

Ria Černá

 Anabell



O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY PRO OTCE A PARTNERY



O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery

Autor: Ria Černá (ria.cerna@gmail.com)

Spolupracovali: Ondřej Stískal, Patricia Arlethová

© Ilustrace: Magda Hudcová

Grafická úprava: NYDRLE studio, s.r.o.

Tisk: Zebra print, s.r.o.

Počet stran: 64

Náklad: 600 ks

2.vydání

© Ria Černá

© O.s. Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií

Praha 2008

Publikace *O poruchách příjmu potravy pro otce a partnery* byla vydána za finančního přispění nadačního programu Nadace VIA s názvem Veřejná sbírka DOVE pro podporu prevence poruch příjmu potravy.



Obsah

ÚVODNÍ SLOVO	3
SLOVO ODBORNÍKA	4
O MENTÁLNÍ ANOREXII	5
Příběh I - mentální anorexie dcery pohledem otce	5
Co je mentální anorexie?	6
Jak anorexii na dceři/partnerce poznám?	7
Jak dlouho bude dcera/partnerka anorexii mít?	7
Co se s tím dá dělat, jak se to léčí?	7
Proč tím trpí zrovna moje dcera/partnerka?	8
O MENTÁLNÍ BULIMII A ZÁCHVATOVITÉM PŘEJÍDÁNÍ	9
Příběh II - mentální bulimie partnerky pohledem partnera	9
Co je mentální bulimie?	10
Co je záchvatovité přejídání?	10
Jak bulimii nebo záchvatovité přejídání na dceři/partnerce poznám?	10
Jak dlouho bude dcera/partnerka bulimii mít?	11
Co se s tím dá dělat, jak se to léčí?	11
Proč tím trpí zrovna moje dcera/partnerka?	11
OTEC NEMOCNÉ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	12
1. Potřeby a pocity pečujících zjištěné empirickými výzkumy	12
2. Průběh poruchy příjmu potravy dcery očima otce	13
3. Rodinný systém	19
4. Potřeby a pocity otce	21
PARTNER NEMOCNÉ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY	22
1. Vztah partnerů a role nemoci ve vztahu	22
2. Pocity partnera a jeho prožívání nemoci	26
3. Potřeby partnera	29
ŽIVOT PO VYLÉČENÍ OČIMA OTCE ČI PARTNERA	31
Dopady změn v chování a způsobu života dcery na otce	31
Dopady změn v chování a způsobu života partnerky na partnera	31
Strach z budoucnosti a možného návratu nemoci	32
ODPOVĚDI NA NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY	33
> JÍDLO...	33
> KOMUNIKACE...HÁDKY A KONFLIKTY...	36
> VZHLED...	37
> VZTAH...	38

> RODINA...	40
> INTIMITA A SEX...	40
> SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE A SEBEPOŠKOZOVÁNÍ...	42
> LÉČBA...	42
> LÉKY...	45
> OKOLÍ...	46
MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U NÁS	47
A CO VY?	49
Jak se možná cítíte...	49
Co Vás někdy může napadnout...	49
Kde najít pomoc pro sebe?	49
Skončí to někdy?	50
Z VÝZKUMU POTŘEB MUŽŮ V ROLI OTCŮ A PARTNERŮ	51
DESATERO NA ZÁVĚR...	59
ODKAZY A KONTAKTY	60
ZÁKLADNÍ LITERATURA O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY	61
POUŽITÉ A CITOVANÉ PRAMENY	62

ÚVODNÍ SLOVO

Informace, návody, rady, možnosti pomoci. Přesně to jsem sama postrádala, když jsem se setkala s poruchou příjmu potravy u mé kamarádky. Dnes vím, že univerzální rada, jak z mentální anorexie a bulimie ven, neexistuje. Přesto bych Vám ráda nabídla tuto stručnou knihu jako pomocníka na cestě k vyléčení Vaší dcery/partnerky.

V knize najdete informace o nemoci a jejím průběhu, odpovědi na konkrétní otázky, které často otce a partnery nemocných napadají, a také autentické myšlenky a postřehy otců a partnerů zpracované ve výzkumu potřeb.

Porucha příjmu potravy je srozumitelný a řešitelný problém, i když to tak někdy nevypadá. Vy sami můžete dceři/partnerce v léčbě velmi pomoci, vyléčit se za ni ale nemůžete. Buďte trpěliví a nepřebírejte odpovědnost ani za dceru/partnerku ani za odborníky. Nejvíce pomůžete právě tím, že zůstanete nablízku a vyhledáte společně s dcerou/partnerkou odbornou pomoc.

Ria Černá

Mgr. Ria Černá - nar. 1983, absolventka oboru sociální práce a studentka psychologie na FF UK Praha. Absolventka výcviku v Krizové intervenci, frekventantka výcviku v integrativní psychoterapii Skálava institutu.

SLOVO ODBORNÍKA

Mentální anorexie, bulimie i záchvatovité přejídání jsou v současné době větším problémem, než si většina lidí dokáže představit. Když ve své psychotherapeutické praxi potkávám rodinu (obvykle) s dcerou na prvním sezení, setkávám se často zejména u otců s podobnými výroky: Vždyť normálně se najíst je přeci tak přirozené! Zvládneme to už jako malé děti - naučíme se rozlišovat, co nám prospívá, co je dobré, kdy a kolik toho máme sníst, aby nám nebylo špatně. Jak je tedy možné, že to někdo z našich blízkých najednou nedokáže? Zapomněla to nebo to dělá naschvál? Říkají a píšou, že je to nemoc, ale kde se ta nemoc vzala? Vždyť to byla taková chytrá a šikovná holka...

V tu chvíli mě vždy znovu napadá, že rodina potřebuje dobré a srozumitelné informace o tom, co poruchy příjmu potravy jsou, s čím se jejich blízký potýká. Až tyto informace vstřebají, budou se pravděpodobně ptát, jak mohou pomoci. Podobně probíhá setkání s partnerem.

Publikace od Rii Černé přináší pro otce i partnery srozumitelný vhled do světa, ve kterém si pro jeho pochopení nevystačíme s běžně zažitými zkušenostmi, protože v něm nyní vládne mentální anorexie, bulimie či záchvatovité přejídání. Jde o svět s vlastní logikou, která se zejména v oblasti kolem jídla zdá zdravým lidem iracionální a tím pádem nepochopitelná. Také se tu potkáme do jisté míry s mužsko-ženským světem, který je ovšem přeformovaný nemocí, která zamíchá prioritami a dotkne se až samotných kořenů blízkých vztahů.

V úvodních kapitolách jsou čtenáři seznámeni s tím, že jde skutečně o nemoc, která postihuje psychiku, tělo i vztahy, a dostávají první odpovědi na velmi praktické dotazy - jak nemoc rozpoznám, jak postupovat dál.

Přestože se muži obecně podle mých zkušeností snaží k problému s jídlem u svých dcer i partnerek zaujmout spíše věcný, pragmatický postoj, čímž mohou dobře doplnit emotivní a pečující přístup matek, sester apod., sami nemoc také značně prožívají a obvykle si se svými emocemi nevědí příliš rady. Kniha může být v tomto směru jakýmsi průvodcem, který nabízí pro muže možnost své pocity a myšlenky přijmout jako adekvátní a srozumitelné vzhledem k náročné situaci. Díky tomu, že zde vychází autorka z vlastních zkušeností z práce s otci a partnery v rámci svépomocné skupiny, doplněné empirickým výzkumem, jsou tyto kapitoly knihy plné reálných problémů a naznačených realistických řešení.

„Skoro nic nejí, mám ji nutit, aby jedla?“ „Co když vím, že mi lže?“ „Co jí mám říct, když se ptá, jestli je tlustá?“ Toto je pouze zlomek z mnoha „nejčastějších otázek“, které tvoří spolu se stručnými odpověďmi poměrně rozsáhlou a prakticky velice užitečnou kapitolu. Po spíše teoretickém úvodu a důležitém věnování se náročným pocitům je čas na konkrétní rady. Čtenář, který se probírá touto kapitolou, velmi pravděpodobně s úlevou zjistí, že řada každodenních situací v rodině, ve které se zabydlely mentální anorexie, bulimie či přejídání, je pro život s těmito poruchami dočasně obvyklá, že nejde o to, kdo koho má či nemá rád, ale o důsledky náročného onemocnění. Také je z obsahu této kapitoly zřejmé, na jakých frontách se s nemocí utkáme - neptáme se jen na jídlo, ale také jak spolu mluvit a čelit nevyhnutelným konfliktům, jak nemoc ovlivní vztah, chod rodiny, partnerskou intimitu, jak zacházet s léčbou u odborníka a další. Kniha je zakončena kapitolkou o tom, jak se otcové či partneři mohou postarat i o sebe, přidán je v čase vydání aktuální přehled vhodných odkazů a kontaktů.

Knihu mohu doporučit nejen otcům a partnerům, ale všem, kteří mají zájem a potřebují do problematiky poruch příjmu potravy více proniknout a získat řadu cenných rad.

Mgr. Jan Kulhánek

O MENTÁLNÍ ANOREXII

Příběh I - mentální anorexie dcery pohledem otce

„Mé dceři Petře je 17 let a trpí mentální anorexií. Všechno začalo už před 3 lety, ale to jsem vůbec netušil, že se jedná o nějakou nemoc. Měla své telecí období, doma s námi moc nemluvila, listovala pořád v nějakých časopisech, chtěla jíst zdravě, začala taky cvičit, ale nebyly s ní žádné velké problémy, prostě normální puberta. Ve škole jí to šlo, nosila jedničky, taky měla spoustu kamarádek, i kluci se kolem ní motali, nebyl důvod myslet si, že se něco děje. Petra se tenkrát hodně hádala s manželkou, vlastně ani nevím, kvůli čemu to bylo, moc jsem se toho neúčastnil, byl jsem hodně v práci.

Petra se postupně uzavírala víc a víc, odmítala s námi jezdit na víkendy, vymlouvala se na školu a na další povinnosti. Vynechávala některá společná jídla, hodně času trávila sportem, ale spíše sama, než s kamarády. Manželka si také všimla, že je nějak moc hubená. Zpočátku se nám to nezdálo tak důležité, v tomhle věku se mladý holky prostě hlídají a blbnou, ale když se Petra jednou u jídla, které jsme jí přinutit sníst, rozbrečela, došlo nám, že to asi není úplně v pořádku.

Říkal jsem si, že prostě začne jíst pod dozorem, přibere a bude to zase dobré, ale čím víc jsme jí nutili a hlídali, tím víc jsme se všichni hádali a Petra dál hubla. Odmítala připustit, že se něco děje, přitom je chytrá, ale žádné racionální argumenty, proč by měla jíst, prostě nefungovaly. Nechápal jsem, co se to s ní děje, měla přece všechno, co chtěla, neměla žádné problémy, to bychom s manželkou určitě věděli, chtěli jsme jí pomoci, ale nevěděli jsme jak, když se Petra všemu tolik bránila.

Manželka z toho byla nešťastná, všechno se doma točilo kolem Petry, o nějakém partnerském životě nemohla být řeč, hrozně mě to tenkrát vyčerpávalo, raději jsem byl někde sám, abych o tom nemusel pořád přemýšlet. Kolegové v práci věděli, že s Petrou něco je, ale nechápali to, přišlo jim jednoduché dceru prostě pořádně vykrmit. Manželka se nakonec odhodlala jít k doktorovi a všechno mu řekla. Ten okamžitě doporučil, abychom i s dcerou přišli a společně se poradili, co bude dál. Petra to samozřejmě odmítla, ale tentokrát už jsme se s manželkou nenechali umluvit a Petru k lékaři dovedli násilím. Lékař si nejprve promluvil s ní o samotě a poté i s námi a navrhl nám nechat dceru hospitalizovat na Dětské psychiatrické klinice. Petra vše razantně odmítla, prosila nás, ať ji necháme doma, že už bude jíst normálně. Zdálo se mi to pro Petru kruté, jen tak ji dát do nemocnice, tak jsme si ji nechali doma a zkusili se řídit pravidly, která nám doporučil lékař. Jenže Petra nic z toho neplnila, jídlo schovávala, lhala nám, byla náladová, vztahovačná, přecitlivělá, ztrácela se nám před očima.

Měl jsem toho plné zuby a znovu jsem Petře pohrozil nemocnicí. Měl jsem pocit, že už to takhle nevydržím, že každodenní hádky s dcerou a častěji už i s manželkou jsou nad mé síly a že by bylo nejlepší, aby dcera do té nemocnice šla a tam s ní něco udělali. Nakonec jsme tak proti její vůli s manželkou rozhodli a Petra k léčbě nedobrovolně nastoupila. Hrozně se mi ulevilo, konečně byl doma zase klid, věřil jsem, že odborníci Petře pomůžou, když jsme to my nedokázali. Připadal jsem si hloupě, že se neumím o svou dceru postarat sám, ale docházeli jsme taky na nějakou tu rodinnou terapii, kde jsem pochopil, co to je za hroznou nemoc a že nemá smysl hledat vinu, ale je důležité myslet dopředu.

Petra během hospitalizace přibrala na svou původní váhu, častěji se smála, byla ráda, když jsme za ní přišli na návštěvu. Vypadalo to, že vše zas bude dobré, že to všechno zvládneme. Když Petru propouštěli z nemocnice, říkal jsem si, že je vyhráno.

Nějaký čas to šlo, ale teď Petra už zase ubírá v jídle, hádá se o každý gram jídla navíc, nespolupracuje. Zdá se mi, že se to zase všechno vrací a vůbec nevím, co dělat. Představa, že to

dopadne jako před hospitalizací, je strašná. Asi jsme jí měli víc hlídat, nebo jsme jí měli donutit, aby chodila na terapii i po hospitalizaci, ale nechtěla a nám se to nezdálo tak důležité, byla v pořádku. Lékaři nám znovu doporučují hospitalizaci, a protože Petra není plnoletá, stále o tom můžeme rozhodnout my. Ale co když to nepomůže a dopadne to stejně jako teď?”

Co je mentální anorexie?

Mentální anorexie je závažné onemocnění, které postihuje především dívky ve věku 11-18 let. Není to tedy výmysl, vzdor či módní záležitost. Nemoc je zdánlivě spuštěna jedním konkrétním spouštěčem (samy nemocné takto označují např. poznámku okolí o jejich vzhledu, rozvod rodičů, rozchod s partnerem,...), ve skutečnosti je však propuknutí nemoci důsledkem mnoha faktorů. Mohou to být např. genetické dispozice, osobnostní nastavení, vztahové obtíže, nízké sebevědomí, jiné psychické onemocnění, společenský tlak a tlak médií, akutní či dlouhodobý stres, psychické trauma z dětství, rodinné problémy, pocit ztráty kontroly nad svým životem, mentální anorexie matky či sestry, ztráta blízkého člověka, rychlý nárůst tělesné hmotnosti a mnoho dalších.

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout. U některých nemocných je omezování se v jídle naopak doprovázeno zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rády vaří pro druhé,...). Ženy a dívky s mentální anorexií neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a floušfce.

Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny příznaky (chybí-li některý, může se jednat o atypickou formu mentální anorexie):

- > tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo je Queteletův index tělesné hmotnosti (body mass index: $BMI = \frac{\text{váha v kg}}{\text{výška v m}^2}$) 17,5 nebo méně
- > žena či dívka snižuje váhu různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním léků na odvodnění, hubnutím, užíváním projímadel či nepřiměřeným cvičením
- > strach z flouščky, přetrvávající i při výrazné vyhublosti, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy
- > nepřítomnost menstruace (bývá „zakryta“ užíváním hormonální antikoncepce)
- > začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu zastavení, k dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menstruace může být opožděna

(Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize, 2006)

Mentální anorexie je biopsychosociálním onemocněním, nelze jej zjednodušovat jen na jídelní problém. Jídlo, resp. hladovění je pouhým symptomem, příznakem, který přivolává pozornost pečujících. Pro úspěšnou léčbu je třeba nejen začít jíst, ale také porozumět hlubším kontextům, za kterých se nemoc utvářela a hlavně nadále udržuje.

Jak anorexii na dceři/partnerce poznám?

Zpočátku dcera či partnerka omezuje příjem některých potravin (sladkosti, smažená jídla, slazené nápoje,...), nahrazuje normální výrobky za light produkty, upravuje svoji životosprávu, více dbá na to, co a jak jí, snaží se pravidelně cvičit. V této fázi se vůbec nemusí o mentální anorexii jednat, zpravidla tak ale tato nemoc začíná. V počáteční fázi se dívka či žena většinou cítí velmi dobře, má hodně energie, lidé v jejím okolí ji chválí za snížení váhy a upravení životního stylu, dívce či ženě se daří ve škole, v práci, v kolektivu je oblíbená a vyhledávaná.

Postupem času se však nemocná začne vyhýbat společnému jídlu s výmluvami typu „už jsem jedla, nemám teď hlad, vezmu si něco potom, tohle já nejím, tohle mi nechutná,...“ Někdy např. celý den nejí, ale aby zbytečně nevzbuzovala podezření, že se něco děje, tak jejím jediným jídlem je nějaká lehká večeře s rodinou či partnerem. Kontrola hmotnosti a příjmu potravy nabývá na významu a zabírá více času než v počátku. Reakce okolí už nejsou obdivné, ale spíše plné obav a starostí o zdraví nemocné.

Pokud je dívka či žena nucena k jídlu, obvykle dává najevo svou averzi, snaží se jídlu vyhnout, vyhodit ho, schovat, vymýšlí si. Musí-li jíst, jídlo si krájí na malé kousky, případně jí pouze malou lžičkou a z malého talíře, čas strávený u jídla je mnohem delší než je obvyklé, při tom vyhledává i jinou činnost, jen aby se na jídlo nemusela tolik soustředit (jí u televize, počítače, při čtení časopisů, u učení...).

Mentální anorexie se navenek projevuje také změnou nálad nemocné. Bývá vztahovačná, náladová, přecitlivělá, výbušná, protivná sobě i svému okolí, někdy nekomunikativní a uzavřená do svého světa. Otázky směřující k jejímu jídlu či k její vyhublosti odmítá a existenci nemoci popírá. Uzavřením se do sebe ztrácí zájem o vše kolem sebe - o přátele, koníčky, zábavu, její svět se zužuje na kontrolu hmotnosti a příjmu potravy.

Jak dlouho bude dcera/partnerka anorexii mít?

Mentální anorexie je závažné onemocnění a léčba je velmi obtížná a zpravidla dlouhodobá. Celosvětové výzkumy udávají, že průměrně toto onemocnění trvá šest let. Vždy ale záleží na konkrétní situaci a konkrétním jedinci. Včas zachycená a léčená mentální anorexie může být zvládnuta za velmi krátkou dobu. Čím déle dívka či žena s nemocí žije, tím obtížnější zpravidla léčba je. Základem je tedy co nejdříve dceru či partnerku motivovat k léčbě, pomoci jí uvědomit si závažnost jejího zdravotního stavu a doprovodit ji k odborníkovi.

Co se s tím dá dělat, jak se to léčí?

Mentální anorexie vyžaduje odbornou léčbu. Mohlo by se zdát, že povídat si o nemoci a připravovat jídlo nemocné může i její partner či otec a není k tomu třeba ani psycholog, ani psychiatr. Svěření léčby odborníkům se však ukazuje jako efektivnější vzhledem k délce léčby (kvalitní odborná pomoc proces léčby vždy urychlí) a také vzhledem k nebezpečí narušení rovnováhy ve vztazích nemocné dcery a otce či nemocné partnerky a partnera. Setrvání v roli partnera či otce bez přebírání odpovědnosti za léčbu je tedy pozitivní nejen pro samotnou dívku či ženu, ale i pro otce a partnera a zachování jejich zdravého vztahu.

Jak již bylo řečeno, léčba mentální anorexie je dlouhodobá, vyžaduje pravidelnou psychoterapii, která je někdy kombinována s farmakoterapií (nemocná po určitý čas užívá léky na snížení úzkostnosti

či depresivity). Bohužel lék přímo na mentální anorexii neexistuje. Psychoterapie probíhá pod vedením psychologa, psychoterapeuta či psychiatra a spočívá v odhalení mechanismů nemoci, v učení se novým postojům k sobě samé, ke svému tělu i k jídlu a ve hledání zdravějších způsobů řešení problémů. Cílem je tedy pomoci nemocné najít náhled na onemocnění a pracovat na změnách, které nemocné dívce či ženě přinesou kvalitnější život bez této nemoci.

Proč tím trpí zrovna moje dcera/partnerka?

Tato otázka napadne asi každého, komu onemocní někdo blízký, a přesto na ni neexistuje uspokojivá odpověď. Hledání příčin a viny je neproduktivní a často vede jen k dalším konfliktům a rozčarování. I kdyby se podařilo viníka najít, nemocnou dívku či ženu to samo o sobě nevyлéčí. Je třeba vzít nemoc dcery či partnerky jako fakt a hledat možnosti, jak jí pomoci k uzdravení.

Během léčby se většinou některé příčiny toho, proč nemoc vypukla právě u Vaší dcery či partnerky, odhalí, ale mnohem důležitější je najít účinný způsob léčby „teď a tady“. To je práce hlavně Vaší dcery či partnerky a odborníka.

