neměli jsme nikdy žádný problém, ve všem mě podporovali, takže (.) já jsem v tomhle úplně v pohodě...

T: Jo, super.

R: Doufám teda, že to tak i rodiče vnímají... (úsměv)

T: Třetí otázka. Znáte někoho (kromě Vaší partnerky), kdo bojoval/bojuje s PPP, popřípadě o jakou PPP se jedná?

R: Ty brd'ó, to asi kromě Patricie nikoho neznám (.), jak tak uvažuju (.), osobně (?) určitě ne no...

T: Nesetkal jste se nikdy s někým, kdo by s tím bojoval?

R: (ehm) nevím o tom teda...

T: (pauza) jo, dob...

R: Za to Patricie, ta to vynahrazuje (smích) za 10 lidí...

T: (úsměv), dobře... tak já tedy půjdu na čtvrtou otázku. Jak dlouho trvá vztah s Vaší partnerkou? Kdy a jak jste se poprvé dozvěděl, že trpí MB?

R: Tak, trvá nám asi 3 roky (.) a kdy jsem se dozvěděl to (přemýšlí), no tak před rokem zhruba (?), zhruba před rokem jsem se asi dozvěděl o tomhle, kdy se přiznala (.), po mém nátlaku...

T: Dobře. Po Vašem nátlaku říkáte?

R: No (smích)... tak už tam byly nějaké takové věci, které by měla vysvětlit a moc se jí to nedařilo, takže musela (.), musela se přiznat o co jde (.), protože jsem jí podezíral úplně snad ze všeho...

T: Dobře. Tak, pátá otázka. Ovlivnila tato nemoc Vaši partnerskou důvěru? Jak?

R: No, určitě no... Jako bylo to, že (.) že já to vnímám tak, že mi vlastně lhala celou dobu (.), co jsem to teda nevěděl, takže za mě to ovlivnilo jako docela dost... Teď ta důvěra je mnohem horší, nebo teď už je to teda jako lepší, ale (.) byly chvíle, kdy to bylo hodně špatné...

T: Děkuji. Šestá otázka. Považujete za důležité mluvit o nemoci s Vaší partnerkou? Proč?

R: No (?), tak já bych chtěl o tom mluvit, ať mi toho teda říká mnohem více než mi říká (.), ale podle mě nechce (smích), ale ona říká právě opak, takže těžko (.) těžko říct no... Já bych teda chtěl, ať se mi ke všemu přiznává, ať prostě (.) vím přesně, kdy to na ni jde, kdy ne (.), ale to si myslím, že zas tak úplně není no...

T: Není to úplně jednoduché...

R: No (.), to asi ne... Ale pak ji podezírám úplně ze všeho (.), pak jde na záchod a já (.) už vidím úplně jinou scénu...

T: Jasně, chápu. Tak sedmá otázka zní: Jak posilujete Vaši vzájemnou důvěru? Je pro Vás obtížné pochopit se navzájem?

R: (přemýšlí) Pro mě to je docela obtížné (.), se pochopit. Protože fakt pro mě je to úplně taková věc, kterou vůbec jako (.), které vůbec nerozumím (...), přijde mi to jako úplně šílenost tady toto (.), ale (.) snažím se no (.), snažím se to pochopit...

T: A měl byste nějakou odpověď, jak posilujete vaši vzájemnou důvěru, nebo nějaký příklad, jak se snažíte ji posílit?

R: No, tak já bych o tom určitě chtěl mluvit, ať se mi jako ke všemu přiznává, ať vím úplně přesně, co se děje, kdy to na ni jde, z jakého důvodu, jestli to třeba dělá alkohol nebo jestli to dělá (.) nevím, nějaké stresy v práci, ale (.) nechce mi to nějak tak říkat no... Takže snažím se tak nějak jako komunikovat, i když Petra asi říká, že ne, ale (.), ale snažím se asi no... Hlavně spíše jako vědět o tom něco no... Jo, ať prostě mi fakt jako říká (...), myslím si, že mi toho moc neříká...

T: Dobře. Osmá otázka. Jak tato nemoc ovlivňuje Váš sociální život, jaké situace považujete za rizikové a proč?

R: Tak rizikové za mě určitě nějaké akce. Jo, tam kde prostě je plno jídla, kde je plno alkoholu... Před tím alkoholem, teda aspoň já si to myslím, že vždycky jak si dá nějaký alkohol tak (.), tak už přestává jakoby vědět co (.), co si může sníst, kolik toho může sníst, a prostě začne všechno (.), začne všechno pořádat no... Takže za mě určitě rizikové jsou prostě nějaké akce, návštěvy, restaurace, chození na pivo a (.) takové věci..