O MENTÁLNÍ BULIMII A ZÁCHVATOVITÉM PŘEJÍDÁNÍ

Příběh II - mentální bulimie partnerky pohledem partnera

„Když jsme se s Adélou poznali, bylo mi tehdy 24 let. Ona byla o dva roky mladší a zalíbila se mi na první pohled. Byla s ní legrace, užívali jsme si života a bylo nám spolu fajn. Občas měla svoje záchvaty smutku, že je tlustá a musí držet dietu, ale moc jsem tomu nevěnoval pozornost, takhle přece blbnou všechny holky. Navíc ona byla nádherná, nechápal jsem, co řeší. Je pravda, že někdy jedla jako vrabec a jindy se zase hrozně ládovala, ale nikdy mě nenapadlo, že by to mohl být nějaký problém. Prostě občas víc přibrala a pak to zase zhubla. Dnes sám nechápu, jak jsem mohl bejt tak slepej, proč jsem se jí neptal dřív, proč jsem víc nesledoval, jak a co jí a neposlouchal ji pozorněji, když se mi snažila říct, že má se svou postavou velký starosti. Ale tenkrát mi to vůbec nedocházelo.

Pamatuju si, že se její smutný nálady ještě zhoršily, když jsem začal víc pracovat a nemohli jsme spolu trávit tolik času. Sice jsme spolu bydleli, ale potkávali se jen večer, to byla ona hrozně unavená, často taky podrážděná a hádali jsme se. Měl jsem toho plný zuby z práce a hádat se ještě doma mi taky na náladě nepřidalo. Snažil jsem se práci omezit, ale ona byla pořád víc smutná, unavená, její radost ze života jakoby se vytratila.

A pak mi jednoho dne napsala mail, ve kterém se přiznala k bulimii a oznámila mi, že se musíme rozejít, protože si mě nezaslouží a nechce mě trápit. Hrozně mě naštvávalo, že bez toho, aby mi něco řekla, náš vztah ukončuje. Věděl jsem, že bulimie je nemoc, co měla princezna Diana, ale vlastně jsem pořádně netušil, oč přesně jde. Hned jsem jí volal a prosil ji, aby nedělala ukvapený závěry, že ji mám rád a že to všechno zvládneme a bude to dobrý. Vlastně jsem si myslel, že prostě přestane zvracet a bude to, že to je otázka maximálně měsíce, protože kdo by dobrovolně dělal takovou věc.

Začal jsem hledat informace na internetu, povídal si s holkama, co měly bulimii, na chatu a postupně mi došlo, že to asi není tak jednoduchý, jak jsem si myslel. Adéla se mnou zůstala a zkoušela přestat zvracet, ale nedařilo se jí to, vždycky se přejedla znovu a znovu. Snažil jsem se pochopit všechny její nálady, strach z tloušťky, ty všechny pocity, který kolem jídla měla. Ale propadala se do čím dál větších depresí a já jsem nevěděl, co dělat. Neuměl jsem ji podpořit, připadal jsem si neschopně. Náš vztah ta nemoc hrozně ovlivnila, pořád se o tom mluvilo a když nemluvalo, lámal jsem si hlavu, jak jí asi je a jestli náhodou zase tajně nezvracela. Jak byla pořád unavená, nechtěla se ani milovat, nevěděl jsem, jestli je to mnou, tou nemocí nebo čím vlastně. Nikam jsme nechodili, vyčerpávalo ji být s lidma a předstírat dobrou náladu.

Bylo pro mě taky těžký, že to nikdo v našem okolí nevěděl, ani její rodiče, snad ani kamarádky, před lidma venku byla vždycky dokonalá herečka, doma pak brečela a bylo jí zle. Zkusil jsem jí navrhnout, aby se šla léčit, ale styděla se a říkala, že přece není žádná anorektička, že neumírá, že by se musela hanbou propadnout, kdyby o tom ještě někomu řekla. I když věděla, že to je nemoc a četla si všechny ty informace a knihy, tak se neodhodlala k vyhledání nějakýho toho doktora, kterej by jí pomohl. Nevěřila, že by se toho mohla zbavit a přibrat v žádným případě nechtěla.

Často jsem měl i pocit, že jí je jedno, že bulimii má a že s tím ani nic dělat nehodlá. A pak mě jednou napadlo, že tohle nevydržím, že už na to nemám a odejdu od ní. Jenže představa, že ji v tom nechám samotnou, mě poutala zpátky k ní, měl jsem obrovský výčitky svědomí už jen za ty myšlenky na rozchod. V téhle fázi jsem vlastně pořád. Každý den si přeju, aby ta nemoc zmizela, aby prostě nebyla a Adéla byla stejná jako dřív. Mám ji pořád rád, chtěl bych, aby nám bylo spolu zase dobře, ale přestávám věřit, že to tak ještě někdy bude. Prosil jsem ji, vyhrožoval, tlačil na ni, ale nic z toho

nepomáhá, pochopil jsem, že k léčbě se musí rozhodnout sama, je dospělá. Jen nevím, jestli na tohle rozhodnutí vydržím čekat.“

Co je mentální bulimie?

Mentální bulimie je závažné onemocnění, které postihuje dívky a ženy nejčastěji ve věku 18-24 let. Je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. „binge eating“ a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Minimálně polovina žen, které onemocní mentální bulimií, prodělaly předtím epizodu mentální anorexie. Po delším období omezování se v jídle či hladovění je přejídání logickým důsledkem. Dívka či žena však potřebuje kontrolovat svou hmotnost a příjem potravy začne regulovat vyvolaným zvracením. Po nějakou dobu se jí tak daří konečně jíst to, co si tak dlouho odpírala a zároveň nepřibírat. Přejídání a zvracení může mít i další význam - může přinášet dobrý pocit z nasycení a následného uvolnění, ventilaci stresu a uklidnění.

Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny uvedené příznaky:

- > neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
- > snaha potlačit výkrmný účinek jídla následujícími způsoby: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, léky na potlačení chuti k jídlu či léky na odvodnění
- > specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, ve snaze udržet si nižší váhu než je fyziologicky pro tělo dívky či ženy optimální.

(Mezinárodní klasifikace nemocí, 10.revize, 2006)

Bulimický kolotoč může vést postupně ke sníženému sebevědomí a kritickému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, nestabilitě nálad i depresivním poruchám.

Co je záchvatovité přejídání?

Záchvatovité přejídání může být reakcí na stres, vede k nárůstu hmotnosti následkem psychických faktorů a poruch stravovacího chování. Obezita pak může vést postupně ke sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci nebo rozvoji další somatoformní poruchy. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, afektivní lability i depresivním poruchám.

Jak bulimii nebo záchvatovité přejídání na dceři/partnerce poznám?

Zpočátku je velmi těžké tato onemocnění u nemocné rozpoznat. Ta se za nemoc většinou stydí a velmi dobře ji maskuje. Přesto se ale dají vysledovat určité příznaky, kterými jsou: rychlé změny tělesné hmotnosti (dívka či žena může během několika týdnů přibrat až 10kg a následně je opět rychle zhubnout), zkonsumování velkého množství potravin během jednoho jídla, pravidelně se opakující odchody na toaletu či do ústraní po jídle (to platí i pro stravování v restauraci či společné stravování

doma), otoky v obličeji a v oblasti krku, časté „nevysvětlitelné“ nevolnosti, poranění na hřbetu ruky způsobené vyvoláváním zvracení, zápach z úst, zkažené zuby, problémy s pleť, dále také vyhýbání se společenským akcím mimo známé prostředí (ze strachu, že by dívka či žena neměla příležitost se vyvracet). Nemocná také často skrývá rychlé změny tělesné hmotnosti a „nafouklé břicho“ za volné oblečení, vyhýbá se situacím, ve kterých by se musela vysvléknout (bazén, sauna, v intimním vztahu s partnerem, atd.).

Mentální bulimie se navenek projeví také 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).

Jak dlouho bude dcera/partnerka bulimii mít?

Mentální bulimie může trvat několik měsíců, ale i několik let, a to i z důvodu, že ji dívka či žena dokáže velmi dlouho tajit. Záleží na odolnosti organismu, zdravotní problémy způsobené bulimií se mohou u někoho objevit po pár měsících, u někoho až po letech přejídání a zvracení. Léčba mentální bulimie je stejně jako u anorexie dlouhodobá a vyžaduje odbornou pomoc.

Co se s tím dá dělat, jak se to léčí?

Spolupráce dívky či ženy nemocné bulimií s odborníky bývá lepší než v případě mentální anorexie, protože dívka či žena si sama uvědomuje, že přejídat se a zvracet jídlo není normální a hlavně to pro ni znamená velkou fyzickou i psychickou zátěž. I v případě bulimie je však pro dívky a ženy příznačné, že mají narušený postoj ke svému tělu, k sobě samé a na změnách těchto postojů je třeba pracovat.

Základem pro zbavení se nezdravých jídelních návyků je úprava jídelního režimu tak, aby tělo nebylo nuceno se přejídat. Nemocné je tedy doporučováno jíst pravidelně alespoň 5x denně přiměřené porce, dostatečně se hýbat a učit se mít ráda své tělo. Průvodcem v léčbě jí může být psycholog, psychoterapeut či psychiatr, případně také poradce na výživu. Velmi dobře mohou také posloužit modelové jídelníčky, kterých se nemocná v počátcích léčby drží. Ty bývají součástí svépomocných manuálů a příruček pro poruchy příjmu potravy. Dají se koupit v běžném knihkupectví.

Pro snížení depresivity a úzkosti je v některých případech doporučována farmakoterapie, která by měla být ale vždy doplněna psychoterapií. Samotné léky mentální bulimii nevléčí.

Proč tím trpí zrovna moje dcera/partnerka?

Hledat odpovědi na tuto otázku je velmi náročné a často k žádnému konstruktivnímu řešení nevede. Vaše dcera/partnerka i Vy sám jistě nějaké příčiny identifikovat dokážete, pro samotnou léčbu a uzdravení je však nutné zaměřit se na situaci „ted a tady“, spíše než najít viníka a rozhádat se s celou rodinou.

V průběhu léčby se určitě objeví nové souvislosti a Vy i dcera/partnerka lépe porozumíte, proč nemoc u dcery/partnerky vznikla a jaký mechanismus ji udržuje. Je ale spíše na dceři/partnerce a jejím terapeutovi, aby společně uzel příčin rozpletili a dcera/partnerka vykročila na cestu životem bez nemoci.

OTEC NEMOCNÉ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

Skutečnost, že dcera trpí některou z forem poruchy příjmu potravy, bývá pro otce více překvapivá než pro matku. Doba, za kterou otec tento fakt vezme skutečně vážně a přijme jej, také bývá delší. Někdy k přijetí nemoci u otce nikdy nedojde a porucha příjmu potravy je popírána, případně bagatelizována. Průvodcem léčby dcery je zpravidla matka, což ukazuje i rozložení účasti rodičů na svépomocných skupinách pro rodiče nemocných dívek (Svépomocná skupina Anabell Praha, Klub pro rodiče při Specializované jednotce PPP Psychiatrické kliniky VFN Praha). Při účasti obou rodičů muž přenechává iniciativu manželce či partnerce, matce dcery, s konstatováním „žena o tom ví víc, víc tomu rozumí, já nevím, jak bych to měl říci“. Pohled otce je však zvláště u mladších dívek stejně důležitý jako matčin, jeho zapojení např. do rodinné terapie je velmi žádoucí a pro léčbu poruchy příjmu potravy dospívající dcery často klíčové.

1. Potřeby a pocity pečujících zjištěné empirickými výzkumy

Bylo provedeno mnoho studií zabývajících se tím, jaký psychický dopad má péče o osobu s duševním onemocněním na pečující. Ukazuje se, že poskytování péče má významný vliv na úroveň distresu pečujícího. Ten péči pocítuje jako subjektivní břemeno a vyjadřuje potřebu podpory. Jsou ale známy i pozitivní aspekty poskytování péče. (*Perkins et al., 2004, přel. autor*)

Z kvalitativní studie „Zkušenost s poskytováním péče duševně nemocným“ vyplývá, že pečující o osobu s poruchou příjmu potravy často zažívají pocity viny a studu. Dále vyjadřují potřebu praktické a emoční pomoci v jednání s nemocnou osobou (např. potřeba pomoci v čase oběda, potřeba pomoci při zvládnání celé situace), potřebu získat více informací o nemoci a léčbě, o svépomocných skupinách, o možnostech léčby a jednotlivých léčebných přístupech. Ze studie také vyplývá, že pečující cítí velkou zodpovědnost za vznik poruchy příjmu potravy, vnímají dopady nemoci na svou rodinu, vytvářejí kognitivní reprezentaci nemoci (tzn. vidí nemoc odděleně od své dcery). (*Treasure et al., 2001, přel. autor*)

Z kvalitativní studie „Potřeby pečujících a jejich zkušenosti se službami a další podporou“ vyplývají tři klíčové oblasti potřeb: více informací, praktické rady a vedení a potřebu mluvit s někým druhým o své zkušenosti. Respondenti uváděli dále potřebu získat více informací o vlastní léčbě, chtěli být zapojeni do léčby. Respondenti, jejichž dcera se již uzdravila, upozorňovali na nutnost prevence poruch příjmu potravy a domnívali se, že kdyby měli v počátku onemocnění více informací, dařilo by se nemoc dcery zvládnout lépe a rychleji. Zvláště u mužů zaznívala potřeba po konkrétním průvodci, kde se dozví, jak jednat s nemocnou dcerou či partnerkou, získat tak ujištění, že dělám věci správně: „Co mám dělat, když se přejí?“, „Co mám dělat, když chce zvracet?“, „Co mám dělat, když nejí, mám se jí ptát, co bude jíst?“, „Mám se ptát, jak jí je?“, „Mám jí něco zakazovat?“, „Měl bych ji nechat rozhodovat samostatně?“, atd.. Někteří respondenti potřebovali mluvit o své zkušenosti hlavně s těmi, kdo mají podobnou zkušenost a mohou tak situaci lépe rozumět. Věřili, že podpůrná svépomocná skupina jim pomůže zmírnit pocity izolace a nabídne jim možnost sdílet informace a zkušenosti. (*Winn et al., 2004, přel. autor*)

2. Průběh poruchy příjmu potravy dcery očima otce

Průběh poruchy příjmu potravy je u každého jiný, stejně tak je individuální pohled otce, který nemoc dcery sleduje. Přesto lze obecněji popsat vývoj pohledu otce na nemoc a proměnu pocitů a potřeb otce během onemocnění dcery. Vycházíme ze situace, kdy jsou v rodině přítomni oba rodiče, dcera s nimi žije ve společné domácnosti a oba rodiče projevují zájem o onemocnění dcery a řešení situace. Jakákoliv jiná podoba tohoto systému (např. neúplná rodina, dcera žijící samostatně, rodiče v rozvodovém řízení, dysfunkční vztahy v rodině, neochota rodičů onemocnění být jen připustit, atd...) znamená také proměnu pohledu otce na nemoc a proměnu jeho potřeb. Čas, který otec potřebuje k přijetí nemoci, k jejímu připuštění a vyrovnání se, resp. i k přechodu do dalších fází boje s nemocí, je opět různě dlouhý. Závisí nejen na dceři, jejím věku, závažnosti a délce trvání poruchy, ale i na povaze otce, jeho ochotě, zkušenostech a možnostech zvládnout těžkou situaci společně s dcerou.

2.1 Odhalení onemocnění dcery

S podezřením na onemocnění dcery zpravidla přichází za otcem matka. Ať už se jedná o mentální anorexii, bulimii či přejídání, reaguje otec často lehkovážně, odmítavě, strach matky o dceru zlehčuje (tato reakce je o to častější, pokud dcera trpí mentální bulimií a fyzicky se nijak nápadně nemění, často ani v jejím chování nejsou pro otce patrné změny). Nápadně jiné chování je navíc často ze strany obou rodičů, zvláště otce, přičteno pubertě a dospívání, s typickým postojem „to ji zase přejde“. V další fázi vyrovnávání se se skutečností nemoci dcery se objevuje snaha po rychlých řešeních, znovunastolení normálního chování jak v jídle, tak ve vztazích. Otec se snaží využít své autority („prostě se pořádně najíš a bude to“, „zamkneme lednici a kuchyň a opovaž se přejídat a zvracet“, „přestaň si vymejšlet a chovej se normálně“), po skutečných problémech a pocitech dcery se však neptá. Jeho snaha je pochopitelná, snaží se rychle vyřešit krizi, která zasahuje celou rodinu včetně jeho partnerského vztahu s manželkou či partnerkou.

Z kvalitativní studie, jejíž respondenti byli také otcové dívek nemocných poruchou příjmu potravy, vyplývá, že někteří pečující rozpoznali nástup nemoci, pozorovali změnu v chování, ale nedokázali nemoc dcery zastavit. Narazili buď na popírání nemoci dcerou či absolutní neochotu o tomto podezření pečujícího komunikovat. Po potvrzení onemocnění dcery často u otců dochází k podcenění závažnosti onemocnění, většina z nich pak popisuje období zjištění nemoci jako období plné bezmoci, kdy nevěděli, co mají dělat, jak komunikovat, na koho se obrátit. (*Perkins et al., 2004, přel. autor*)



2.2 Hledání příčin a logiky nemoci

Pokud se nemoc opravdu rozvine a nejedná se o běžné konflikty a hledání spojené s pubertou a adolescencí dcery, začne si otec klást otázku, jak je možné, že jeho dcera je nemocná, kde se stala chyba a kdo za ni může. Často dochází k hádkám mezi rodiči nemocné dcery, každý zastává jiné stanovisko, jak by se mělo s dcerou jednat a postupovat. Otec je vystaven tlaku matky, kterou již dlouho svírá strach o dceru a očekává od něj, že také on konečně převezme zodpovědnost za nemoc a léčbu své dcery. Vzájemné obviňování a nekonstruktivní hledání chyb a příčin je v ideálním případě přerušeno odborníkem, kterého rodina vyhledá a dostane první informace o nemoci, zdravotním stavu dcery, možnostech léčby, podílu jednotlivých členů rodiny na léčbě.

Perkins (2004) ve svém výzkumu dochází k závěru, že většina otců dokázala sama sobě logicky zdůvodnit, že onemocnění není jejich chyba. „Lámete si hlavu nad tím, jestli to byla Vaše chyba. Co jsem udělal? Co jsem neudělal? Co jsem měl udělat? No a já osobně jsem došel k závěru, že jsem nemohl dělat nic, že se to prostě stalo, nemůžete si donekonečna připomínat vinu.“ (Gregory, otec). Negativní emoce, které se u respondentů objevily v souvislosti se zjištěním poruchy příjmu potravy u dcery, nevymizely, naopak se v průběhu nemoci ještě zesílily. Respondenti hovořili o frustraci a vzteku, zklamání, pocitu, jako by byli chyceni v síti, pocitu nemožnosti situaci zvládnout a nezbláznit se. Intenzita těchto pocitů se snížila s jakoukoliv pozitivní proměnou (zlepšení stavu dcery, odchod dcery z domu, předání dcery do odborné péče,...). (Perkins et al., 2004, přel. autor)

2.3 Mobilizace sil a podpora dcery v léčbě

V této fázi se otec většinou snaží dozvědět o nemoci dcery co nejvíce informací - pochopit logiku nemoci, přijmout skutečnost, že porucha příjmu potravy je závažná nemoc a bude vyžadovat trpělivost a dlouhodobou odbornou pomoc.

Dlouhé měsíce hádek s dcerou i manželkou vystřídá částečné uklidnění a naděje, že existuje cesta ven a že problém je řešitelný. Otec potřebuje najít odpovědi na své konkrétní otázky, potřebuje konkrétní rady, jak se chovat v té které situaci. Jak s dcerou komunikovat, jak řešit situace vzniklé kolem jídelních návyků, jak zacházet se strachem dcery z jídla, jak nepodléhat jejím manipulacím, jak zůstat pevný a zároveň citlivý ve svých rozhodnutích, jak se vyjadřovat o dceřině vzhledu, jak vystupovat spolu s manželkou jednotně co se týče chování k dceři, jak udržet chod rodiny, jak vysvětlit dalším potomkům chování a obtíže jejich sestry, atd.

Zprostředkování informací a odborné literatury je pro otce tou největší pomocí, kterou v tuto chvíli může odborník i laik nabídnout. Na Svěpomocné podpůrné skupině Anabell Praha se opakovaně ukazuje, že v této fázi otec nepotřebuje sdílet své pocity a poslouchat příběhy jiných rodičů, ale potřebuje jasné a konkrétní rady, jak nemoc odstranit, jak eliminovat její dopady („Řekněte mi, kam se mám vrátit, kde a jak to mám opravit, ať je dcera zase zdravá!“ - citace účastníka svěpomocné podpůrné skupiny Anabell Praha pro blízké v roli otce). Otázky často směřují k logice nemoci, k překvapení z nefungující racionální argumentace, k bezradnosti, co dělat, když se dcera nechová podle předpokladů a nefungují rady, které otec našel v odborných knihách či slyšel od odborníka. Pozornost otce je tedy maximálně nasměrována k nemocné dceři. Partnerský život, péče o další potomky, vlastní koníčky a péče o sebe a vlastní pocity jsou zatlačeny do pozadí.

O to více je frustrující, pokud dcera nespolupracuje, nesdílí odhodlání rodičů vyhledat odbornou pomoc a začít se léčit, dokonce reaguje negativně na obrovskou starost a péči rodičů a odmítá nejen léčbu, ale i samotnou existenci nemoci. Poučený otec ví, že ambivalence k léčbě je součástí onemocnění a je konfrontován s vlastní bezmocí cokoliv pro dceru udělat. Poprvé pocituje na vlastní kůži to, co vyčetl v odborné literatuře - k léčbě se musí rozhodnout dcera sama.

Jednou z možností pro dívky mladší 18 let je nedobrovolná hospitalizace, ke které dají souhlas rodiče. Otec s matkou mají tedy v rukách možnost, se kterou jejich dcera nemusí souhlasit, ale přesto se tomu musí podvolit. Rozhodnutí, co je pro dceru lepší, je pro otce snazší, pokud zná pozitiva i negativa obou možností - hospitalizace a dalších pokusů o léčbu v domácím prostředí - a pokud může svůj názor a následné rozhodnutí opřít o doporučení odborníka. Opora odborníka může oslabit pocit viny z toho, že otec nechává dceru hospitalizovat proti její vůli. I přesto může díky hospitalizaci dojít k vyhocení vztahu mezi otcem a dcerou. Bez odborníky doporučené hospitalizace zase hrozí zhoršení zdravotního stavu dcery. I nedobrovolná hospitalizace dcery však otce nemusí bezmoci zbavit, pokud po skončení pobytu zůstává dcera v podobném stavu jako před hospitalizací. Moc rodiče rozhodnout o dítěti mladším 18 let a tím zcela zvrátit onemocnění je tedy pouze zdánlivá.

Perkins (2004) v kvalitativní studii uvádí praktické obtíže, kterým se otcové při domácí péči o dceru museli postavit. Jednalo se o společné stolování a veškeré aktivity spojené s jídlem - nakupování, výběr potravin, schovávání jídla považovaného za snědené, finanční dopady, atd. Dále analyzuje strategie zvládání situace, které pečující používají. Těmi jsou: pozitivní způsob myšlení, humor, pokus akceptovat problém, udržet si vlastní zájmy a získat dostatek informací o nemoci. Důležité bylo také nepřemýšlet o ztracených letech a příležitostech, ale uvažovat v dimenzi „teď a tady“.
(Perkins et al., 2004, přel. autor)



2.4 Vyčerpání možností, vztek na služby, na společnost

Doba, po kterou je pozornost otce i celé rodiny maximálně soustředěna na pomoc nemocné dceři, je různě dlouhá v závislosti na věku dcery (čím nižší věk, tím zpravidla větší mobilizace sil celé rodiny), délce onemocnění, spolupráci dcery, možnostech léčby (ambulantní, pobytové, stacionární, svépomocné,...), trpělivosti a vytrvalosti rodiny. Pokud se však z nějakého důvodu léčba nedaří, možnosti léčby jsou vyčerpány bez viditelného efektu a otec nevidí výsledky své snahy a aktivity dceři pomoci, začne hrát roli vztek. V první fázi se jedná o vztek na služby, které jsou dostupné či právě nedostupné, na nefungující systém. Poprvé za dlouhé období, kdy se dozvěděl a postupně vyrovnal se skutečností, že jeho dcera je nemocná a že rychlé a snadné řešení neexistuje, ventiluje také své pocity. Přestává být podporující v boji s nemocí, hledá vysvětlení a omluvy pro to, proč se léčba nedaří. V této chvíli může být jeho vztek profitem pro samotnou nemoc, která najednou vypadá neřešitelná a zcela pohlcuje nejen dceru, ale i její blízké. Zaujetí postoje „my“ (dcera, rodina a nemoc) versus „oni“ (odborníci, kteří v očích otce selhali) jen posílí nemoc jako takovou a změna je blokována nejen dcerou, která sama není odhodlaná se léčit, ale i rodinou, jež vysílá zprávu „nikdo nám nepomůže, všichni jsou na nemoc naší dcery krátcí, nikdo si s ní neví rady“. Teprve rozklíčování tohoto „zaklínadla“ může celý proces léčby posunout dál.

Ani širší okolí často nenabízí otci pochopení a možnost najít úlevu. Díky nezkušenosti s nemocí doporučuje rychlá laická řešení, která však v případě poruch příjmu potravy nefungují, a otec záhy zjistí, že svěřovat se s problémem nemoci dcery a celé rodiny nezasvěceným ho spíše staví do role obhájce vlastní bezmoci, než aby mu pomohlo se s těžkou situací lépe vyrovnat. I tak mu ale širší okolí může pomoci - tím, že mu umožní alespoň na chvíli zapomenout na nemoc dcery a přemýšlet o běžných všedních radostech a starostech.

2.5 Bezradnost, bezmoc, apatie

Není výjimkou situace, kdy dcera navštěvuje společně s rodiči jednoho odborníka za druhým a u všech se jen díky postoji dcery a celé rodiny potvrdí rodinou přijaté výše uvedené „zaklínadlo“.

Ať už dcera spolupracuje či nikoliv, pro otce jsou opakované neúspěšné pokusy dceři zprostředkovat pomoc velmi frustrující, délka trvání řešení problému přímo úměrně zvyšuje pravděpodobnost pocitů bezmocnosti. Nefungují příručky, nefungují rady odborníků, vztah s dcerou i další vztahy v rodině se zhoršují a časová neohraničenost nemoci a jejího vyřešení vrhá otce do ještě větší bezradnosti.

Zatímco psychický stav dcery, pokud není k léčbě sama motivována, se absolvovanými pokusy vyléčit se příliš nemění, otec zažívá pocity bezmoci, někdy až apatie. Sdílení zkušeností a pocitů spolu s dalšími rodiči, kteří jsou ve stejné situaci, může přinést úlevu v tom, že tuto situaci zná i někdo druhý a také z ní zatím nenašel uspokojujivé východisko. To zmírňuje otcovy pocity bezmoci a viny, které naopak mohl umocnit postoj širšího okolí „tak s ní něco dělej, vždyť ti umírá před očima...“, „to já bych ji naučil jíst, to bys koukal...“, „jak sis ji vychoval, tak ji teď máš...“. Zároveň může být ve skupině přítomen někdo, kdo zažil podobnou situaci, cítil se stejně bezmocně a přesto se situace změnila a jeho dcera se uzdravuje. Svěpomocná skupina či podpůrná edukační skupina vedená odborníkem může otci pomoci udržet si víru ve vyléčení, i když aktuální situace zlepšení nenaznačuje.

2.6 Vztek na dceru, rezignace

Je obvyklé, že otec po určité době rezignuje na jakákoli další opatření a řešení a přestane se o nemoc dcery i o dceru samotnou zajímat. Často tomu předchází hádky a vztek na dceru, protože v očích otce dcera nedělá pro uzdravení dost. Neváží si pomoci rodičů, neslyší na smutek a pláč matky, neslyší na dobře míněné rady obou rodičů a dokonce ani odborníků. Otec zaujme obranný postoj „dělej si co chceš, je mi to jedno“. Méně se zdržuje doma, více se soustředí na svou práci, znovu se věnuje koníčkům, obnovuje vyčerpané síly. Nechce už poslouchat manželčiny obavy o dceru, diskuze na toto téma odmítá, maximálně manželce vyčítá její „věčně ochránářský“ postoj k dceři. S dcerou v této době málokdy komunikuje a pokud ano, tématu nemoci a dceřina zdravotního stavu se vyhýbá.

Otec nevědomě zaujímá obranný postoj, který ho chrání před neúměrnou psychickou zátěží způsobenou dlouhodobým onemocněním dcery. Málokdy je ochoten zabývat se svými pocity, nevyhledává možnost pocity sdílet, nemá chuť využít pomoci svépomocných skupin či odborníků, nevidí v tom smysl. Nabídka odborné pomoci pro něj samotného je v této fázi většinou odmítnuta. Jakoby si dříve než matka dcery uvědomil, že rozhodnutí k léčbě musí padnout z úst dcery, nikoliv jen od něj či od matky. Svým obranným postojem nevědomky poskytuje prostor dceři, která musí sama převzít odpovědnost za nemoc a léčení. Kritizováním přístupu manželky k dceři přispívá k tomu, aby i manželka stáhla „ochrannou ruku“, kterou doposud nad dcerou držela a věnovala se také sobě a svým potřebám. Pokud však dcera ještě není připravena na osamostatnění se a převzetí odpovědnosti za svůj život i své léčení, může být odcizení a rezignace otce kontraproduktivní a nemoc se může nadále zhoršovat. Neexistuje tedy jasně daná doba, po které je rezignace otce a matky, a tím i rozvolnění stereotypně fungujícího systému dcera - nemoc - rodiče, pro dceru uzdravující.

Trapková a Chvála (2004) v teorii sociální dělohy kladou důraz na terapeutovo správné rozpoznání situace v rodině. Úloha terapeuta podle nich spočívá buď v podpoře dcery separovat se od rodiny a v podpoře rodičů vytvořit prostor pro separaci, anebo v podpoře vztahového přiblížení se dcery s 19 matkou či dcery s otcem. (Trapková - Chvála, 2004)

2.7 Radost ze zlepšení, strach a zklamání z návratu nemoci

I drobný záchvív zlepšení stavu dcery probudí otce opět k aktivitě a víře, že uzdravení je možné i pro jeho dceru. Jen obtížně je však ochoten připustit, že zlepšení může být pouze přechodné a neznamená konečné vítězství nad nemocí. Krok zpátky (nezvládnutý jídelní režim - vynechané jídlo, přejedení s následným zvracením,...) vnímá jako selhání a jen těžko skrývá pocit zklamání. Dobře informovaný otec však umí dceru v této chvíli podpořit a dodat jí odvalu k pokračování v započaté léčbě. On sám se znovu může opřít o odbornou literaturu, zkušenost ze svépomocné rodičovské skupiny a nepodlehnout díky tomu pocitu, že nemoc dcery nikdy neskončí. Možnost vystřídat se s jiným rodinným příslušníkem v podporování dcery i v době, kdy se léčba na chvíli zastaví a nepokračuje, může otci pomoci nepřenášet na dceru pocity zklamání a netrpělivosti.

Perkins (2004) ve své studii nachází ve výpovědích otců, jejichž dcery se již uzdravily, také pozitivní aspekty péče o nemocnou dceru. Těmi jsou: vznik pevnějšího vztahu s dcerou, zlepšení vztahů a komunikace v rodině, osobní rozvoj a lepší zvládání stresových situací ve svém životě, schopnost lépe porozumět druhým lidem, atd. (Perkins et al., 2004, přel. autor)

3. Rodinný systém

Ve výzkumu Vandereyckena (1995) byly srovnávány normální rodiny a rodiny, ve kterých se vyskytla porucha příjmu potravy. „Anorektické“ rodiny vykazují více rigidity v rodinném uspořádání, méně jasné interpersonální hranice a tendenci vyhýbat se otevřené diskusi při nesouhlasu mezi rodiči a dětmi. „Bulimické“ rodiny naznačují pevnější interpersonální hranice, méně často se vyhýbají vyjadřování nesouhlasu, ale také jsou méně stabilním rodinným uspořádáním. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s.220, přel. autor*)

Štichová (2002) nachází v rodinách dívek s poruchou příjmu potravy podobné rysy takových rodin:

- > členové těchto rodin jsou přehnaně ochraňující a pečující o sebe navzájem, nerespektují osobní hranice
- > rodiny izolované, uzavřené, které mají pocit ohrožení, jsou semknuté, jako kdyby zvenku přicházelo nebezpečí
- > rodiny rigidní, nepřízpůsobující se vývojovým změnám v rodině (udržování dospělého v roli dítěte)
- > rodiny nevyjadřující emoce (zvláště negativní) a tak nedostatečně řešící konflikty
- > vztahy rodičů jsou méně významné partnersky („my jsme především rodiče“, nebo skrytý partnerský problém)
- > matky jsou většinou hyperprotektivní, dominantní, ale málo empatické ke skutečným potřebám dítěte; matky, které samy trpí poruchou příjmu potravy
- > otcové jsou nevýznamní, vzdálení, ať pro přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost, či neschopnost navázat s dítětem pevný vztah. (Štichová in Vodáčková a kol., 2002, s.451-452)

Rodinný systém hraje v procesu léčby důležitou roli zvláště u mladších dívek, které onemocní poruchou příjmu potravy. Výzkumy potvrzují, že největší úspěch v léčbě přináší kombinace individuální kognitivně-behaviorální terapie nemocné dcery a rodinná terapie, které se účastní všichni členové rodiny. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s.222, přel. autor*).

Při léčení poruchy příjmu potravy hraje roli i rodinná historie, postoje rodiny k psychickým onemocněním, jídelní zvyky v rodině, způsob komunikace mezi jejími členy, atd.

Winn (2004) se ve své studii zaměřila také na podporu rodiny a přátel, kterou pečující o nemocnou dceru dostává. Respondenti uvádí, že užitečné při péči o nemocnou dceru byla stabilní rodina, práce v týmu a prostředí, kde mohli ventilovat své emoce. Většina respondentů však uvádí, že existuje limit, kdy může ještě rodina a přátelé pomoci. Dle jejich výpovědí kolem nich bylo jen málo lidí, kterým se svěřovali, většinou se totiž setkali s nepochopením, nepřátelskými reakcemi a to vyvolávalo pocity viny a studu za onemocnění dcery. (*Winn et al., 2004, přel. autor*)

3.1 Partnerský vztah

Partnerský vztah otce a matky je díky dlouhotrvající nemoci dcery vystaven velké zátěži. Odborníky doporučovaný jednotný postoj rodičů k nemocné dceři klade na rodiče požadavek dobře komunikovat, vzájemně naslouchat svým potřebám a názorům, ochotu najít kompromis. Uzavírání koalic jednoho z rodičů s dcerou většinou znamená posílení nemoci a narůstání konfliktů mezi rodiči či nebezpečí rozpadu partnerského vztahu.

Častěji lépe v tuto chvíli chrání vztah partnerů muž, který se snaží i přes nemoc dcery zachovat čas trávený pouze s manželkou, lépe se odpoutává od neustálých myšlenek na nemoc dcery a její utrpení. To může být ze strany manželky vnímáno jako nedostatečný zájem o dceru, o řešení její nemoci a znovu dochází ke konfliktům, k vyladování rozdílných názorů a postojů k dceři a k nemoci. Přizvaný odborník podporuje rodiče ke společnému postupu vůči nemoci dcery, učí je řešit spory konstruktivně, ukazuje nebezpečí nečitelnosti postojů rodičů a málo pevných, resp. nedostatečně pružných hranic pro dceru, atd. Tím vším je partnerský vztah utužován a nemoc dcery pro něj neznamená tak velké nebezpečí.

3.2 Komunikace v rodině

Jak již bylo několikrát zmíněno, průběh nemoci dcery je ovlivněn mnoha proměnnými. Jednou z nich je také vztah dcery s otcem, jejich komunikace. Po rozvinutí poruchy příjmu potravy se otec většinou soustředí na nemoc dcery, komunikace je zúžena na jídlo a jídelní chování. Na Svěpomocné podpůrné skupině Anabell Praha opakovaně zaznívá bezradnost otců „jak a o čem se s dcerou bavit“. Vyléčení dcery ale předpokládá zapojení se do normálního života. Je proto třeba nevytvářet během nemoci umělé prostředí (strach se dcery na cokoli zeptat, tichá tolerance prapodivných jídelních návyků, nadbíhání typu „jen aby něco snědla“, uzpůsobení jídelních zvyklostí celé rodiny dle nemoci a manipulující dcery, atd.), ale co nejvíce udržovat komunikaci a chod rodiny v normálním režimu. Dcera se musí naučit jíst bez podmínek. Je tedy žádoucí, aby otec i matka dceru podporovali v normálním jídelním chování a stejně tak s ní oba komunikovali (nejen o jídle a velikosti porce, ale o běžných všedních záležitostech, o její představě o životě, budoucnosti, jejích přáních a potřebách, ale i potřebách ostatních členů rodiny, atd.).

Perkins (2004) se ve své studii zaměřila také na vztah otce a dcery. Byla zjištěna emoční bariéra mezi otcem a jeho dcerou během nemoci, obtíže v komunikaci a pocit, že je dcera na otci jako pečující osobě závislá. Respondenti také zmínili negativní dopad na další členy rodiny, kdy péče o dceru znamenala velkou zátěž na úkor manželky či partnerky a dalších dětí. Několik respondentů uvádělo lítost nad ztracenými možnostmi pro sebe a svůj život kvůli péči o nemocnou dceru. (Perkins et al., 2004, přel. autor)

3.3 Vliv nemoci dcery na vztah otce s dalšími dětmi

Nemoc ovlivňuje celý rodinný systém, má tedy vliv i na další děti v rodině a vztah otce s nimi. V jednotlivých fázích nemoci dcery může procházet vztah otce s dalším dítětem proměnami. Zaměření pozornosti otce na nemocnou dceru v něm může vyvolávat potřebu kompenzovat „odstrčení“ druhého dítěte. Někdy funguje druhé dítě jako prostředek úlevy pro otce („alespoň jedno dítě mám normální“), někdy je druhé dítě dáváno za vzor nemocné dceři („proč nemůžeš být jako tvá sestra/jako tvůj bratr, s ní/ním žádné problémy nejsou“), někdy je zdravý sourozenec v roli naslouchajícího a podporujícího, tedy zcela mimo roli dítěte, která mu ve vztahu s otcem přísluší.

Bývá to právě zdravý sourozenec, který nejlépe udržuje rodinu v normálním chodu. Pomáhá otci a matce zapomenout na nemoc své sestry, má největší náhled a odstup od nemoci, což se ukazuje při rodinných terapiích. Nepochybně ale nemocí své sestry trpí a jeho role mu přináší velkou zátěž, kterou nepozoruje ani blízká rodina a ani širší okolí. Sourozenci takto i jinak duševně nemocných lidí jsou stále opomenutou skupinou zasažených.

4. Potřeby a pocity otce

Tak, jako se proměňuje onemocnění dcery, proměňují se v souvislosti s tím i pocity a potřeby otce. Ten zažívá v průběhu onemocnění dcery velké množství pocitů, které více či méně potlačuje nebo se s nimi vyrovnává náhradním způsobem. Tento způsob práce s emocemi je do jisté míry ovlivněn samotnou nemocí dcery. K jejímu léčení je třeba citlivý, nedramatický a nedirektivní přístup, který často blokuje spontánnost a intenzitu ve vyjadřování emocí. Např. volný průchod vzteku otce v případě, kdy dcera nedojedla jím stanovený objem jídla, je kontraproduktivní léčbě. Stejně tak dlouhodobá nutnost podpory a opory pro nemocnou dceru nedovoluje naplno prožívat smutek, zklamání a beznaděj, ale naopak nutí obrnit se trpělivostí, vytrvalostí a v určitých chvílích své potřeby potlačit. I proto je péče o člověka s poruchou příjmu potravy tak psychicky vyčerpávající.

Winn (2004) ve své studii zjišťovala potřebu otců začít s vlastní terapií. Většina otců však tuto možnost pro sebe nepovažovala za nutnou. Problémů je podle jejich názoru zbaví jedině to, že se dcera uzdraví. (*Winn et al., 2004, přel. autor*)

PARTNER NEMOCNÉ PORUCHOU PŘÍJMU POTRAVY

V mnoha ohledech je situace partnera ve vnímání poruchy příjmu potravy partnerky podobná jako v případě otce a jeho nemocné dcery. Základní rozdíl mezi mužem v roli otce a v roli partnera je v tom, že otec si svou roli nevybírání, nemá možnost z této role odejít, zůstává otcem dcery, ať už je zdravá či nemocná. V tom může být situace pro muže v roli partnera jednodušší, má vždy volbu, zda s partnerkou zůstane, či ne. Možnost volby je však pouze zdánlivým ulehčením, může naopak znamenat pro partnera obrovskou zátěž při rozhodování o této volbě.

1. Vztah partnerů a role nemoci ve vztahu

Situace, za které vstupuje partner do vztahu, je velmi důležitá pro další vývoj podoby vztahu a partnerovu roli v léčbě nemoci partnerky. Může totiž vstupovat do vztahu bez vědomí, že jeho partnerka trpí poruchou příjmu potravy, případně si nemusí uvědomovat, 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 porucha příjmu potravy obnáší. To, jak vnímá nemoc sama partnerka (zda si uvědomuje své onemocnění, zda je aktivní v léčbě, atd.) a jak její partner, má vždy vliv na rozložení sil ve vztahu, na míru kontroly, na stupeň závislosti jednoho na druhém, na přebírání odpovědnosti partnerem. Jen vzácně se totiž podaří oddělit vztah od nemoci a ta tedy zákonitě vztah nějakým způsobem ovlivňuje a proměňuje, ač si to zpočátku partneři nemusí nebo nechtějí uvědomovat.

Jednou z mnoha proměnných, které ovlivňují existenci vztahu a způsob, jak se partner vyrovnává s nemocí, je samozřejmě věk partnerů a délka jejich partnerského vztahu. Onemocnění partnerky je pro oba dva zátěžovou situací a jednou z možností pro partnera, jak ji překonat, je opuštění partnerky. Důvodem nemusí být porucha příjmu potravy jako taková, ale její následky, které limitují i partnera. Ten není ochoten v takovém vztahu setrvávat pro jeho nestabilitu a nenaplněnost - např. nemožnost chodit do společnosti na jídlo, celková izolace partnerky od společnosti, časté změny nálad a s tím spojené konflikty, závislost na partnerovi, nechuť k sexu, dlouhodobá zátěž spojená s nekonečnými rozhovory o postavě, jídle, pocitech či naopak neochota o problémech mluvit a řešit je, neochota partnerky se léčit, zdravotní potíže partnerky, strach z nemožnosti počít a přivést na svět dítě, atd. Čím stabilnější vztah a čím zralejší oba partneři jsou, tím větší šance je, že společně překonají i tuto zátěžovou situaci.