T: Takže největší takové riziko je, dá se říct, ten alkohol.

R: No, za mě určitě, no... To bývaly chvíle, když jsme šli na pivo, dali jsme si 3 piva a Patricie si k tomu dala i 4 balíčky čipsů že (...), to jsem teda ještě nevěděl v té době a díval jsem se na ni jako co se děje (.) a teď mi to samozřejmě, jak jsem se to dozvěděl, tak, tak mi to (.) jakoby začalo docvakávat, jako to co se dělo... Ale předtím jsem na ni čuměl, jak na blázna teda no (smích), ještě když se na ni podíváš, váží 40 kilo i s postelí a (.) jsem si říkal, kde to dává...

T: No víte co, to je prostě pro toho zdravého člověka úplně nepochopitelné...

R: No, no (.) a pro mě ještě obvykle, protože jak jsem říkal, tyjo (.) abych se šel někde vyzvracet, to se radši budu týden trápit a pak když už je úplně totální krize, no tak něco sním, ale že bych tak ze srandy šel (?) to ne (...) nebo z toho že prostě musíš (.), třeba po každém jídle...

T: Hmm... jasně, dobroš, tak já se přesunu k deváté otázce. Zkoušeli jste někdy odbornou pomoc, a pokud ano, byla pro Váš vztah přínosem?

R: Patricie teda chodí, já (.) já teda ne (.) s ní, což mi teda vyčítá (...), ale tyjo nevím no... Nevím, jestli by nám to pomohlo, protože fakt já o tomhle tématu se strašně nerad bavím s někým, a to s kýmkoliv, a (.) proto se toho asi bojím...

T: A nemyslíte, že kdyby Vám na to dal někdo odborný pohled, tak by Vám to třeba pomohlo víc pochopit tu nemoc... Spíše abyste to slyšel od někoho, kdo prostě jako se v tom pohybuje a ví, o čem to je (.), protože zdravý člověk to nedokáže pochopit, pokud to nezažije...

R: To máte asi pravdu, ale bojím se toho (úsměv)... Nevím ani proč vlastně (.), možná to přijde...



T: Třeba to zkusit 😊. Dobrá tedy, desátá otázka. Popište pozitivní i negativní dopady nemoci na Váš vztah.

R: Pozitivní (?) (smích)... to je těžko. Tak negativní to určitě... Pak se člověk bojí kdekoliv zajít, aby se to náhodou neodehrávalo (...), je to prostě těžké no... Pak už úplně podezírám, někdy si úplně říkám až úplně jako šíleně, že prostě cokoli Patricie udělá, jde se na záchod vyčůrat, tak já už (.) už jsem celý nervózní, našťvaný, bůh ví co tam dělá (...) jo, a pak mi to vysvětluje, samozřejmě tomu nevěřím, protože další věci mi potom taky kecá a takže (.) za mě je to spíše jako negativní no... Snažíme se nějak s tím jako žít no (.) nebo já hlavně... Patricie, ta už je v tom znalejší (úsměv)...

T: Tak už asi taky ví, jak to skrývat...

R: Jo, to ví moc dobře! Když dva roky jsem to neodhalil...

T: Ale tak asi nějaké signály tam byly, ale pro vás nepochopitelné...

R: Ano, to je možné... Jak jsem si říkal, když jsme byli v tom Egyptě na dovolené, proč furt po jídle, samozřejmě toho snědla tolik, že tam (.) rusáci, kteří vážili 200 kilo, tak (smích), no prostě nesnědli toho ani polovinu (...), takže potom samozřejmě hned musela jít na záchod, což jsem nechápal... Se tam někde procházíme na pláži a teď najednou řekne, no já musím jít na záchod (...) z ničeho nic, takže je to takové (.) no jako až teď tomu jako rozumím, ale předtím jsem to nechápal a furt jsem se jí ptal, jako (.) co je a proč je a jako (.) co se děje... Teďkom jako odstupem času už to vidím, jako co se dělo...

T: A myslíte, že to má třeba i pozitivní dopad třeba v tom, že jste se více otevřeli mezi sebou?

R: Jo, tak to jo, to určitě (...) v tomhle jo... V tom, že jsme více otevření, tak jo... Ale Patricie to těžce snáší no (...), prostě někdy vyletím (smích), no (.) tak asi tak...