1.1 Způsob zjištění nemoci partnerem

Partner se může o nemoci partnerky dozvědět více způsoby a způsob zjištění má také pro každého jiný význam. Většinou je partnerem pozitivně hodnoceno, pokud se to dozví přímo od partnerky, ať už ústně, v dopise či přes např. ICQ. 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. O partnerčině nemoci se také partner může dozvědět od někoho z jejího blízkého okolí - kamarádů, rodičů, spolužáků. Tomuto oznámení sice nemusí uvěřit, ale může v něm vyvolat podezření a větší obezřetnost vůči chování a psychickému stavu partnerky.

Reakce partnera hodně závisí na jeho informovanosti o nemoci. Zpravidla se s nemocí ještě neseťkal, četl o ní jako o „nemoci modelek“ či „hloupých malých holek“ a nedovede si příliš představit, co všechno onemocnění znamená. Jeho reakce tedy nemusí být nijak dramatická. Předpokládá totiž,

že když se jedná o nemoc, může se i vyléčit, stejně jako chřipka. V tuto chvíli partner potřebuje získat informace (vyptává se partnerky, sám hledá informace nejčastěji pomocí internetu) a mobilizuje síly k pomoci partnerce. Je optimistický a hledá řešení problému. Zjištění nemoci mu také může přinést úlevu v případě, že již delší dobu pozoroval, že se partnerce a také ve vztahu „něco děje“. Nedokázal si vysvětlit změny nálad partnerky a některé podivné návyky - neochotu partnerky odjet na delší dobu mimo známé prostředí, pravidelné odchody na toaletu po jídle, nápadnou nárazovitou konzumaci většího množství jídla, odmítání společného jídla s výmluvami typu „už jsem jedla, nemám teď hlad, vezmu si něco později“, pokles váhy, rychlé změny váhy, zvýšenou únavu či naopak nepřiměřené cvičení, ztrátu zájmu o fyzický kontakt, zaměření se na jídlo a postavu, hodnocení vzhledu okolí, neochotu komunikovat atd. Najednou dávají tyto opakující se návyky a změny smysl a zbaví partnera pochybností o tom, že by ve vztahu něco dělal špatně. Vše negativní v chování partnerky přičte právě zjištěné nemoci.

1.2 Nebezpečí snahy partnera pomoci

Partner může ve své snaze co nejrychleji pomoci a stabilizovat tak vztah přebírat za partnerku odpovědnost - rozhoduje za ni, přebírá iniciativu v léčbě - ačkoliv jedinou cestou z poruchy příjmu potravy je převzetí odpovědnosti za rozhodnutí léčit se samotnou nemocnou.

Pokud partner začne přebírat za partnerku odpovědnost - např. začne rozhodovat o tom, kdy a co bude partnerka jíst, chystá jí jídlo, upozorňuje ji, kdy jí málo a kdy už je to moc, rozmlouvá s ní o tom, jak se cítí, jak prožívá své tělo, sdílí s ní její beznaděj a smutek, snadno se může dostat spíše do role „terapeuta“ než rovnocenného partnera. Z původní snahy pomoci partnerce s jídlem se stává dobrý zvyk a partner začíná rozhodovat i o dalších věcech, které už přímo s poruchou příjmu potravy nesouvisí. Tímto způsobem může nevědomě kompenzovat zátěž, kterou díky nemoci partnerky nese. Převzetí kontroly nad celým životem partnerky je jednodušší než setrvání v roli rovnocenného partnera s omezenými možnostmi ovlivnit její nemoc. Na Svépomocné podpůrné skupině Anabell Praha pro blízké partner v takové roli často mluví v množném čísle „my už jíme i knedlíky“, opakovaně zdůrazňuje svůj vliv na partnerku „to zvládnou, přesvědčím ji, kvůli mě to udělá“, v jeho hlase zaznívá hrdost nad tím, jak dobře proces léčby partnerky řídí a někdy i kritika odborné pomoci, která „vůbec netuší, co partnerka potřebuje, do nemocnice bych ji nikdy nedal, zvládneme to sami“. Při pozorování obou partnerů z páru je vidět dominance partnera. Častěji mluví, odpovídá i na otázky, které jsou kladeny partnerce, ta při odpovědi hledá oční kontakt s partnerem, jakoby chtěla jeho souhlas k tomu, co sama říká. Spíše než v pozici partnerů se tak oba ocitají v jiných rolích, v roli rodiče (partner) a dítěte (partnerka), v takovém rozložení sil se sice může stav partnerky přechodně zlepšit, ale jen obtížně to může být udržitelný stav.

Perkins (2004) popisuje, že někteří partneři zjistili, že to, co považují za základní pro uzdravení partnerky z poruchy příjmu potravy, o kterou se starali, je udělat krok zpět a nechat nemocnou převzít kontrolu nad svou nemocí a celým životem. Frank, partner, k tomu říká: „Měla by mít kontrolu nad svým životem, to je to, co může tu nemoc začít ničit“. (Perkins et al., 2004, přel. autor)

1.3 Nebezpečí pasti manipulace ze strany partnerky

Stejně jako otec nemocné dcery, také 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. Ztrácí tak své hranice, stává se zachránce, ale i obětí. Svou bezhraniční snahou napomáhá vytváření závislosti partnerky na sobě a dostává se tak 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 manipulaci využívat. To, co by jí jiný partner v rovnocenném vztahu netoleroval, nemocí chycený partner akceptuje. Optikou pozorovatele pak lze sledovat vztah, ve kterém nemoc diktuje pravidla. Partner vždy ustoupí ze svých potřeb, když je partnerce špatně, když nechce jíst, když zruší na poslední chvíli schůzku či společnou dovolenou. Jako alibi spolehlivě funguje nemoc. Partner chování své partnerky omlouvá, toleruje, chrání ji i před negativními reakcemi okolí, které není tak tolerantní jako on.

Po čase se však může objevit zlost a vztek na partnerku, což u partnera vyvolává pocit viny, vyčítá si skutečné pocity a opakuje si sám pro sebe, že „ona je přece nemocná, není to pro ni lehké, nemám právo se na ni zlobit“. A opět hraje roli čas, po který partner své skutečné pocity raději skrývá a omezuje své potřeby. Na Svépomocnou podpůrnou skupinu Anabell Praha často přicházejí vyčerpaní partneři bez víry v uzdravení partnerky a bez vize jakéhokoli zlepšení či změny. Často říkají: „Nevím, jak dlouho to ještě vydržím, ale mám ji rád, přece ji neopustím.“ Ventilace těchto pocitů je v tuto chvíli klíčová, možnost vyjádřit negativní pocity ve skupině a vyslechnout další možnosti, jak nakládat se svými emocemi a potřebami, je konkrétní pomocí, kterou pak partneři oceňují. I když to jejich situaci plně nevyřeší, načerpají inspiraci a chuť do další podpory své partnerky. Pomoc jim samotným tedy v této fázi spočívá ve sdílení pocitů a zkušeností, v poskytnutí informací (umožnit náhled na logiku nemoci a na prožívání vlastních emocí) a v podpoře dohodnout a následně dodržovat pravidla, na kterých se s partnerkou partner domluví tak, aby tato pravidla respektovala také přání, pocity a potřeby partnera.

Pokud se nepodaří zmírnit dopady, které na partnera onemocnění partnerky a nefungující partnerský vztah má, stává se, že partner vážněji uvažuje o rozchodu. Jeho volba je díky existenci nemoci zatížena a ovlivněna mnoha faktory: délkou vztahu, pocitem viny z případného opuštění partnerky v době její nemoci, strachem ze selhání při útěku ze vztahu a neschopnosti řešit situaci jinak, výčitkami svědomí z případného rozbití rodinného zázemí dětem, finančními závazky, ale také vidinou úlevy, kterou rozchod přinese, nadějí vrátit se k normálnímu životu v novém plnohodnotném vztahu.

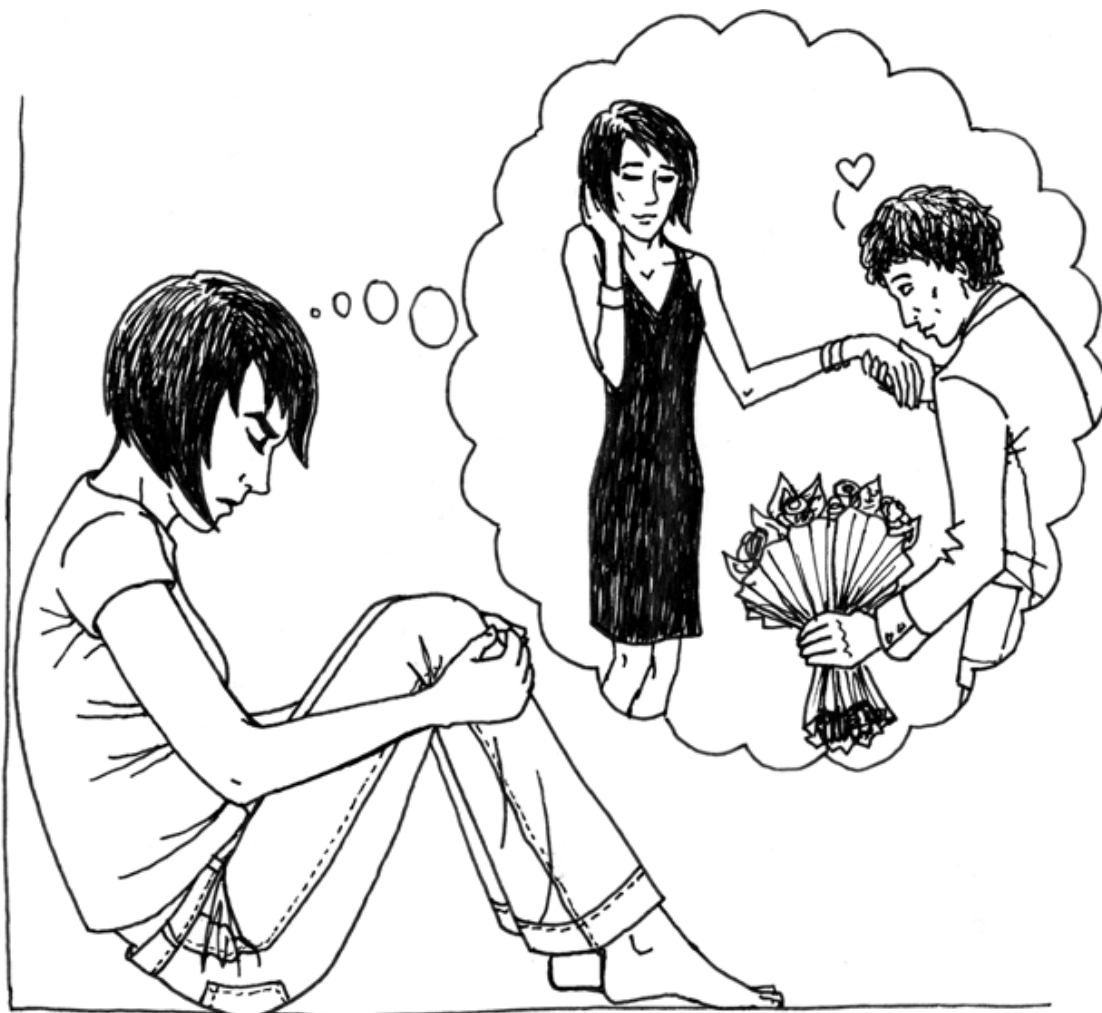
1.4 Společné soužití, manželství, děti

Poruchy příjmu potravy typicky postihují adolescentní dívky. Nicméně tyto poruchy jsou často pozorovány i u dospělých žen, buď jako pokračování poruchy vzniklé během dospívání, nebo nově rozvinuté v dospělosti. Protože většina z těchto starších žen je vdaná, je otázkou, jaký vliv má porucha příjmu potravy na vztah a jak manželský vztah ovlivňuje průběh onemocnění. Pokud existuje signifikantní spojení mezi výskytem poruchy příjmu potravy a vlastnostmi manželského svazku, je jasné, že také s partnerem-manželem musí být v léčbě počítáno. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s. 221, přel. autor*)

Lze se tedy domnívat, že kvalita partnerského vztahu ovlivňuje průběh poruchy příjmu potravy. V klinické literatuře často zmiňovaný výzkum ukazuje, že vdané nemocné ženy a jejich partneři často vykazují významný stupeň nespokojenosti s jejich vztahem. Zatímco sami manželé-partneři obvykle považují manželské problémy za následek problémů s jídelnem ženy, odborníci uvažují o opaku: vyvozují existenci tajné dohody, nedostatku intimity, komunikační nedostatky, vyhýbání se konfliktu nebo skrytého boje mezi oběma partnery. Tyto názory jsou založeny na subjektivním dojmu kliniků, měly by být tedy považovány za předběžné. (*Vandereycken in Brownell-Fairburn, 1995, s. 221, přel. autor*)

V jediné kontrolované studii, ve které bylo užito obojí - zjištění ze sebezpozorování a data získaná videointerakcí, bylo zjištěno, že páry s poruchou příjmu potravy postrádají dovednosti konstruktivní komunikace párů takto nepostižených. Zároveň se tím brání i destruktivnímu komunikačnímu stylu párů v manželské krizi. Celková úroveň intimity byla nižší než u „normálních“ párů, ale vyšší než u párů v manželské krizi. Zatímco tento kvantitativní rozdíl může odrážet rozdílnost manželské spokojenosti u párů, další kvalitativní odlišení by mělo být provedeno mezi páry s poruchou příjmu potravy a dalšími dvěma kontrolními skupinami na základě předchozí relativně nízké úrovně otevřenosti a intimity. Tato kombinace (pravděpodobně provázaných) interakčních problémů - nedostatek otevřenosti, nízká úroveň intimity a deficit v komunikačních dovednostech - může představovat významnou překážku v konstruktivním vývoji manželství a pro uzdravení z poruchy příjmu potravy. (*Vandereycken in Brownell- Fairburn, 1995, s. 221, přel. autor*)

V rámci V. a VI. mezioborové konference o poruchách příjmu potravy s mezinárodní účastí zaznělo několik příspěvků na téma asistované reprodukce u žen s poruchou příjmu potravy v současnosti či v minulosti, žena s poruchou příjmu potravy jako matka, geny a prostředí u poruch příjmu potravy. Schopnost otěhotnět, průběh těhotenství a vliv matky s poruchou příjmu potravy v anamnéze na dítě je i pro muže důležitým tématem. Výzkumy v oblasti genetiky a poruch příjmu potravy naznačují, že existují určité genetické dispozice pro vznik poruch příjmu potravy. Definitivní závěry ještě není možné vyslovit. Výsledky výzkumu s názvem Osmnáctileté sledování mentální anorexie vzniklé v adolescenci: psychiatrické poruchy, škály pro hodnocení celkových funkcí, prognostické faktory, těhotenství, děti (*Wentz et al., 2007*) v oblasti vlivu „anorektických matek“ na dítě ukazují, že matky s mentální anorexií v anamnéze jsou úzkostnější, méně jisté co se týče krmení dítěte, potřebují větší oporu svého okolí, aby se ujistily v tom, že jsou dobré matky. Výzkum ale neprokázal, že by tyto matky měly méně dětí, více problémů s početím a donošením dítěte, než měla kontrolní skupina z normální populace. Jediný rozdíl byl zaznamenán ve věku prvorodiček. Matky s mentální anorexií v anamnéze měly dítě o 2-3 roky dříve než je obvyklé v jejich věkové skupině. To mohlo být způsobeno snahou ženy dokázat si, že je schopná dítě mít i navzdory prodělané či stále probíhající nemoci. Na základě výzkumu lze říci, že muž v roli partnera nemocné ženy může mít obtížnější pozici ve zvládnutí rodičovské role vzhledem k větší míře podpory, kterou musí dát své partnerce - matce dítěte. (*Wentz et al., 2007, s. 19-20, přel. autor*)



2. Pocity partnera a jeho prožívání nemoci

Jak již bylo výše popsáno, u partnera se během jednotlivých fází onemocnění partnerky objevuje mnoho pocitů, které si více či méně připouští a dovoluje prožít. Roli hraje také osobnost partnera.

2.1 Osobnost partnera

Na průběh onemocnění partnerky a zvládnání tohoto stavu partnerem má vliv také jeho osobnostní založení. Jak velkou zátěž je schopen unést, jakými strategiemi se s dlouhodobou zátěží vyrovnává, jak je nastaven temperamentově, zda je spíše intuitivní či racionální typ, atd. To vše hraje roli ve vyrovnání se s nemocí a jejím zvládnání.

Odborníky doporučovaný spíše nedirektivní, nedramatizující a trpělivý přístup je pro partnera s převahou temperamentu cholera velmi těžký úkol. Dodržování pravidel a hranic a do jisté míry vyžadující přístup může být obtížný i pro partnera s nepříliš pevnými hranicemi s tendencí být spíše submisivní a přizpůsobovat se tomu, co vyžaduje okolí - v této situaci tedy partnerka a její porucha příjmu potravy.

U osobnostně nezralého partnera se může snadno stát, že se stane obětí v trojúhelníku partner-nemoc-partnerka, či naopak zneužije nemoc k ovládnání a kontrole partnerky. Partner může redukovat vztah na jídlo a jeho zvládnání (vše se točí kolem jídla, jídlo rozhoduje o bytí a nebytí vztahu,

partner podmiňuje svou lásku a přízeň zvládnutím jídla,...). Může přebírat odpovědnost za partnerku i v oblastech, kde je to pro léčebný proces kontraproduktivní. Pocit převahy partnera nad partnerkou („já vím nejlépe, co je pro ni dobré“), kontrola a moc připomíná, jak již bylo výše uvedeno, spíše rodičovskou než partnerskou roli, stejně tak mesiášství („nikdo jiný než já jí pomoci neumí, musím tu zůstat a zachránit ji“) není z hlediska dlouhodobého partnerského vztahu perspektivní.

2.2 Boj s vlastními emocemi

Sám u sebe partner dříve či později nalézá celou škálu pocitů:

- > strach o partnerku - o její zdraví, v případě mentální anorexie často i o její život (také v souvislosti se sebevražednými myšlenkami a tendencemi partnerky)
- > pocit bezmoci - nemožnost stav partnerky ovlivnit, změnit, zvrátit
- > lítost - nad partnerčinou i svou situací
- > soucit - jako pochopitelný doprovod lásky k partnerce
- > prožívání tlaku okolí na sebe i partnerku - pro partnera je obtížné onemocnění partnerky před okolím tajit a zároveň je také těžké odpovídat na opakující se otázky, na které nezná odpovědi ani on sám
- > netrpělivost - v léčbě, v časově neohrazeném horizontu uzdravení či alespoň zlepšení stavu partnerky a tím i partnerského vztahu
- > psychické napětí a psychická zátěž - vznikající v souvislosti s náročnou rolí partnera takto nemocné dívky či ženy
- > sklon ke konfliktnosti - často způsobený netrpělivostí ze stagnace či odmítání léčby, kdy psychická zátěž přesahuje pro partnera únosnou mez
- > pocit podvedení - při opakovaném lhaní, podvádění a neplnění slibů partnerky
- > nedostatek tělesného kontaktu - odmítání ze strany nemocné dotyky přijímat, ale i poskytovat
- > sexuální frustrace - vznikající v důsledku odmítání intimního kontaktu partnerkou, příp. je tento kontakt pouze občasný či nenaplněný (jeho nenaplněnost partner prožívá jako svou neschopnost partnerku vzrušit či dovést k vyvrcholení)
- > pocity viny - související s hledáním příčin onemocnění u sebe, pocity viny za myšlenky opustit partnerku
- > vztek a agrese - na nemoc, na okolí (vztek např. na rodiče partnerky jako příčinu onemocnění), na služby, na partnerku (často kvůli odmítání léčby či nedostatku její iniciativy v léčbě)
- > bilancování svého života - přemítání o vlastních nesplněných přáních a potřebách
- > racionalizace a popírání - nutné pro setrvání ve vztahu, zavírání očí před realitou jako obrana před sebou samým
- > pocit ukřivdění - spojený s velkými nároky, které jsou na partnera kladeny (neustálá dlouhodobá podpora partnerky) v souvislosti s jejím nevděkem („tolik toho pro ni dělám, tak moc omezují své potřeby, kdo jiný by to pro ni udělal a ona si toho stejně neváží, k ničemu to není...“)
- > strach z budoucnosti - vycházející z nebezpečí, že se nemoc může vrátit, že může mít následky (např. nemožnost mít s partnerkou děti, trvalé zdravotní potíže,...)
- > strach ze selhání - z opuštění partnerky spojené s úvahami typu „jak dlouho to ještě takhle musím vydržet?“, „co když si něco udělá, když se s ní rozejdu?“ a další...

Perkins (2004) ve své studii cituje partnera, který popisuje obtíže ve vztahu s partnerkou, hlavně co se týče zvládnání bulimického chování a komunikace: „Neustále přemýšlíte o svých krocích. To je ta nejtěžší věc, pořád přemýšlíte, co jste právě udělal v této situaci, v této minutě, zda je to správné a pokud to není správné, jaký efekt to bude mít?“ (Frank, partner). Dalšími partnery byla jako stresující prožívána nutnost vrátit partnerce sebedůvěru a podpořit ji: „Od určitého momentu je velmi těžké pokračovat v podpoře někoho typu, však víte, no - jsi toho schopná, půjde ti to - ale já začal pochybovat, že opora má vůbec nějaký smysl, bylo těžké pohnout se z místa.“ (Frank, partner). (Perkins et al., 2004, přel. autor)

2.3 Reakce širší rodiny

Pro partnera může být důležité také to, jakým způsobem se k problému poruchy příjmu potravy staví jeho rodiče i rodiče partnerky. Ti nemusí o nemoci vůbec vědět. Pokud si partnerka navíc přeje, aby to tak i zůstalo, může se partner často dostávat do situací, kdy je svědkem výmluv a lží partnerky či musí čelit přímým otázkám sám bez možnosti pravdivě odpovědět, pokud chce respektovat přání partnerky. To samozřejmě může vést ke konfliktům uvnitř páru.

Výjimečná není situace, kdy partner obviňuje ze vzniku nemoci rodiče partnerky, odmítá se s nimi stýkat a totéž očekává od partnerky. I když je možné, že rodiče mohou mít podíl na vzniku nemoci, hledání viny a kritika rodičů je nekonstruktivní a neřeší situaci partnerky „teď a tady“.

Také rodiče partnera někdy zasahují do partnerského vztahu svého syna. Usilují o jeho spokojenost, kterou v jejich očích narušuje jeho nemocná partnerka. Může se tedy stát, že se proti partnerce syna staví negativně, odrazují syna od vztahu s ní, snaží se syna chránit.

Ať už je rodičovská konstelace a povědomí o nemoci partnerky v rodině jakékoliv, vždy záleží na tom, jak se partneři vymezí vůči oběma rodičovským stranám, jak ohraničí své nové rodinné zázemí. Toto nemoc partnerky jistě komplikuje, pro zachování vyváženého partnerského vztahu a vytvoření nové rodiny je to však zásadní.

2.4 Chronifikace nemoci a její následky pro partnerský vztah

Počáteční nasazení partnera pro co nejrychlejší pomoc partnerce překonat poruchu příjmu potravy po nějaké době ztratí intenzitu a partner se svým způsobem na život s nemocí partnerky adaptuje. Adaptací je myšlena částečná rezignace nad tím, zda a co partnerka jí, nad jejími pocity spojenými s vnímáním vlastního těla (partner postupně ztrácí energii na neustálé ubezpečování partnerky o její reálné štíhlosti a kráse), nad opakujícími se pokusy se vyléčit, ale bez úspěchu. Rezignace mu pomáhá zaměřit se i na jiné oblasti života než je jen porucha příjmu potravy. Zároveň jej však připravuje o víru v uzdravení, ve změnu, kterou uzdravení přinese. Určitá tolerance nemoci mu tedy pomáhá udržet stávající situaci tak, jak je, a chrání jej před pocity viny ze selhání partnerce pomoci.

Pro okolí může být život s nemocnou partnerkou naprosto nepředstavitelný, partner však jako kdyby neviděl možnosti a příležitosti, které si odpírá a o které přichází, případně má pro to sebeochraňující a vztahochraňující argumentaci. Trvá-li však tento stav příliš dlouho (pro každého partnera je to opět jinak dlouhý čas), partner postupně začne přesouvat pozornost zpět do společnosti k přátelům, k zaměstnání, ke koníčkům. To může vést k náhledu a bilancování partnerského vztahu a touze najít plnohodnotnější a méně komplikovaný vztah se ženou bez poruchy příjmu potravy. Odchod od partnerky ztěžují myšlenky o vlastním selhání a zradě, strach z ponechání nemocné partnerky vlastnímu osudu.

Pocity viny u některých partnerů přetrvávají i po navázání nového partnerského vztahu. Nufí jej vracet se zpět a o bývalou partnerku se přece jen postarat (partner je stále k dispozici partnerce, téměř kdykoliv slyší na její volání o pomoc, překračuje hranice vůči ní i vůči sobě a své nové partnerce ve snaze pomoci a také odčinit svou „zradu“). Zpracování těchto pocitů je důležité pro jeho další partnerské vztahy.

3. Potřeby partnera

Základní potřeby, které muž žijící s nemocnou partnerkou má, jsou ve své podstatě stejné, jako potřeby muže žijícího ve vztahu se zdravou ženou. Vzhledem k nemoci a výše popsaným nebezpečím však některé z potřeb nabývají větší důležitosti, často právě tím, že nejsou dlouhodobě uspokojovány.

Ve vztahu muž obvykle nemá plně uspokojenou potřebu:

- > důvěry (díky častému lhaní a podvodům partnerky, či popírání a tajezení nemoci)
- > sdílení a vzájemného porozumění (to je způsobeno určitou sebestředností partnerky na sebe a jídlo)
- > vyváženosti vztahu (partner je dlouhodobě pod tlakem nutnosti být silný, být oporou, nemít problémy,...)
- > intimity a sexu (nemoc snižuje u partnerky sexuální apetenci)
- > vize smysluplné budoucnosti (partnerka není schopna plánovat společný život, je často více zaměřena na sebe a své potřeby).

Winn (2004) ve své studii označuje tři hlavní oblasti potřeb, které ve výzkumu určili sami partneři a které byly zmíněny již v souvislosti s nejčastěji vyjadřovanými potřebami otců:

- > Potřeba informací - partner potřebuje znát informace o příčinách nemoci, o tom, proč se rozvinula, detaily o možnostech léčby; partneři upozorňovali na potřebu dozvědět se o nemoci všechno dříve, včas, ještě ve fázi, kdy na tom jejich partnerka nebyla tak špatně. To je zřejmé z výpovědi jednoho z dotázaných partnerů: „Vědět dřív, jak by se to mohlo zlepšit...rychleji se v tom vyznat, to je klíčem, však víte, kdybych toho věděl dříve víc, tolik co vím teď, tak když se dívám zpátky, myslím si, že by to pro nás oba mohlo být mnohem lepší“. Partneři se také domnívali, že je stále málo informací o nemoci, že neměli kde zjistit to, co je zajímavé, co potřebovali.
- > Potřeba průvodce, manuálu, „pomocníka“ - mnozí partneři se cítili nejistí v tom, zda dělají věci správně a cítili, že by potřebovali radu a ujištění o tom, jak jednat s osobou, o kterou se starají.
- > Potřeba mluvit, sdílet, vypovídat se - kombinace odsuzování problémů poruch příjmu potravy veřejností, negativních reakcí okolí a pocitů studu vede u mnoha partnerů k pocitu, že pouze lidé se stejnou zkušeností mohou rozumět, jaké to je žít s někým s poruchou příjmu potravy. Toby, jeden z dotázaných partnerů, k tomu říká: „Mít možnost mluvit s někým, kdo tím prošel nebo prochází, to byla pro mě nejdůležitější věc.“ Většina partnerů proto věřila, že by pro ně mohla být účast na svépomocné podpůrné skupině užitečná, mohla by snížit jejich pocity izolace a umožnit jim sdílet informace a zkušenosti. Jeden z partnerů, James, však preferoval skupinu určenou pouze partnerům: „Všechny tyto podpůrné skupiny jsou zaměřené na rodiče a jejich dospívající dcery, mám pocit, že by tu měla být i skupina pro partnery.“
(Winn et al., 2004, přel. autor)

3.1 Potřeby partnera vyjadřované na svépomocné skupině

Zkušenost ze Svépomocné podpůrné skupiny Anabell Praha pro blízké nemocných poruchou příjmu potravy ukazuje, že otevřenost partnera v některých tématech je větší, pokud je skupina homogenní, tedy jen s účastí mužů - partnerů a koordinátorů. To potvrzuje i výše uvedená studie Winn et al. (2004).

Partneři na skupinu přicházejí s očekáváním návodu, jasného doporučení. Na konkrétní otázku chtějí dostat konkrétní odpověď. Po vyjasnění toho, co může skupina partnerům skutečně nabídnout, využijí prostor skupiny pro sdílení - ptají se sami sebe navzájem, hledají paralelu i odlišnost, vyjasňují si své motivace s partnerkou zůstat, hledají náhled. To vše právě prostřednictvím příběhů druhých.

Častým tématem bývá nespokojenost v intimním životě. Začít mluvit o tomto tématu se partner většinou stydí, ale pokud je koordinátorem téma otevřeno jako jedno z možných, s úlevou se vyovídá. Dostane se mu informací o tom, jak mentální anorexie i mentální bulimie (případně také užívaná psychofarmaka) ovlivňují vztah k sexu a k tělu partnerky. Získává tak potřebné informace k tomu, aby nehledal pocity viny u sebe, aby se zbavil úzkosti a strachu z toho, že už partnerku nepřitahuje, obavy, že má partnerka někoho jiného, případně že není schopen ji jako muž plně uspokojit. Pokud by totiž toto téma otevřel mezi svými kamarády, s největší pravděpodobností by se mu dostalo rady typu „tak se na ni vykašli, najdi si jinou“ a on by zůstal na své pocity znovu sám.

Dalším, pro partnery specifickým tématem, je dilema ohledně komentování vzhledu partnerky. Partner si často neví rady, jakým způsobem reagovat na otázky partnerky ohledně postavy. Zjišťuje, že ať řekne co řekne, vždy je odpověď špatná a partnerka nešťastná. Pro něj je to navíc tak jednoduché - líbí se mu taková, jaká je a nechápe, proč to ona nemůže přijmout jako fakt. Sdílením zkušeností a edukací koordinátory se učí nové způsoby reagování, což může využít i v dalších oblastech - zvládnutí jídla, dodržování pravidel a hranic, komunikace s partnerkou o jejích i svých potřebách.

ŽIVOT PO VYLÉČENÍ OČIMA OTCE ČI PARTNERA

Partner či otec si během nemoci partnerky či dcery přirozeně přeje co nejrychlejší uzdravení a návrat do normálního zdravého stavu. Často opakuje „chtěl bych, aby to bylo s mou dcerou, resp. mezi námi jako dřív“. Málokdo si však uvědomí, že se nelze vrátit do stejného stavu jako před vypuknutím nemoci, jednak vzhledem k plynoucímu času a také vzhledem k prožitým zkušenostem s těžkou nemocí, která více či méně změny v dalším životě přináší.

Dopady změn v chování a způsobu života dcery na otce

Během dobře probíhající terapie se dcera učí mimo jiné odstranit nefungující či patologické vzorce chování, které nemoc udržují, a osvojuje nové, pro život bez poruchy příjmu potravy životadárné. Pokud otec není zahrnut do léčby, není připravován na změnu postojů, priorit a hodnot, může být zaskočen novými požadavky, novým očekáváním a novými potřebami dcery.

Pokud je dcera v mladším věku, je často součástí léčby také rodinná terapie, která na změnu připraví i otce. Otec sám může sledovat dceru na její cestě k náhledu na vlastní chování související s poruchou příjmu potravy a také společně za podpory terapeuta mohou objevovat komunikační a vztahové stereotypy v rodině, které ovlivňovaly onemocnění dcery.

U adolescentních dcer je změna často spojená i s procesem separace, případně s jejím dokončením. Nemoc, která na určitou dobu celý proces zastavila, ustupuje právě ve chvíli, kdy je téměř dospělá dcera přijímána otcem jako žena a kdy se jí od něho dostává patřičné pozornosti. Na otce je nejprve kladen nárok, aby se dceři přiblížil, poskytl jí bezpečnou otcovskou náruč a vzápětí, aby ustoupil do pozadí a ponechal dceři prostor pro utvoření si světa dle jejích představ a nově nabytých možností a kompetencí. V ideálním případě zůstává bezvýhradnou oporou, nezasahuje však již do života téměř dospělé dcery.

Tento náročný vývojový úkol, který otec plní, mu může ulehčit podpora manželky či partnerky. Separací dcery z rodiny totiž vzniká nový prostor a čas pro oba rodiče - pro jejich vztah, pro jejich zájmy, oba si mohou oddychnout od nemocí ztížené rodičovské role a věnovat se po dlouhé době sami sobě navzájem.

Dopady změn v chování a způsobu života partnerky na partnera

Partner mívá s přijetím změn v chování a postojů větší obtíže. Pokud poznal partnerku již nemocnou, je její proměna o to výraznější. Mezi partnery pak může docházet k zásadním neshodám a nezřídka i k rozchodu. Neslučitelnost pohledů na společný život a vnímání světa byla v době nemoci partnerky utlumena, ve vztahu docházelo k hádkám spíše kvůli jídlu, náladám, neochotě partnerky se léčit, atd. Během vztahu tedy nedocházelo k vyladování zásadních představ o životě, partneři neměli prostor vytvářet kompromisy a učit se žít společně, protože je více zaměstnával boj s nemocí.

Po uzdravení dochází k přeskupení sil ve vztahu. Partnerka již nechce být submisivní, chce o svém životě rozhodovat zcela sama, bez kontroly partnera. A to o to více, čím déle jí nemoc sužovala a kolik příležitostí a možností (nyní již očima uzdravené) promarnila. To se může stát právě tehdy, pokud partner během nemoci rozhodoval o partnerčině jídlu, ale i o jejích zájmech a aktivitách, o podobě společného života.

Úvahy o rozchodu a samotný rozchod může být uměle oddalován partnerkou z vděčnosti za to, co vše pro ni partner v době její nemoci udělal, a těžkými pocity viny z plánovaného rozchodu z její strany. Záchrana vztahu je ale už jen zřídka možná. Dá se totiž říci, že pouze nemoc udržela vztah partnerů

pohromadě a kdyby nebylo nemoci, partneři by se spolu patrně rozešli po mnohem kratší době, s ohledem na různé životní priority a názory neslučitelné s dlouhodobým soužitím.

Páry, které se znaly již před vypuknutím nemoci u partnerky a společně nemoc překonaly, často svůj vztah ještě upevní a přeformulují na zkušenost, která jim oběma něco přinesla.

Perkins (2004) ve své studii sledovala právě tyto pozitivní faktory, které pečující o nemocnou dceru či partnerku zaznamenali. Většina mluvila o vytvoření užšího vztahu s nemocnou, o zlepšení rodinných vztahů a jejich fungování. Skoro polovina dotázaných věřila, že osobnostně vyrostli díky prodělané zkušenosti. Někteří poukazovali na pozitivní změny v jejich vnímání a pocit větší síly, jiní věřili, že rozvinuli schopnosti pro zvládání vlastních těžkostí nebo zdokonalili předtím chybějící schopnosti rozumět druhým. Jeden z dotázaných partnerů, Marcus, k tomu říká: „Změnilo mě to, změnilo to můj život, můj pohled a to, jak věci vidím, v tomto smyslu to pro mě bylo užitečné, opravdu to otestovalo mou sílu.“ (Perkins et al., 2004, přel. autor)

Strach z budoucnosti a možného návratu nemoci

Zpočátku může být otec či partner nedůvěřivý k ukončení léčby a k prohlášení dcery či partnerky, že je zdravá. Jeho opakovaná zkušenost s neúčinnou či nedokončenou léčbou jej vede k opatrnosti a nedůvěře v to, že „už to konečně skončilo“. Z literatury navíc často ví, jak rizikový a poměrně častý je relaps (návrat) tohoto onemocnění.

Strach z recidivy onemocnění může být ale jedním z jejích opětovných spouštěčů. Nadměrná opatrnost ze strany partnera či otce, pečlivé sledování jídla nemocné a jejího chování může nemocnou zatížit a znovu přispět k jejím pochybám o sobě samé a o svých schopnostech jídlo a vše s ním spojené zvládnout. Úměrně s délkou onemocnění je třeba také delší čas k tomu, aby se vztah mezi otcem a dcerou, respektive mezi partnery normalizoval a osvobodil od nemoci. Ve chvíli, kdy se běžná otázka typu „Jak se máš?“ osvobodí od odpovědi „dobře, jedla jsem“, popř. „ani se neptej, zase jsem zvracela“, je partnerka či dcera na cestě k normálnímu vztahu s člověkem, který se jí ptá. Stejně tak partner či otec směřuje správným směrem, pokud otázku „Jak se máš?“ nevyslovuje s úzkostí a strachem a s očekáváním odpovědi, jak se dařilo v jídle.

Také v případě, kdy se partnerskému páru nedaří počít dítě, může partnera napadat souvislost s prodělanou poruchou příjmu partnerky. Jeho obava z nedařícího se těhotenství tak ještě zesílí, partner hledá vinu v minulosti a nezřídka i v partnerce. Poruchu příjmu potravy pak vlečou oba partneři jako těžký balvan, i když objektivně žádné následky v tomto směru nezanechala.

Zvláště v období bezprostředně po uzdravení a stabilizaci jídelního chování i postojů k sobě a druhým u dívky či ženy vyléčené z poruchy příjmu potravy je velmi důležité, aby ona a její blízcí nadále komunikovali o svých potřebách, vyjasňovali si očekávání, aby nedocházelo k nedorozuměním, která mohou přispět k relapsu onemocnění.

I přes všechna opatření, která se snaží dcera/partnerka i její okolí proti návratu nemoci učinit, může k relapsu dojít. Nelze za to dceru/partnerku vinit, ale znovu je třeba konstruktivně pracovat na tom, aby se nemoci zbavila jednou provždy. Je třeba podívat se na celou situaci relapsu z nadhledu, zjistit, za jakých okolností k relapsu došlo, zda jsou patrné jasné spouštěče, uvědomit si, jaké mechanismy před relapsem dceru/partnerku chrání a zda je dcera/partnerka využívá, atd.

Pokud se nedaří relaps zvládnout samostatně, je jistě žádoucí znovu oslovit odbornou pomoc, nejlépe toho odborníka, se kterým dcera/partnerka už spolupracovala, společně s ním se jí podařilo nemoc zmírnit a zastavit a bude tedy snazší znovunavázat terapeutický vztah plný důvěry ve schopnost odborníka dceři/partnerce pomoci.

ODPOVĚDI NA NEJČASTĚJŠÍ OTÁZKY

JÍDLO...

Skoro nic nejí, mám ji nutit, aby jedla?

Samotné nucení do jídla ji z poruchy příjmu potravy nevyлéčí. Pokud ji budete nutit přes její vůli, spíše se budete jen hádat a atmosféra ve vztahu se kvůli hádkám o jídlo zhorší. Váš úkol tedy není dostat do ní jídlo za každou cenu jako do malého dítěte, ale mluvit s ní a vysvětlit, proč si myslíte, že by měla jíst, proč máte pocit, že ji musíte nutit. Zeptejte se jí na její představy o dalším životě s mentální anorexií. Podporujte ji ve vyhledání odborné léčby.

Mám ji nechat, aby si jedla, jak chce a co chce?

Někdy se může stát, že budete mít radost z toho, že Vaše dcera/partnerka jí alespoň něco, i když do normálního jídelníčku to bude mít daleko. Ano, je fajn, že něco jí, ale pro vyléčení z poruchy příjmu potravy to nestačí. Zkuste s ní tedy promluvit o její skladbě jídelníčku, zeptejte se jí, co si o něm sama myslí, jestli četla něco o vyvážené stravě a zda by se chtěla poradit třeba s poradcem na výživu.

Mám jí chystat jídlo a rozhodovat o jejím jídelníčku?

U mladších dívek s poruchou příjmu potravy je někdy tento krok velmi potřebný. Pokud je však Vaše dcera či partnerka dospělá, musí se sama naučit nakládat s jídlem, rozhodovat o něm, chystat si ho. Vaše přebírání zodpovědnosti by ji stavělo do pozice dítěte spíše než dospělého člověka, kterým může být už i sedmnáctiletá dcera. Požádá-li Vás však dcera/partnerka o spolupráci při chystání jídla, vyhovte jí a promluvte s ní i o negativech, která to může mít - tedy Vaše přebírání zodpovědnosti za něco, co musí později zvládnout i sama.

Mám s ní jíst a mám jíst totéž co ona?

Společné stolování je normální a pro zdravé lidi bez poruchy příjmu potravy také příjemná záležitost. Pro nemocnou dívku či ženu to může být těžké, ale zároveň je to způsob, jak znormalizovat své jídelní chování. Pokud to tedy jde, snažte se jíst společně. Může se stát, že je to pro Vás velký stres a sám se vůbec v klidu nenajíte. Je-li tomu tak, zvažte, co je pro Vás a Vaše zdraví lepší.

Nemusíte jíst totéž co ona, Vy se z poruchy příjmu potravy neléčíte. Což je také argument pro Vaši dceru/partnerku, když Vás nutí sníst něco, co Vy nechcete, na co nemáte chuť. Ale opět platí, jíte-li stejná jídla, dceři/partnerce to může pomoci normalizovat její jídelní chování (jejíma očima: „on jí to samé co já a netloustne, tak snad taky neztloustnu, když to sním...“).

Co mám dělat, když se u jídla rozbřečí?

Pro Vaši dceru/partnerku je příjem potravy spojen s takovým strachem, že se může stát, že se nad plným talířem jídla rozpláče. Buďte trpělivý, vydržte s ní u stolu a citlivě trvejte na tom, že by jídlo měla sníst. Zeptejte se jí, co by od Vás potřebovala v tuto chvíli a pokud její potřeba nebude v rozporu se snahou se vyléčit, zkuste na ni adekvátně zareagovat.

Slzy někdy mohou získat i manipulativní nádech a dcera/partnerka je využívá k tomu, aby Vás obměkčila a nemusela jídlo sníst. O Vašem pocitu, že jste pláčem manipulován, zkuste mluvit ve chvíli, kdy nesedíte u talíře, ale jste třeba na procházce a nehrozí tedy bezprostřední konflikt přímo u jídla.

Je normální, že má dcera/partnerka z jídla pořád strach? A co s tím?

Možná se vám to zdá divné, myslíte si, že si dcera/partnerka vymýšlí, aby jídlo nemusela jíst nebo alespoň ne v takovém množství. Vzhledem k tomu, že nevěří svému tělu a také se bojí stálého přibírání na váze, je pro ni jídlo opravdu velký nepřítel. Mějte pro to pochopení, nezlehčujte její strach, nicméně opakujte argumenty o nutném rozběhnutí metabolismu, přiměřené stravě a pohybu. Opakujte, že žádné tělo nepřibírá donekonečna, pokud pravidelně dostává dostatečnou a pestrou stravu a přiměřeně se hýbe. Ani v okolí dcery/partnerky se přece nevyskytují lidé, kteří by stále jen přibírali a přibírali. Jíst je normální a k životu potřebné.