T: Dobroš, tak já půjdu tedy k jedenácté otázce. Dokázal byste popsat, jak se člověk bojující s PPP cítí?

R: No tak určitě špatně se cítí (...) to je jako (...), on samozřejmě to musí všechno skrývat nebo jako nemusí, ale dělá to... Musí si dávat pozor na to co jí, což taky někdy nechápu, že Patricie jde někdy tomu trošičku naproti (.) a když jí říkám prostě, ať tohle jakoby nedělá, tak se našťve (.) a je jakoby našťvaná (...), pak se samozřejmě i já našťvu hned, takže je z toho hádka (.) to je jasné... Takže někdy jde tomu prostě naproti hodně no (.) za mě (...) na to, že ví, že má tu nemoc a že se prostě musí hlídat, ale (.) prostě neodolá tomu no...

Ted'kom, už teda musím zaklepat, je to (.) doufám teda stokrát méně než to bylo předtím...  
Takže doufám, že jako jde to dopředu, jde to dobrým směrem...

T: Jo, já tomu také věřím a přeju vám to (.), jen musíte oba chtít...

R: No jako někdy to jako fakt nechápu, to bych se poblil i já, z toho všeho, co sní  
(smích)...

T: Dobře, a tedy dvanáctá otázka. Co byste poradil mužům, jejichž partnerky bojují s PPP?

R: (přemýšlí) Ať mají trpělivost hlavně (...), protože tu jsem postrádal... Bez toho to snad  
ani nejde no... Snažit se nějak pomoci, ale vždycky musí chtít jakoby ten člověk, který tím  
trpí jo (.), když nechce, což Patricie teda chce, takže to je jakoby dobrý (.) nebo jako  
doufám teda... Takže hlavně klídek no...

T: Děkuji. Závěrem se Vás tedy zeptám. Napadá Vás ještě něco důležitého k tématu PPP?  
Chtěl byste se na něco zeptat Vy?

R: Ty brd'ó, to ani nevím (.), asi mě nic nenapadá...

T: To je tedy vše, moc Vám děkuji za rozhovor.

## **PŘÍLOHA P IV: PÁR Č. 2, RESPONDENTKA P.**

T: Souhlasíte s poskytováním výzkumného materiálu pro výzkumný projekt ve formě audio nahrávky rozhovoru?

R: Ano.

T: Dobroš, tak jo. První otázka, popiš sama sebe, kolik je ti let a jaké je tvoje zaměstnání?

R: Jmenuji se Patricie, je mi 38 let a pracuji v logistice jako referentka.

T: Dobroš, tak druhá otázka. Popiš své dětství, jak na něj vzpomínáš? Jaké vztahy máš se svými rodiči?

R: Na dětství mám hezké vzpomínky a vztahy s rodiči (?), no tak v rámci možností (.) jako... S mamkou teďka lepší vztah v dospělosti, s tatškou je to horší, ale co se týče dětství, tak mám hezké vzpomínky.

T: Dobroš, třetí otázka. V kolika letech se u vás začaly objevovat první příznaky mentální bulimie a jak dlouho trvaly nebo trvají?

R: (ehm) kolem 20, a trvají doteď.

T: Dobroš, čtvrtá otázka. Jak dlouho trvá vztah s vaším partnerem? Kdy a jak se poprvé dozvěděl, že trpíte mentální bulimií?

R: Trvá 3 roky (.) a ví to asi rok (...) a dozvěděl se to více méně náhodou.

T: A jak?

R: Hmmm... no jako, jak říkám náhodou, že prostě v podstatě mě tak jako přichytil a pak jsem mu to řekla sama...

T: Dobře, pátá otázka. Ovlivnila tato nemoc vaši partnerskou důvěru, případně jak?

R: (ehm) No určitě ze začátku, když (.) když jsme o tom mluvili... A teď záleží, jaké jsou situace... To znamená, že už to na mně pozná a je z toho pak nervózní, když jakoby (.) si myslí, že zase to nezvládám.

T: Dobře, šestá otázka. Považujete za důležité mluvit o nemoci s vaším partnerem? Proč?

R: No (...) asi ano, aby pochopil proč se to jako děje (.), a možná aby pochopil, co mě se odehrává... Taky, abych já bych pochopila, jak to chápe on, co to s ním dělá (.), a jak s tím (.) případně můžeme oba pracovat...