Co mám dělat, když nesní jídlo, které by sníst měla?

Znovu platí, že odpovědnost za léčbu nese dcera/partnerka sama, nejste to Vy. Trvejte na dojedení jídla, které se dcera/partnerka rozhodla sníst, ale nekřičte na ni, neproste, nevyhrožujte, buďte věcný a pokud možno přátelský. Nedávejte jí magickou moc, která buď znamená Vaši přízeň či nepřízeň. Hrozbami a výčitkami nic nezměníte. Mluvte o tom, co pro Vás znamená, když dcera/partnerka jídlo nesní, jaké to může mít pro ni následky, zeptejte se, jak to vidí a cítí ona sama. Ale nerozebírejte jídlo donekonečna, soustřeďte se také na jiné, ne tak konfliktní, oblasti společného života.

Může se stát, že Vás bude dcera/partnerka prosit, abyste za ni jídlo dojedl. Nepřístupujte na její prosbu, snězte jen to, co máte na svém talíři se slovy, že každý má vlastní porci a že Vám ta Vaše určitě stačí. Pokud dcera/partnerka jídlo nedojí, neodnášejte ho, nevyhazujte, nechte dceru/partnerku, aby sama musela této situaci čelit. Součástí léčby z poruchy příjmu potravy je i naučit se manipulovat s jídlem - vyhodit ho, rozdělit a sníst jen část (např. sníst jen kousek čokolády a ne celou).

Mám se jí ptát každý den, co jedla a jestli zvracela?

Nejlepší bude, když se na tom společně domluvíte. Zeptejte se dcery/partnerky, zda si přeje, abyste se jí ptal a jakým způsobem. Sám si zkuste také představit, jaké by to bylo pro Vás, kdyby se Vás každý den někdo ptal, co jste jedl, jakou porci a zda jste nebyl zvracet.

Někdy se může stát, že Vám dcera/partnerka odsekne, našťve se. Může to být způsobeno tím, že se jí v jídle nedařilo tak, jak si přála a Vy ji s tím vlastně nahlas konfrontujete. Zároveň pro Vás může být zatěžující vytvářet si domněnky, zda její špatná nálada souvisí s jídlem nebo s Vámi, nebo s čím vlastně, v tom případě vždy mluvte o svých pochybách nahlas a vyjasněte si to, co potřebujete.

Některá jídla už jí ani nenabízím, nemá to smysl, stejně vždycky odmítne...

I když to může být Vaše opakovaná zkušenost, zkuste vždy dceři/partnerce nabízet vše tak, jako by byla zdravá. Konfrontujte ji s tím, že musí odmítnout něco, co si ostatní bez váhání k jídlu vezmou. Cílem není vytvořit kolem dcery/partnerky ochrannou hráz před jídlem, „které by stejně jíst nechtěla“, ale pomoci jí vrátit se zpět do světa, kde je jídlo normální součástí života.



Co mám udělat, když chce jít hned po jídle na toaletu a já mám strach, že chce zase zvracet?

Pokud bude Vaše dcera/partnerka rozhodnutá, že zvracet chce, nezabráníte jí v tom ani fyzicky, ani výhružkami, ani prosbami. Pokuste se jí po jídle přivést na jiné myšlenky, mluvejte s ní, nabídněte jí společnou procházku či nějakou činnost, která jí pomůže odvrátit nutkání myslet na snědené jídlo a jít zvracet. I když se Vám to nepodaří, není to Vaše chyba, dcera/partnerka sama musí dospět k rozhodnutí se zvracením přestat i za cenu negativních pocitů a bolestí břicha z přejedení.

Abyste předešel pocitu bezmoci a nevědomosti, co dělat ve chvíli, kdy chce jít dcera/partnerka zvracet, zkuste se nemocné zeptat, které činnosti jí obvykle pomáhají, co by od Vás v tu chvíli potřebovala. Řekněte jí také o svých pocitech.

KOMUNIKACE...HÁDKY A KONFLIKTY...

Jak mám s dcerou/partnerkou vůbec o nemoci mluvit?

Snažte se, aby se z nemoci nestalo tabu, strašák, o kterém oba víte, ale nikdo o něm nezačne, protože má strach z reakce druhého. Oba si pak můžete vytvářet mylné domněnky typu „vůbec ho nezajímá, jak na tom jsem“, „nestojím jí ani za to, aby mi řekla, jak se jí boj s nemocí daří“. Snažte se komunikovat normálně, nechodte po špičkách, nevytvářejte kolem nemocné bavlíku. Zároveň se však snažte být ohleduplný a citlivý k jejím potřebám. Zkoušejte o věcech mluvit, domlouvat se, vyjasnit komunikaci. Když s dcerou/partnerkou mluvíte, nevyčítejte, přehnaně nekritizujte, neironizujte, snažte se být konstruktivní a mluve také o svých potřebách.

Je možné, že s Vámi o nemoci mluvit odmítá, nemoc popírá, při Vašich pokusech téma otevřít se naštve. V tomto případě zkuste mluvit hlavně o svých pocitech, o tom, co vidíte, nesnažte se jí radit, ale dejte průchod svým pocitům a zeptejte se také na její. Určitě v komunikaci uspějete lépe s větou „Mám o Tebe strach, chtěl bych ti pomoci, ale nevím jak, řekni mi, co bys potřebovala...“ než „Už se na to nedá dívat, podívej se na sebe, nejsi schopná ničeho, odvezu tě do blázince a bude to, tam tě jíst naučej...“.

Pokud již s dcerou/partnerkou o nemoci mluvíte, stanovte si společně pravidla, která budou dobrá a splnitelná pro Vás oba. Někdy totiž nemusíte mít náladu ani sílu o nemoci dlouze debatovat, dejte ale dceři/partnerce najevo, že to neznamená, že Vás ona a její trápení nezajímá, ale že momentálně potřebujete odpočinek a vrátíte se k povídání později. Stejně tak ona nemusí být vždy nastavená k rozebírání nemoci, respektujte její přání „to teď neřešit“ a domluvte se na později.



Co když odmítá dohodnutá pravidla?

Pokud se Vám povedlo se s dcerou/partnerkou domluvit na pravidlech ohledně zvládnání jídla, komunikace o nemoci a jídle a také o Vašich vzájemných potřebách, udělal jste s dcerou/partnerkou velký krok směrem k vyléčení. Kolísání motivace dodržovat dohodnutá pravidla souvisí s nemocí, pro dceru/partnerku je velmi obtížné je dodržet vždy na sto procent.

Nedodržuje-li dcera/partnerka opakovaně společně sjednané, zkuste o tom mluvit, zeptat se jí, co se děje, v čem jí můžete být užitečný, aby sama přišla na to, co ji blokuje a chtěla se tomu postavit. Výčitky, kritika a věty typu „já jsem věděl, že to s Tebou nepůjde po dobrém“ nebo „stejně to zase nedodržíš“ nejsou konstruktivní a k vyléčení nevedou.

Co mám dělat, když vím, že mi lže?

Pro porozumění důvodu lhaní dcery/partnerky je třeba vzít v úvahu to, jak porucha příjmu potravy funguje. Dcera/partnerka se neustále potýká s touhou být štíhlá, mít jídlo pod kontrolou, neselhat. Lži či podvody spojené s jídlem jsou tedy reakcí na strach, který má nemocná při představě, že by to či ono snědla. Pokud navíc její okolí funguje jako kontrola a dohled, nutí to dceru/partnerku obelhávat nejen sebe, ale i druhé.

Když zjistíte, že Vám Vaše dcera/partnerka lže, řekněte jí o tom. Povězte jí o svých pocitech z jejího lhaní či podvodů, o tom, co pro Vás znamená ohrožení či ztráta důvěry ve vztahu. Najděte společně cestu, jak mezi Vámi zachovat upřímnost. Zeptejte se nemocné, co ji nutí lhát a zda jí nějak můžete pomoci změnit to.

Můžu jí říci, že už toho mám po krk, můžu se s ní normálně hádat?

Nemoc Vaší dcery/partnerky neznamena, že nemáte právo na své pocity a potřeby. Hádky je přirozenou součástí života ve vztahu a vyhýbat se vyjadřování negativních emocí není dlouhodobě udržitelné. V hádkách byste se však měl vyhnout kritizování a ponižování dcery/partnerky za její onemocnění.

Rozčiluje mě, jak je naše lednice pořád vyjedená, to se už nedá vydržet...

Je třeba jasně říci, že za důsledky bulimického chování nese odpovědnost dcera/partnerka. Pokud se přejídá jídlem, které je celé rodiny, měla by zkonsumované potraviny dokoupit za svoje peníze. Pokud se jde dcera/partnerka vyzvracet, měla by po sobě uklidit toaletu. Pokud peníze na jídlo krade, měla by způsobenou škodu nahradit. Nemocná nesmí zneužívat Vaši důvěru ani těžit z Vašich peněz.

VZHLED...

Co jí mám říci, když se ptá, jestli je tlustá?

Komentování vzhledu Vaší dcery/partnerky je ošemetná záležitost. Ať řeknete, co řeknete, stejně to s největší pravděpodobností bude špatně. Vyhněte se tedy poznámkám o její postavě a pokud se Vás dcera/partnerka přímo zeptá, zeptejte se jí, proč je to tak důležité a co byste na to měl vlastně odpovědět. Řekněte jí, že ji máte rád takovou, jaká je a kila pro Vás nejsou důležitá. Zdůrazněte, že zdaleka

nepřikládáte vzhledu takový důraz jako ona pod vlivem nemoci a hlavní pro vás je, aby ona byla spokojená a šťastná. Oceňte na ní něco, co nesouvisí nutně s hubnutím, ale pochvalte ji, hledejte maličkosti, kterými ji můžete potěšit a povzbudit. Bude se tím učit přijímat sebe a své tělo takové, jaké je.

Jak ji mám přesvědčit, že její vzhled pro mě není tak důležitý?

Říkejte jí to. Možná Vám nebude věřit, ale pokud to tak opravdu cítíte, opakujte jí to. Oceňujte ji za něco, co není měřitelné v kilech či centimetrech, pomozte jí posílit sebedůvěru a najít samu sebe. Vaše orientace na jiné hodnoty než vyhublost, výkon a prestiž jí může ukázat cestu. Po té ale už musí chtít jít sama.

Co mám dělat, když pořád cvičí, váží se, počítá kalorie, sleduje se?

I to patří k nemoci, zvláště k mentální anorexii. Cvičením a vážením dcera/partnerka udržuje kontrolu nad sebou, jídlem a postavou. Aby se tohoto mohla zbavit, musí získat kontrolu nad svým životem jiným způsobem. Zkuste s ní na toto téma promluvit, snažte se jí ukázat, že nálada se neodvíjí od čísla na váze, najděte jinou společnou zábavu, která jí umožní nemyslet na postavu a jídlo. Znovu navrhněte možnost vyhledat odbornou pomoc.

VZTAH...

Co mám dělat, když říká, že si mou pozornost a náš vztah nezaslouží?

Asi si to skutečně myslí, její sebevědomí je totiž nemocí nabeurávané a má výčitky svědomí, že Vás svou nemocí zatěžuje. Zkuste ji přesvědčit o tom, že Vaši lásku si nemusí zasloužit, že jste s ní rád, ať už je nemocná nebo není. Pokuste se situaci využít k tomu, abyste i Vy sám řekl, co vlastně od dcery/partnerky potřebujete. Mluvte s ní o odborné léčbě, podpořte ji v jejím rozhodnutí jít se léčit.

Mám ji utěšovat, když je jí zle?

Vaše opora je pro dceru/partnerku velmi důležitá a pokud se stanete jejím spolubojovníkem s nemocí, můžete velmi přispět k jejímu rychlejšímu uzdravení. Nemůžete být však vždy a všude k dispozici, chraňte si také své hranice, své zájmy a svůj čas, nenechte se nemocí chytit do pastí. Dceři/partnerce může pomoci, když ji povzbudíte nebo obejmete ve chvíli, kdy cítí, že je na nemoc sama a nevidí žádná východiska. Zároveň nezapomínejte na to, že bez odborné pomoci je tato nemoc jen těžko zvládnutelná a že Vy odpovědnost za léčbu nenesete.

Jak s ní mám mluvit, když vždycky reaguje tak agresivně? Vždyť takovou ji vůbec neznám!

Je možné, že Vaše dcera/partnerka se najednou chová úplně jinak, než jak jste ji znal dříve. Porucha příjmu potravy mění její vnímání sebe sama, může zvýšit její vztahovačnost a citlivost. Pokud však její chování přesahuje únosné meze, neomlouvejte to stále nemocí. Netolerujte to, co byste netoleroval, kdyby byla zdravá. Nemoc totiž snadno může být vnímána jako alibi a pro dceru/partnerku může znamenat výhody, které pak brání snaze se nemoci zbavit.



Co mám dělat, když se mi zdá, že náš vztah je víc o její nemoci než o nás dvou?

Pokud je nemoc ve vztahu věnována přílišná pozornost, může se nakonec stát jeho jediným tématem. To pro Vás musí být velmi unavující, vyčerpávající a také nenaplnující. Někdy Vás může napadnout, že by bylo lepší o tom nemluvit vůbec, dělat, jako že nemoc neexistuje. Dejte však pozor na to, aby to Vaše dcera/partnerka nevnímala jako nezájem o ni, vysvětlete jí svou motivaci k mlčení na toto téma a domluvte se, za jakých podmínek za Vámi dcera/partnerka může přijít, když o nemoci mluvit potřebuje. Vyhledejte společně odbornou pomoc, která uvolní napětí ve vztahu a pomůže Vám vrátit vztah do roviny, ve které nehraje nemoc hlavní roli.

RODINA...

Jak mám v této situaci udržet normální chod naší rodiny?

Nemoc to určitě ztěžuje, přesto se snažte, aby se chod rodiny poruše příjmu potravy dcery/partnerky nepodřídil a vše fungovalo v maximální míře normálně. Pokud plánuje rodina společnou večeři v restauraci, nerušte tento program jen proto, že se Vaší nemocné dceři/partnerce nechce. Respektujte její přání zůstat doma, ale neomezujte potřeby svých dalších blízkých a ani ty své. Snažte se ve společně tráveném čase s rodinou neřešit jen poruchu příjmu potravy, naopak hledejte radost a odpočinek v jiných tématech a společných činnostech. I tím nemocné dceři/partnerce pomůžete, aby se odpoutala od stálých myšlenek na jídlo, postavu, atd.

Jak vystupovat spolu s manželkou jednotně co se týče chování k dceři?

Znovu bude potřeba se s manželkou domluvit a ujednotit postoje k nemoci dcery i k ní samotné. Dcera může mít tendence vytvářet s Vámi či s Vaší manželkou koalice podle toho, kdo je k ní v tu chvíli tolerantnější a přístupnější. Utváření těchto koalic ale uzdravení brzdí, nesoupeřte s manželkou o to, kdo to umí s dcerou lépe. Podpořte se navzájem ve chvíli, kdy jednomu z vás dochází síly i trpělivost. Vaše dcera musí dostávat jasné hranice, o které se bude moct opřít.

Jak mám vysvětlit dalším potomkům chování a obtíže jejich sestry?

Vysvětlení přizpůsobte jejich věku a rozumovým schopnostem. Není třeba popisovat nejmenší detaily nemoci. Je možné, že Váš další potomek je na nemocnou sestru našťvaný, protože nemocná sestra dostává větší pozornost než on sám. Neospravedlňujte nemocnou dceru, nevysvětľujte důvody zvýšené pozornosti, zkuste svému dítěti naslouchat a vyjít mu vstříc v tom, co od Vás žádá. Má na to právo stejně jako Vaše nemocná dcera. Buďte také citlivý k varovným signálům rizika nemoci i u vašeho dalšího dítěte, často se stává, že poruchou příjmu potravy trpí postupně i další sourozenci.

INTIMITA A SEX...

Co mám dělat, když odmítá mé dotyky a mou blízkost?

Jedním z příznaků poruchy příjmu potravy je i narušený vztah k tělu. Partnerka/dcera může ke svému tělu cítit nenávisť a odpor, nesnese ani slovní kompliment ani tělesný dotyk. I Vaše dobře míněné pohlazení pro ni v tu chvíli může být spíše utrpením. Nejde však o nenávisť k Vám, ale k sobě samotné, není to tedy Vaše vina. Nenuťte ji do něčeho, co jí je nepříjemné, zároveň jí rekněte o Vašich pocitech a potřebách vyjádřit lásku a být jí nablízku.



Co mám dělat, když se se mnou nechce milovat nebo cítím, že se miluje jen z povinnosti?

Zvláště u mentální anorexie bývá častá ztráta zájmu o sex i tělesný prožitek. To je způsobeno jednak narušeným vztahem k tělu a k sobě a také zaměřeností na jídlo. Je přirozeným důsledkem neuspokojeného obživného pudu (se stupněm vyhladovění a vyhublosti přirozeně klesá zájem o sex), chudých sociálních vztahů a zhoršující se kvality jejího života. U mentální anorexie se také často objevuje problém přijetí ženské role a dospělosti. I to může být zdrojem averze k sexu či strachu ze sexu.

Je ale logické, že Vám milování chybí, bez ohledu na to, co k odmítání sexu partnerku vede. V tomto ohledu je řešení velmi neuspokojivé. Dočasně Vám snad může pomoci masturbace a také vidina, že porucha příjmu potravy je řešitelný problém a že to není konečný stav. Pomozte partnerce v hledání cesty k vlastnímu tělu a k jeho přijetí. Váš nefalšovaný obdiv k její vnitřní i vnější kráse jí může v určité fázi nemoci velmi pomoci. Řekněte partnerce také to, jak se Vy sám cítíte a jak špatně snášíte podezření, že se s Vámi nemiluje ráda. Je jen málo pravděpodobné, že byste ji přestal přitahovat či že byste dělal nějakou chybu, ale i o tom si můžete promluvit. Možná jen potřebuje v určité fázi více blízkosti a něhy. Vyladěním potřeb Vás obou se může leccos změnit i pro Vás samotného.

SEBEVRAŽEDNÉ TENDENCE A SEBEPOŠKOZOVÁNÍ...

Co mám dělat, když zjistím, že si sama ubližuje?

Sebepoškozování souvisí s jejím narušeným vnímáním sebe sama, uvolňuje se tím také napětí, stres a tlak, které nemocná pocítuje a kterým se neumí jinak bránit. Tak jako Vám funguje pro odreagování sport, zábava, nebo třeba i alkohol, Vaše dcera/partnerka redukuje napětí např. řezáním žiletkou do svého těla, v méně nebezpečném případě nadměrným cvičením až do vyčerpání.

Pokud objevíte u Vaší dcery/partnerky stopy pořezání, patrně Vás to vyleká a budete chtít rychle zasáhnout. Určitě sebepoškozování dcery/partnerky nepřehlížejte, samo se to jen těžko spraví. Řekněte jí o Vašem podezření, zeptejte se jí, jak se jí to stalo, zkuste jí dát prostor pro to, aby mohla mluvit o důvodech, které ji k tomu vedou. Dejte jí najevo, že Vám na ní záleží a že nechcete, aby se trápila a ubližovala si. Trvejte na tom, že společně vyhledáte odbornou pomoc. Vy sám jí sice terapeuta dělat nemůžete, určitě ji ale můžete podpořit ve chvíli, kdy bude chtít vzít žiletku znovu do ruky.

Co mám dělat, když začne mluvit o sebevraždě?

Porucha příjmu potravy může někdy natolik zúžit pohled na svět, že život pro nemocnou přestává mít smysl. V takové chvíli jsou úvahy o sebevraždě velmi časté. Pokud Vaše dcera/partnerka o tomto tématu začne, nepřehlížejte to, neodmítejte její přání o tom mluvit. Patrně Vám chce sdělit něco důležitého. Vyslechněte ji, zeptejte se, zda uvažuje o sebevraždě. Touto otázkou nemůžete nic zkazit ani jí sebevraždu vnuknout. Pokud totiž přímo o sebevraždě neuvažuje, Vaše otázka ji pouze překvapí a odpoví třeba ve smyslu „ne to ne, to já se nechci zabít, to mě ani nenapadlo...“. Pokud však sebevraždu zvažuje, Vaše pojmenování jí může přinést úlevu v tom, že je jí nablízku konečně někdo, kdo ji poslouchá a chápe, o čem přemýšlí. Mluvit s člověkem, který uvažuje o sebevraždě je velmi zátěžové. Neváhejte proto dceři/partnerce otevřeně říci, že na tohle nestačíte, nevíte, co byste měl dělat, ale že společně zkusíte najít někoho, kdo Vám pomůže. Můžete kontaktovat Linku důvěry či Krizové centrum.

Pořád sebevraždou vyhrožuje, ale nikdy se o nic nepokusila, jak vážně to tedy mám brát?

Je-li sebevražda častým tématem Vaší dcery/partnerky, může se stát, že její úvahy přestanete brát vážně a nebudete tomu věnovat pozornost. To je pochopitelné, zároveň ale neplatí mýtus, že kdo o sebevraždě mluví, nikdy se o ni nepokusí. Pokuste se dát hovorům o sebevraždě hranice. Řekněte dceři/partnerce, že nevíte, co si o tom myslet a ani jí neumíte pomoci, ale že byste byl rád, kdyby si o svých úvahách popovídala s odborníkem.

LÉČBA...

Co mám dělat, když se vůbec nechce léčit?

Úspěšná léčba poruchy příjmu potravy je vždy podmíněná dostatečnou motivací nemocné se uzdravit. Nerozhodnost či nechuť k léčbě je však základním rysem onemocnění, proto je pro Vaši dceru/partnerku tento krok tak obtížný. Donucovací prostředky většinou nebývají úspěšné, k léčbě

se musí odhodlat nemocná sama. Pokud Vaše dospělá dcera/partnerka léčbu razantně odmítá, nemůžete dělat vůbec nic krom vytrvalé podpory a povzbuzování odbornou pomocí vyhledat a nemoci se zbavit.

U nemocných mladších 18 let mohou o léčbě rozhodovat rodiče. I když Vaše dcera zpočátku nespolupracuje (a to je opět součástí nemoci - hrozí jí přece nekontrolovaný nárůst váhy, nemožnost cvičit atd.), během léčby postupně náhled získává. Určitě se vždy poradte s odborníkem, jak postupovat. Zda dceru hospitalizovat, či zda bude vhodnější ambulantní péče. Je také možné, zvláště pokud s Vámi dcera žije ve společné domácnosti a je ještě dítětem, že Vám a Vaší rodině bude doporučena rodinná terapie jako jedna z forem léčby Vaší dcery.

Mám ji dovézt k doktorovi násilím?

I když to zkusíte, brzy zjistíte, že tento postup nemá efekt. Dostatečná motivace a spolupráce nemocné s odborníky je k léčbě nutná. Pokud však cítíte, že Vaše dcera/partnerka o léčbě uvažuje, ale bojí se za odborníky jít, můžete jí pomoci i direktivnějším způsobem první kroky udělat. Ty další jsou už ale opravdu na ní a na jejím rozhodnutí. Vy za její zdraví odpovědnost nenesete a ani se za ni nemůžete vyléčit.

Co jí mám říci, když pořád namítá, že „všechno je v pohodě a pod kontrolou“, ale já vidím, jak jí a jak je hubená a slabá?

Řekněte jí, co vidíte, řekněte jí, jaké z toho máte pocity, vyjádřete strach, který cítíte. Nabídněte jí knihu na téma poruchy příjmu potravy, ať sama rozhodne, zda se jí nemoc týká či nikoliv. Požádejte ji, aby s Vámi šla k lékaři, který Vás oba ubezpečí, že vše je v pořádku a Vy nemusíte mít strach. Patrně na toto nepřistoupí, ale jistě bude o Vašich slovech a obavách alespoň přemýšlet. Také je možné, že Vámi nabízenou knihu odmítne, ale později a tajně se k ní vrátí. I to je prvním krokem k náhledu na onemocnění a snaze se léčit.

Mohu se jí ptát, o čem si povídá na terapii?

Ano, ale připravte se i na odpověď, že se jí o tom nechce mluvit. V terapii se totiž mohou otevřít témata, o kterých jste spolu nikdy nemluvili a pro Vaši dceru/partnerku je to v tu chvíli obtížné. Možná se k tomu odhodlá později. Vždy její rozhodnutí respektujte, nevyptávejte se, nevyzvídejte, ponechte léčbu v jejích rukou a rukou odborníka.

Mohu zavolat lékaři nebo terapeutovi, ke kterému dcera/partnerka chodí, a zeptat se ho, jak to s ní vypadá?

Terapeutický proces je založen na důvěře mezi lékařem/terapeutem a Vaší dcerou/partnerkou. Pokud by se nemocná dozvěděla o snaze zjišťovat nějaké informace za jejími zády, mohla by ztratit důvěru, kterou třeba jen těžko a pomalu získávala. Také terapeuta byste stavěl do situace, kdy by Vám sice rád pomohl, ale vzhledem ke svému slibu vůči Vaší dceři/partnerce jako své klientce nemůže. Promluvte si tedy s Vaší dcerou/partnerkou o tom, zda se můžete někdy terapie zúčastnit, co Vás vlastně zajímá a v čem to vidíte jako potřebné jak pro sebe, tak pro ni.

Co mám dělat, když prohlásí, že už na terapii nepůjde?

Je možné, že se to stane a Vaše dcera/partnerka bude z léčby nazlobená, nešťastná, otrávená. V průběhu terapie se otevírají bolestivá témata a její stav se může dokonce dočasně zhoršit. Pokud v terapii vydrží a pokusí se zpracovat to, co jí přináší trápení, pomalu se její stav začne stabilizovat a zlepšovat. Zkuste jí tedy motivovat k tomu, aby v terapii vydržela, upozorněte ji na to, že je normální mít někdy vztek a cítit se mizerně, podpořte ji, aby o těchto pocitech mluvila hlavně se svým terapeutem.

Co když vím, že terapeutovi neříká pravdu?

Možná Vás napadá, že když dcera/partnerka terapeutovi lže, nemůže se nic změnit, natož zlepšit. Lepší než vstupovat do terapeutického procesu a informovat odborníka, je zkusit porozumět, proč nemocná stále používá lež, i když s léčbou souhlasí a účastní se jí. Můžete si s ní zkusit promluvit o tom, jaký smysl v terapii vidí, v čem jí asi může pomoci, co od ní očekává. Možná potřebuje jen o trochu delší čas k navázání důvěry k terapeutovi a pomocí lži chrání sama sebe a své bezpečí. Dobrý terapeut navíc lež rozpozná a může na jejím porozumění s nemocnou pracovat. Ponechte tedy na dceři/partnerce to, jak s terapií naloží.

Co když se mi zdá, že ten její doktor/terapeut používá zvláštní metody?

Stane-li se, že Vaše dcera/partnerka nemá dobrý pocit z absolvované terapie a popisuje metody práce, které se i Vám zdají podezřelé, zkuste to konzultovat s někým z Vašeho okolí. S někým, kdo se lépe orientuje v nástrojích a prostředcích terapie a bude schopen posoudit, zda terapeut Vaší dcery/partnerky postupuje dle terapeutických i etických pravidel.

Musím se účastnit terapie, když o to dcera/partnerka nebo její terapeut požádají?

Přizvání k léčbě má jistě opodstatnění. Vzhledem k tomu, že s nemocnou žijete a provázíte ji cestou k vyléčení, může být velmi prospěšné, že se do léčby zapojíte také Vy. Nejde o hledání viníka ani viny, ale o konstruktivní hledání způsobů, jak se dcera/partnerka může nemoci zbavit a co všechno by jí v tom mohlo pomoci. Vy jako jeden z blízkých lidí v jejím okolí v tomto můžete sehrát významnou roli. Navíc přizvání k léčbě můžete využít i pro sebe a zeptat se na to, co trápí v souvislosti s onemocněním Vaší dcery/partnerky Vás.

Jaké jsou vůbec druhy terapie, jak poznat tu správnou terapii?

Pro léčbu poruch příjmu potravy je efektivních více druhů terapií a je třeba říci, že každému vyhovuje jiný přístup, jiný druh terapie a proto někdy trvá delší dobu, než se dceři/partnerce povede najít dobrou a fungující terapii. Pokud se tedy nepovede navázat dobrý terapeutický vztah či terapie nepřináší výsledky, neznamená to konec možností, ale naopak je třeba vyzkoušet jinou metodu.

Mezi základní druhy terapií, které se používají při léčbě poruch příjmu potravy, patří kognitivně behaviorální terapie (zaměřená na změnu postojů, návyků a chování), rodinná systemická terapie (nahlíží na rodinu jako na systém a vidí provázanost nemoci s jednotlivými členy rodiny či články

systemu), gestalt terapie (soustředí se na prožívání vlastního těla a pocitů „teď a tady“), psychoanalytická terapie (hledá odpovědi na otázky v nitru člověka, v jeho nevědomí a raných zážitcích), psychotherapie zaměřená na tělo (snaží se dostat do kontaktu myšlení a tělové projevy člověka) a další metody, při kterých jsou používány techniky kresby, pohybu, hudby, práce, atd.

LÉKY...

Existuje nějaký lék na poruchy příjmu potravy?

Lék přímo na toto onemocnění neexistuje. Pro léčbu depresí a úzkostí, které se často přidružují k mentální anorexii a bulimii, se používají léky zvané antidepresiva a anxiolytika. Obojí předepisuje lékař psychiatr v určité dávce a je třeba brát tyto léky pravidelně a po delší dobu (antidepresiva začínají fungovat zpravidla až po 3-4 týdnech užívání), aby se dosáhlo správného účinku. Léky mohou zmírnit nepříjemné pocity a výkyvy nálady, mohou zlepšit spánek a pomoci nemocné odpočinout si, mohou dokonce snížit naléhavost vnucujících se nepříjemných myšlenek. Někdy je třeba vyzkoušet více preparátů tak, aby léky Vaší dceři/partnerce vyhovovaly a měly minimální vedlejší účinky. Mezi ty se nejčastěji řadí zvýšená ospalost a únava, pocit nevolnosti, další somatické obtíže.

I přesto, že neexistuje lék přímo na poruchu příjmu potravy, je tato nemoc léčitelná a vyléčitelná. Kombinace psychotherapie, práce s tělem a případně doplňková farmakoterapie je tou nejlepší a nejrychlejší cestou, jak se s nemocí vypořádat.

Jak dlouho se berou antidepresiva a anxiolytika?

Antidepresiva i anxiolytika mohou být nasazena pro akutní zvládnutí úzkosti a depresí za účelem povzbudit nemocnou v její snaze se léčit. Při léčbě poruch příjmu potravy jde o týdny až měsíce. Léky pomáhají zvládnout tu nejtěžší fázi léčby, pak je většinou možné je postupně vysadit. Vysazení léků je nutné konzultovat s psychiatrem.

V případě klinických depresí, které se přidružují k mentální anorexii nebo mentální bulimii, je farmakoléčba dlouhodobější.

Nevzniká na lécích na depresi a úzkost závislost?

Závislosti se není třeba bát, psychiatr určí přesné dávky léků a ty jsou pak během úspěšné léčby postupně snižovány. Závislost může vzniknout jen na anxiolytikách a to pouze, pokud se berou pravidelně. Jejich výhodou je ale v podstatě okamžitý účinek.

Mají antidepresiva vliv na partnerčinu chuť na sex?

Ve vedlejších účincích těchto léků se opravdu snížení chuti na sex může objevit. Najít vhodný preparát, který pozitivně působí na psychický stav nemocné, je někdy obtížné a je třeba vyzkoušet více možností. Vždy je třeba brát v úvahu, že účinek antidepresiv lze hodnotit až teprve po alespoň 3-4 týdnech užívání. Snížení chuti na sex navíc nemusí vždy souviset s léky, ale je důsledkem poruchy příjmu potravy jako takové.

Co mám dělat, když zjistím, že dcera/partnerka užívá nějaké léky na hubnutí?

I když se dcera/partnerka z poruchy příjmu potravy snaží vyléčit, léky či další prostředky na hubnutí jí mohou zprostředkovávat pocit bezpečí, že nekontrolovaně nepřibere. Najdete-li tedy u dcery/partnerky prostředky na hubnutí, řekněte jí o tom, zeptejte se jí, jak účinkují, zda ví, jaký vliv mají na její organismus a probíhající léčbu. Nemůžete jí však zabránit v tom, aby je užívala, pokud to tak sama chce. To ona je musí chtít vysadit.

OKOLÍ...

Co mám dělat, když se mě někdo ptá, jestli je dcera/partnerka nemocná?

Nejlepší je odpovědět pravdivě. Může se však stát, že si Vaše dcera/partnerka nepřeje, aby o její nemoci někdo věděl. Zkuste se spolu domluvit, co budete tedy na otázky okolí odpovídat. Řekněte nemocné, jaké to pro Vás je, když musíte lhát. Respektujte však její přání nevyprávět o její nemoci na každém kroku.

Vůbec nevím, co říct, když se mě přátelé ptají, jak se nemocné dceři/partnerce daří?

Pokud lidé ve Vašem okolí o nemoci dcery/partnerky ví, může se stát, že svou starost vyjadřují častými otázkami a ptají se po změně a zlepšení stavu nemocné. To pro Vás může být zatěžující v případě, kdy se stav dcery/partnerky příliš nemění, či dokonce zhoršuje. Nelze každému dopodrobna vyprávět o složitosti onemocnění a obtížích v léčbě Vaší dcery/partnerky. Naučte se tedy svému okolí říci jen to, co chcete, co potřebujete, případně je požádejte o trpělivost, řekněte jim, jaké to pro Vás je, když se stále někdo ptá, jestli už je dcera/partnerka zdravá. Tak jako Vy chcete vědět, co máte ve vztahu k Vaší dceři/partnerce dělat, chce to vědět také Vaše okolí ve vztahu k Vám i k ní. Pomozte jim poruchu příjmu potravy pochopit, pomůžete tak nejen sobě, ale i takto nemocným.

MOŽNOSTI LÉČBY PORUCH PŘÍJMU POTRAVY U NÁS

Vždy záleží na tom, v jakém zdravotním stavu aktuálně nemocná je a jaká je její motivace se léčit. Pokud onemocnění popírá či léčbu odmítá, nebývá léčba příliš efektivní. Motivace a odhodlání vytrvat v léčbě je základem pro její úspěšnost.

V České republice existují tyto formy péče:

- > **Pobytová péče neboli hospitalizace** - probíhá zpravidla na psychiatrických odděleních, ve větších městech existují specializované jednotky péče zaměřené na poruchy příjmu potravy. Délka pobytu se pohybuje od 2 do 5 měsíců. Hospitalizace je doporučována v případech, kdy je dívka či žena ohrožena na životě podvýživou či sebevražednými úmysly, či pokud není dlouhodobě úspěšná stacionární či ambulantní péče. Péči hradí zdravotní pojišťovna, častá je čekací doba na umístění na takové lůžko (kolem 2-3 měsíců). K hospitalizaci je nutné doporučení od obvodního lékaře či od lékaře, který měl dívku či ženu v ambulantní péči. O hospitalizaci dívky mladší 18 let rozhodují rodiče nemocné.
- > **Stacionární péče** - v ČR existuje jediný Denní stacionář pro léčbu poruch příjmu potravy v rámci Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Délka léčby je maximálně 3 měsíce, je určena pro ženy a dívky s body mass indexem vyšším než 16. Nemocná přichází do Stacionáře ráno a přes den absolvuje individuální i skupinovou terapii s dalšími nemocnými, na večer a noc odchází do domácího prostředí, kde zkouší upevnit nové návyky získané ve Stacionáři. Účast na tomto typu léčby předpokládá alespoň částečné zvládnutí nemoci a vyžaduje také finanční spoluúčast na léčbě (asi 50Kč/den jako příspěvek na jídlo).
- > **Ambulantní péče** - tu mohou poskytovat psychologové, psychotherapeuti a psychiatři. Nemocná dochází k odborníkovi na terapeutická sezení (zpravidla 1x týdně, ale léčba může být i intenzivnější - 2x týdně, případně méně intenzivní - 1-2x za měsíc). Psychotherapie vychází z potřeb a zakázky nemocné - pozornost je soustředěna mj. na zvládnutí jídelních návyků a změnu postojů k sobě a ke svému tělu. V některých ambulantních zařízeních péči hradí zdravotní pojišťovny, jinde si terapii hradí sama nemocná, cena za jedno terapeutické sezení se pohybuje od 400-1000 Kč. Seznam odborníků specializovaných na poruchy příjmu potravy lze najít např. na www.idealni.cz, www.anabell.cz.
- > **Terapeutické skupiny** - po určitý čas se schází tytéž dívky a ženy a společně s jedním či dvěma terapeuty pracují na svém uzdravení formou skupinové terapie. Zároveň může dívka či žena docházet i na individuální terapii. Terapeutické skupiny fungují i v rámci hospitalizace, v Praze existují také „ambulantní“ terapeutické skupiny.
- > **Svépomocné podpůrné skupiny** - jsou místem, kde se setkávají nemocné dívky a ženy a za účasti koordinátora skupiny či odborníka hledají motivaci k léčbě, sdílí své myšlenky a zkušenosti, podporují se navzájem v procesu léčby. V počátku léčby mohou tyto skupiny pomoci najít odvalu kontaktovat odborníka, v dalším procesu léčby mohou pak i vhodně doplňovat individuální terapii. Svépomocné aktivity podporuje Občanské sdružení Anabell -

sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií, které realizuje skupinová setkání v Praze, Brně, Ostravě a Bratislavě. Dále fungují svépomocné kluby pro pacienty v rámci některých jednotek specializované péče poruch příjmu potravy. Svépomocná skupina je spíše předstupněm, případně doplňkem odborné péče, samotná účast na svépomocné podpůrné skupině není zpravidla pro úspěšnou léčbu dostačující.

- > **Svépomocné manuály** - jedná se o příručky, které mohou být průvodcem při boji s nemocí vlastními silami. Manuál motivuje dívku či ženu k postupným krokům ke změně jídelního režimu, postojů k sobě a svému tělu a k upevnění nových zdravějších návyků. Mohou být užitečné také ve fázi, kdy nemocná není ochotna vyhledat odbornou pomoc či docházet alespoň na svépomocnou podpůrnou skupinu. Stejně tak mohou posloužit po ukončení hospitalizace a stacionární léčby k udržení nastoleného jídelního režimu. Jednotlivé tituly svépomocných manuálů lze najít v seznamu základní literatury v závěru této knihy.

A CO VY?

Jak se možná cítíte...

Vyčerpaný, unavený, bezmocný, naštvaný, rezignovaný, nespokojený, nešťastný... Časté jsou pocity viny a frustrace, lítost, strach z neohraničenosti nemoci, pocit křivdy z nevděku nemocné, obava z budoucnosti, netrpělivost, sklon ke konfliktovosti, strach z vlastního selhání...

Co Vás někdy může napadnout...

- ...že to nikdy neskončí...
- ...že se dcera/partnerka nikdy úplně neuzdraví...
- ...že mi to nestojí za to...
- ...že už toho mám dost...
- ...že nejdůležitější je, aby ona byla zdravá, o mě nejde...
- ...že by asi bylo lepší, kdybych od partnerky odešel...
- ...že za to všechno můžu já...
- ...že jsem měl něco udělat jinak...
- ...že by bylo lepší, aby se partnerka rozešla se mnou...
- ...že by bylo pohodlnější, kdyby dcera odešla z domova...
- ...že by bylo lepší, kdyby dceru/partnerku zavřeli do nemocnice...
- ...že snad bude nejlepší, když se dcera/partnerka zabije...
- ...že ji z toho dostanu sám, bez pomoci odborníků...
- ...že si za to stejně může sama...
- ...že stačí, když se dcera/partnerka pořádně nají...
- ...že to dcera/partnerka dělá schválně...
- ...že se dcera/partnerka na nemoc pořád vymlouvá...
- ...že už to nezvládnou a zblázním se z toho...
- ...že ji musím hlídat a kontrolovat v jídle...
- ...že kdyby dceru manželka nerozmazlovala, nestalo by se to...
- ...že partnerka bude mít špatný vliv na naše děti...
- ...že odborníci jsou stejně bezmocní jako já...

Kde najít pomoc pro sebe?

Jako první zdroj informací, co dělat a kam se obrátit o pomoc, Vám může posloužit internet. Existuje velké množství webových stránek, na kterých najdete informace o nemoci, možnosti léčby, diskuze a chaty, kontakty na odbornou pomoc, příběhy nemocných dívek a žen. V internetových diskuzích máte možnost potkat dívky a ženy s poruchou příjmu potravy a zeptat se jich, jak prožívají nemoc ony, co potřebují od svých otců či partnerů a co by poradily Vám a Vaší dceři/partnerce. Nevýhodou internetu může být nemožnost zjistit důvěryhodnost informací. Odborníky garantované webové stránky o poruchách příjmu potravy naleznete na www.idealni.cz.

Dalším zdrojem informací je odborná literatura o poruchách příjmu potravy. V současné době je na knižním trhu dostatek české literatury na toto téma. Přehled knih naleznete např. na www.idealni.cz nebo www.anabell.cz.

Internet a odborné knihy nemusí odpovědět na všechny Vaše otázky a reagovat na Vaši nejistotu v tom, jak se chovat k nemocné dceři/partnerce, jak zvládat její stav. Svépomocné skupiny nabízejí možnost sdílet zkušenost s péčí o nemocnou dceru/partnerku s ostatními, díky příběhům ostatních najít i nové pohledy na nemoc dcery/partnerky, vzájemně se podpořit a zmenšit bezmoc, která Vás může zahlcovat. Svépomocné skupiny provozuje O.s. Anabell (v Praze a Brně), dále funguje Klub pro rodiče, partnery a blízké v rámci Psychiatrické kliniky VFN v Praze. Bližší informace o svépomocných skupinách naleznete na www.idealni.cz.

Zvažte, zda sami nepotřebujete odbornou pomoc. Pokud Vaše dcera/partnerka trpí poruchou příjmu potravy, musíte neustále čelit značnému stresu. Proto dbejte i o své zdraví. Budete pak pro dceru/partnerku lepší oporou. Jednorázová konzultace s odborníkem, ať už po telefonu (Linky důvěry) nebo tváří v tvář (Krizová centra, Poradny pro poruchy příjmu potravy, ambulance psychologa, psychiatra či psychoterapeuta) Vám může pomoci v překonání pochybností o sobě i o dceři/partnerce. Dlouhodobá zátěž, kterou nesete, je tak rozdělena a částečně přenesena na odborníka. Zkuste být otevřený také tomu, že určitým způsobem přispíváte k chování nemocné dcery/partnerky a buďte připraven přehodnotit své chování a svá přesvědčení.