T: Dobroš, sedmá otázka. Jak posilujete vaši vzájemnou důvěru? Je pro vás obtížné pochopit se navzájem?

R: Jak kdy... Jsou situace, kdy vlastně je těžké se pochopit navzájem, ale tu důvěru asi prohlubujeme tím, když o těch problémech jako mluvíme (.), a snažíme se vyvarovat problémům, které vidíme, že jeden na druhém nám vadí...

T: Dobroš, ještě něco chcete doplnit?

R: Ne, ne...

T: Osmá otázka. Jak tato nemoc ovlivňuje váš sociální život? Jaké situace považujete za rizikové a proč?

R: Sociální život (?), no tak samozřejmě v té skupině se to jako koriguje hůře, a při těch společenských akcích je to rizikovější (.), jakoby zůstat v klidu (.) a udržet si nějaký ten svůj režim... Ale myslím si, že po těch letech, co s tím žiju, tak se už (.) jako dokážu, i v té sociální skupině, vlastně nějak stavět k tomu tak, aby mi to nečinilo nějaký závažný problém, potažmo tak samotné skupině...

T: A jsou nějaké situace, které považuješ jako vyloženě za rizikové?

R: Jako v té sociální skupině?

T: Nebo celkově, jako když jste třeba někde venku nebo...

R: Jo tak samozřejmě může k tomu přispívat značnou mírou ten alkohol...

T: Rozumín, tak to máme osmou otázku. Devátá otázka, zkoušeli jste někdy odbornou pomoc? A pokud ano, byla pro váš vztah přínosem?

R: No (...) ano, já to zkouším, a vlastně zkoušela jsem i v minulosti, ale myslím si, že jsem na to nebyla dost psychicky připravená, a vůbec s tím jakoby (.) něco dělat nebo si připustit, že... A teďka jo, tak samozřejmě ten odborník vám dá některé podněty, jako z té svojí strany, ale shodujeme se na tom, že nejlépe si asi člověk pomůže sám...

T: A společně jste tedy nezkoušeli odbornou pomoc?

R: Ne...

T: Dobře, tak desátá otázka. Popište pozitivní i negativní dopady nemoci na váš vztah.

R: Tak pozitivní (...), určitě jsme díky tomu poznali jeden druhého a otevřeli témata, které bychom asi normálně nikdy neotevřeli... A těch negativ je všeobecně bych řekla více... Výčitky z jedné strany i z druhé strany, předsudky... Některé kritické situace prostě, ke

kterým by asi, nebýt tady toho problému, vůbec nedocházelo... Ale jak říkám, myslím si, že jak mně, tak i Iva to posunulo někam jinam...

T: Dobře. A jedenáctá otázka je, co byste poradila ženám, které bojují ve svém vztahu s poruchami příjmu potravy?

R: No (.), asi se o tom nebát mluvit, a snažit se to, jakoby vysvětlit z té svojí strany (.), i když myslím si, že ten druhý člověk to nikdy nepochopí... Ale hlavně zůstat v klidu a nehanit se vlastně za to, co se momentálně jako člověkově třeba nepovede... Snažit se soustředit na to, že je spousta momentů, které jsou třeba fajn, a jakýkoliv malý pokrok může znamenat jako (.) velké plus pro oba... Ale samozřejmě v tom vztahu jako je to (.), je to velký problém... Ale myslím si, že na tom jdou najít i pozitiva...

T: Dobře, a ještě teda závěrem se vás zeptám, napadá tě ještě něco důležitého k tomuto tématu chtěla by ses na něco zeptat?

R: Zeptat asi ne... Co mě napadá důležitého (?), že asi čím dřív to člověk začne řešit, tak tím líp (.), než jakoby přeroste nějaká ta hranice, kdy už člověk zjistí... Spíš, jako je dobré se s tím smířit, že ten problém už tu jako zůstane navždy, nebo jakože je třeba s tím pracovat celý život, že už to nikdy jakoby nezmizí... Co mi teďka poradila třeba psychologka tak (.) vždycky si v té situaci, kdy třeba člověk má horší dny, tak si uvědomit, co je ten spouštěč (...), že vlastně tady tahle situace je pak jenom obranný, teda obranná reakce na to, co se třeba děje v momentálních dnech (...), že to nemusí být jako jeden spouštěč, ale že třeba člověk je nějak špatně rozpoložený ty dny, a tohle už je jenom pak výsledek, proč člověk jakoby (.) třeba utíká tady tím směrem... Asi to...

T: Super, moc Vám děkuji.