Spolu s dcerou/partnerkou můžete být přizván do terapeutické léčby, stejně tak do ní můžete vstoupit samostatně. Spolu s odborníkem rychleji zpracujete např. těžké pocity viny z rozchodu s partnerkou, najdete cestu z bezmoci a ztráty víry v uzdravení dcery/partnerky, terapie Vám pomůže vyrovnat se s případnou smrtí dcery/partnerky.

Skončí to někdy?

Zkuste si uchovat víru, že porucha příjmu potravy je opravdu řešitelný problém a pokud bude Vaše dcera/partnerka chtít, uzdraví se. Ať už je stav vaší dcery/partnerky jakkoli vážný, nezapomínejte sám na sebe a na své potřeby. Oporou pro dceru/partnerku můžete být jedině tehdy, pokud Vy sám stojíte pevně nohama na zemi a máte sílu na vlastní život.

Z VÝZKUMU POTŘEB MUŽŮ V ROLI OTCŮ A PARTNERŮ

(Černá, R. Potřeby muže v roli otce či partnera dcery či partnerky nemocné poruchou příjmu potravy. Diplomová práce. Univerzita Karlova Praha. 2007)

- > Doba, po kterou respondenti ví o nemoci dcery/partnerky, a s takto nemocnou žijí či o ni pečují, je průměrně téměř 3 roky.
- > Většina partnerů o poruše příjmu potravy své partnerky před vstupem do vztahu nevěděla.
- > Většina partnerů žila s partnerkou už před vznikem její poruchy příjmu potravy.
- > Většina respondentů pozorovala změny v chování (jídlo, nálady, cvičení) dcery/partnerky ještě dříve, než se o onemocnění dozvěděla.
- > Většina respondentů zažívala po zjištění nemoci beznaděj, bezmoc, pocit viny, strach, nepochopení, ale také úlevu.
- > Většina respondentů přesně nevěděla, co si pod poruchou příjmu potravy představit.
- > K získání informací o nemoci a možnostech pomoci používali respondenti více zdrojů. Nejčastěji však internet.
- > Navzdory chybějícím informacím a překvapení z nemoci dcery/partnerky se téměř všichni respondenti velmi dobře orientovali v tom, kde hledat pomoc pro řešení situace.
- > Otcové nemocných dcer sdíleli problém s někým dalším častěji než partneři nemocných partnerek.
- > Polovina partnerů neměla s kým o problému hovořit a shledávala to obtížné.
- > Většina respondentů je v době zjištění nemoci zaměřena na potřeby dcery/partnerky a na své potřeby příliš nemyslí.
- > Nejčastějšími pocity, které respondenti v souvislosti s nemocí dcery/partnerky zažívali, byly bezmoc a zoufalství.
- > Více než polovina respondentů se cítila jako zachránce dcery/partnerky.
- > Přání téměř všech respondentů se týkalo zdraví dcery/partnerky a ne jich samotných.
- > Polovina partnerů se cítí v partnerském vztahu spokojena i navzdory nemoci partnerky. Stejně tomu je také u spokojenosti v oblasti sexu a intimity.
- > Spokojenost ve vztahu a také v oblasti sexu a intimity byla u poloviny respondentů kolísavá (vzhledem k rozvoji nemoci).
- > Více než polovina partnerů přemýšlela v průběhu vztahu o rozchodu v důsledku nemoci partnerky.
- > Téměř dvě třetiny partnerů zůstaly v partnerském vztahu i navzdory nemoci partnerky.
- > Polovina respondentů by chtěla o nemoci s dcerou/partnerkou mluvit častěji, pro polovinu respondentů je to naopak velká zátěž a respondenti by mluvení o nemoci chtěli omezit.
- > Pro tři čtvrtiny respondentů znamenala nemoc omezení, oproti tomu zbývající respondenti uvedli, že se omezovali rádi.
- > Téměř třetina respondentů nedokázala vidět žádný přínos nemoci, naopak více než dvě třetiny respondentů našly na nemoci i něco pozitivního pro sebe či vztah s dcerou/partnerkou.
- > Dvě třetiny otců nezaznamenaly vliv nemoci dcery na jejich vztah s partnerkou/manželkou.
- > Žádný otec si nemyslel, že by jeho vztah s partnerkou mohl být příčinou nemoci dcery.
- > Více než polovina respondentů nijak nezměnila své jídelní návyky v souvislosti s nemocí dcery/partnerky. Zbývající část respondentů se částečně přizpůsobila dceři/partnerce v jídle

nebo si na své jídlo dávala větší pozor (pravidelnost, společné stolování, vyváženost stravy).

- > Většina partnerů měla strach, že partnerka nebude moci otěhotnět a o tomto strachu s ní i hovořila.
- > Otcové se na léčbě dcery podíleli častěji než partneři na léčbě partnerky.
- > Pomoc pro sebe nevyhledaly téměř dvě třetiny respondentů. Většina z nich však uvedla, že by se jim taková pomoc hodila.
- > Téměř všichni respondenti by druhým ve své situaci radili vyhledat pro dceru/partnerku odbornou pomoc, být trpělivý, získat co nejvíce informací, jít na svépomocnou skupinu pro otce a partnery.
- > Po ukončení partnerského vztahu ze strany partnera během nemoci zažívali partneři pocity viny a výčitky svědomí, že partnerku opustili.

Autentické výpovědi otců a partnerů nemocných dcer a partnerek:

Reakce na objevení nemoci

„Podezíral jsem ji, že mi zahýbá, protože se chovala divně, pak mi pod tlakem sdělila sama, co je příčinou jejího divného chování.“ (partner)

„Ze začátku jsem si neuvědomil vážnost celé situace, ale pak jsem to začal brát jako velmi vážný problém a chtěl jsem ho pomoci řešit. Osobně to pro mě bylo velké utrpení. Jsem otec a mám potřebu hledat příčiny, jinými slovy - co jsem udělal špatně.“ (otec)

„Zvládneme to rozumem a argumentací.“ (otec)

„Nikdo není dokonalý, každý má problémy, tak je budeme řešit.“ (partner)

„Nic strašného jsem neprožíval, bral jsem to normálně.“ (partner)

„Sám jsem zažíval příznaky anorexie, nijak mě to nevzalo.“ (partner)

„Věděl jsem, že něco není v pohodě, takže na jednu stranu jsem byl rád, že vím o co jde a není mezi námi něco cizího, tajemného, nesvěřeného, na druhou stranu mi bylo jasné, že to není dobré mít bulimii, tak jsem byl i smutný.“ (partner)

„Neuvěřitelné, nepochopitelné, skličující. Nechápete důvody, protože je nevidíte.“ (partner)

„Cítil jsem se bezmocný v tom, že bych jí rád pomohl, ale že to hlavní a nejdůležitější bude záviset na ní.“ (partner)

„Ještě nikdy jsem se s touto nemocí neseťkal. Samozřejmě mi bylo mé přítelkyně líto a chtěl jsem jí pomoci, ale tvrdě jsem narazil. Moje neschopnost jí pomoci mě doprovází až dosud.“ (partner)

„Bral jsem to jako podvod - já jsem astmatik a řekl jsem jí o tom hned, tak proč ne ona?“ (partner)

„Výčitky, že já, potenciální celoživotní partner, jsem nic nezaregistroval už dříve.“ (partner)

„Nejstrašnější je reálná bezmocnost ve snaze jí pomoci.“ (otec)

„I když se snažíte, vytváříte vše pozitivní, tak nemoc opětovně vstoupí do Vašeho vztahu a zamoří ho.“ (partner)

„Nejhorší bylo, že jsem absolutně nevěděl, co mám dělat, a jak pomoci. A vůbec nejhorší bylo, jak jsem se krátce na to zachoval. Místo abych pomohl, jsem spíše „zbaběle utekl“ od problému.“ (partner)

„Nejhorší byla představa, kam až to může dojít.“ (otec)

„Najednou jsem se stal z rovnocenného partnera spíše opatrovníkem, otcem. Ne vinou vlastního vnímání, ale ze strany přítelkyně. Do té role mě vtlačila a já se dlouhou dobu snažil bojovat spíše za ni, než jsem pochopil, že si s tím musí poradit hlavně sama, že je to její boj.“ (partner)

„Nejtěžší na tom bylo, že se ve svěřovacím dopise psalo, že má přítelkyně je hrozná, nejhorší, že si ji nezasloužím a nechce mě s tím zatěžovat, takže se už nevidíme. Zlá podmínka.“ (partner)

Možnost sdílení nemoci

„Ne, nevěděl o tom nikdo, vše jsem vyradil až já sám a to mi nebylo nikdy odpuštěno. Řekl jsem to rodičům jejím i mým, aby ji zbytečně „netlačili“ do jídla, jak to u rodičů chodívá, oni to ale s náma myslí dobře... Postupem času jsem se „svými“ problémy svěřil i jednomu kamarádovi z práce.“ (partner)

„Ano, možnost jsem měl, ale nikomu jsem o tom neříkal. Především partnerka si nepřála, abych se o tom někde zmiňoval. A ze začátku jsem neměl potřebu to někomu říkat. Až později jsem zjistil, že je lepší se o problému s někým poradit.“ (partner)

„Bylo to těžké, před mými rodiči to moc nešlo, protože jsem se svým způsobem styděl a nechtěl je trápit. Něco jsem řekl jejím rodičům, ale vlastně až už když jsem nevěděl co dál a byl sám psychicky vyčerpaný - potřeboval jsem to někomu říct, ale byl jsem na to sám...“ (partner)

Potřeby a pocity

„Potřeboval jsem, aby se partnerka obula do léčení a dostala se z toho, chyběla mi po všech stránkách, viděli jsme se málo, vyřešily by se tak všechny moje potíže - smutek, osamělost, bezmoc, zoufalství.“ (partner)

„Přál jsem si, aby přede mnou přítelkyně přestala vše „zatloukat“ a skrývat a aby sama začala hledat pomoc - udělal bych pro ni všechno na světě.“ (partner)

„Potřeboval jsem její důvěru a snahu něco řešit.“ (partner)

„Potřeboval jsem informace, vědět, jaká je moje role a co ode mě partnerka potřebuje.“ (partner)

„Někdy zažívám pocity bezmoci a zoufalství z toho, že jí nemohu nijak přímo pomoci.“ (partner)

„Zažívám bezmoc a zoufalství - vše však udusím v nitru.“ (otec)

„Ano, měl jsem na ní vztek pokaždé, když jsem zjistil, že zvracela, že mi pak následně lže do očí, že se opila, že ve svém amoku rozbíjí věci, které jsme si společně koupili... Byl to vztek, bezmoc a zoufalství dohromady, protože já jí pomoci chtěl a ona mou pomoc odmítala těmi nejhoršími prostředky.“ (partner)

„Nepatřím zrovna k trpělivým lidem, jsem trochu výbušný a náladový. Po zkušenostech vím, že tyto vlastnosti musím rozhodně eliminovat, nejlépe je úplně zamezit. Je to pro mě složité, ale vím, že to opravdu jinak nejde. Moje rozčilování a vztek již napáchalo tolik „škody“. Když už se zdálo, že se partnerce daří v boji proti této nemoci, stačilo jen málo a bylo naše snažení zničeno a my se ocitli zase na začátku.“ (partner)

„Říkám si, že partnerka nemůže za to, jak se chová v důsledku své nemoci.“ (partner)

„Opakuju si, že to není moje chyba.“ (partner)

„Prožíval jsem bezmoc. Vytáčelo mě to, nejradši bych dceru seřezal, aby přišla k rozumu. Nechápal jsem to. Prostě, ať začne normálně jíst a bude to.“ (otec)

„Ničí to náš vztah i integritu mé osobnosti. Prožívám to vždy těžce.“ (partner)

„Lhaní bylo to nejhorší. Ostatní konflikty jsem se snažil brát s nadhledem, časem jsem poznal, že je to jen její metoda jak mě odradit, aby její PPP dosáhla svého. Později se některé věci daly brát i s humorem, jako například „tak co si dnes vymyslí?“ (představivost má opravdu velkou!), aby nemusela jíst a ubránila se výčitkám.“ (partner)

Vztah a komunikace

„Ve vztahu je více důvěry, společný boj. Naděje, že zvítězíme.“ (partner)

„Neuvěřitelným způsobem narušila nemoc vše hezké, pokud se celou svou bytostí soustředíte na to špatné, tak je to špatné. Nebyl jsem za přítele, sex neexistoval, žádná rozkoš, žádný respekt, jen hádky a sebelítost, pláč a slzy, nikam jsme nechodili a já se tolik pokoušel vše zvrátit.“ (partner)

„Je to neuvěřitelně vyčerpávající, snažíte se prostě vzít ten balvan na sebe, po takových rozhovorech jsem měl pocit, že jsem vyložil vagón uhlí. Totální únava. Hlavně asi z toho, že jsme vlastně nikam moc nepostoupili a že to přijde znovu. Mluvili jsme o tom hodně, hlavním „komunikátorem“ však byla manželka, ona byla ta „zlá“, já ten „hodný“, nikomu bych podobnou situaci nepřál zažít.“ (otec)

„Dřív partnerka čekala, že já něco udělám, a já jsem čekal, že mi řekne, co mám udělat. Teprve když jsme se k sobě vrátili po rozchodu, jsme se o její nemoci začali opravdu bavit. Pro mě je důležité, že z toho cítím důvěru, kterou ke mně partnerka má.“ (partner)

„Komunikace byla dost obtížná, z její strany velmi neochotná, často lhala. Ani teď se o tom raději nebavíme.“ (otec)

„Ona o tom nerada mluví - přála by si klid jako na začátku vztahu - lituje, že mi to řekla - prý nejsem šťastný.“ (partner)

„Existovaly „dvě“ přítelkyně - jedna, ta skvělá, kterou bych si z „fleku“ vzal a měl s ní rodinu, a ta druhá, nepříjemná, rejpavá, opilá, prolhaná a našťvaná, kterou bych zase pro změnu „z fleku“ vyrazil z baráku. Asi tak jsem byl spokojený - vyberte si.“ (partner)

„Asi třičtvrtě roku sex za moc nestál, pak to bylo skvělé - nevím, co se zlomilo. Co se týká tělesného kontaktu, přišlo mi, že jej ze začátku přítelkyně moc nemusela, ale pak se jí to začalo líbit. Pro mě je tělesný kontakt hodně důležitý.“ (partner)

„Ano, zvažoval jsem rozchod, po skoro 2 letech, z důvodu, že náš vztah vlastně pro mě není vztah, přál jsem si to jinak, byl jsem hodně sám, a chtěl jsem být mnohem víc s ní.“ (partner)

Pozitivní a negativní dopady nemoci na muže

„Prostě žijete s nemocným člověkem, který má problém s jídlem. Všechno, co bylo spojeno s jídlem, přinášelo problémy. Restaurace, dovolená, společné snídaně, obědy, večeře. Buď chodíte kolem problému a snažíte se ho nevidět (a trpíte) nebo ho chcete řešit a to přináší konflikt. Nejvíce se nemoc odrazila na napětí v rodině a to odnášel syn. O utrpení dcery ani nemluvě“ (otec)

„Samozřejmě, že nemoc změnila rytmus rodiny. Snažili jsme se ji nenechávat samotnou, což vedlo i k tomu, že si manželka zkrátila pracovní dobu. Každý den se řešilo co k večeři, neustálé ukrývání potravin, protože především sladkosti znamenaly „přejedení“ a zvracení. Také se řešila organizace víkendů, dovolených atd. 5 let žijeme pod vlivem nemoci. Vědět, že dcera v koupelně zvrací a že nemůžete nic dělat je deprimující zážitek.“ (otec)

„Nemoc partnerky mě omezovala, dost. Málo jsem dostával a víc než obvykle dával.“ (partner)

„Strach o osud dítěte nás určitě semknul.“ (otec)

„Na vyléčení má pohodový vztah manželů zcela určitě zásadní vliv, příčiny nemoci nejsem schopný identifikovat, nemoc náš vztah s manželkou neovlivnila, zůstal v pořádku, společné další postupy a přístupy k dceři jsme sami občas hledali velmi těžko, v občas ve velmi vyostřených diskusích.“ (otec)

„Napadlo mě, že bude mít problémy s otěhotněním, už několikrát. Pokud jsem jí o tom řekl, pouze pokrčila rameny se slovy, že se to stát může.“ (partner)

Podíl na léčbě a zájem o léčbu

„Zpočátku jsme chodili na terapie sami s manželkou, abychom pochopili o co jde a naučili se jak s dcerou jednat, jak se chovat, jak jí pomoci. Teprve asi po cca 1 roce se nechala dcera přemluvit a začala chodit, my jsme přestali. Společně jsme se sešli u terapeuta asi jen 2x. Dcera nechtěla rodinnou terapii.“ (otec)

„Nepodílel jsem se, partnerka si to nepřála. Nabídl jsem jí ale, že kdykoliv by se jí to hodilo, zúčastním se terapie.“ (partner)

„Ano, zkusil jsem si o tom všem popovídat s kamarádem psychologem, což mi pomohlo, ale zároveň jsem věděl, že přítelkyně sama musí pochopit jak moc závažná situace to je a že ona sama musí udělat ten první krok a chtít porazit bulimii se specialisty a ne jen sama...“ (partner)

„Zkus to s ní chvíli, udělej pro její záchranu cokoliv a pokud to nepůjde, vypadni a nikdy se nevracej, nebo tě to zničí. Ona nemá problémy s tebou, ale se sebou, ty za to nemůžeš, většinou ne.“ (partner)

„Ať si o tom s ní povídá, ať naslouchá, ať se domluví co kdo budou dělat. Pak ať někam zajde (svépomocná skupina, terapeut), ať mi napíše, ať někomu napíše co potřebuje, ať se ptá, ať na to není sám a ať myslí i na sebe. Ať si dá časem hranice kam nepůjde. Ať si nedává úkol ji z toho dostat a nechá to na odborný pomoci, jestli chce, aby to jejich vztah ustál. Ať si jde sednout někam, kde to má rád a podívá se na to zvenku.“ (partner)

„Neumím poradit, snad jen včas říci, že to je nemoc a jako taková potřebuje terapii. Že ji nevyléčíme doma sami.“ (otec)

„Okamžitě začít léčit, navštívit specializované pracoviště. Samo se to nezlepší.“ (otec)

Po ukončení vztahu

„Vztah jsem ukončil jsem já. Pocit viny se střídal s výčitkami svědomí po několik měsíců. Člověk si pak uvědomí co udělal špatně, ale hlavně co udělal dobře a co nemocné pomohlo.“ (partner)

„Vztah jsem ukončil já a nebylo mi to vůbec příjemný. Další dva roky mi trvalo, než jsem se s tím plně vyrovnal.“ (partner)

„Partnerka se po rozchodu „nastartovala“ a chce vyhledat odbornou pomoc, možná si konečně uvědomila, že na to sama nestačí a že bulimie jí ničí život.“ (partner)

Postřehy a další nápady otců a partnerů

„Určitě by pomohla osvěta v médiích, nebo třeba u praktických lékařů - rozdávání informačních materiálů, aby veřejnost věděla, o co se vlastně jedná, když tyto problémy pak bude mít někdo z rodiny, člověk to pozná, a bude vědět, že s tím má něco dělat.“ (partner)

„1. vnímáme velkou neinformovanost lékařů, učitelů a celé veřejnosti ve smyslu diagnostiky ppp a rychlé reakce na příznaky ppp. 2. neinformovanost rodičů, kteří skutečnost vidí často poslední (holčička je „krásně štíhlá“) 3. považujeme za nepřijatelné termínovat léčení MA dobou 100 dní (dcera za tu dobu měla přibrat 14kg a o 4kg zvýšit svoji dosud nejvyšší váhu). 4. výchovní poradci a učitelé na školách jsou vzdělávání a sami vzdělávají mládež o závislostech na drogách, alkoholu, kouření a co !!!!ppp!!!!“ (otec)

„Myslím si, že nejdůležitější je pro příbuzné nemocných získávat průběžně informace o nemoci a o způsobu léčby. Určitě i možnost se setkat se stejně „postiženými“ lidmi a výměna zkušeností je značným přínosem. Nemoci PPP se totiž nedají pochopit za jedno sezení, ani přečtením jedné knížky.“ (otec)

„Partneři musí mít oči otevřené, musí si všimnout i nepatrných změn v chování. Každopádně je důležitá podpora partnerky za každé situace. Partner by měl chránit partnerku a nedělat z ni chudáka, nebo nějakého podřadného člověka. Nemůže situaci vyřešit za ni, ona musí sama chtít. On je tu jen jako pomocná ruka. Nesmí problém přehlížet, bagatelizovat jej, ale zároveň jej nesmí nějak moc zveličovat.“ (partner)

DESATERO NA ZÁVĚR...

- 1.** Nezapomínejte, že problémy s jídlem má ona a je především na ní, aby se s nimi poprala.
- 2.** Smiřte se s tím, že léčba je proces, který nějakou dobu trvá. Buďte proto trpělivý, a pokud bude sama ztrácet trpělivost, snažte se ji podržet a povzbudit.
- 3.** Nehledejte viníka nemoci, ničemu to nepomůže. Vy sám za nemoc nemůžete, svou roli jistě plníte tak, jak nejlépe umíte. Buďte empatický, naslouchejte a nekritizujte, jednejte s citem.
- 4.** Nebuďte panovačný, nesnažte se mít její život pod kontrolou, Vaše snaha pomoci má své meze. Možná se dokonce budete muset naučit nechat jí větší svobodu.
- 5.** Když se Vás její chování nějak dotkne, sdělte jí to, ovšem tak, abyste v ní nevyvolal pocit viny. Snažte se nebrat její jednání osobně. Mluvte za sebe, vysvětľujte jí svoje pocity a úmysly. Nesmíte zanedbávat své vlastní potřeby a zájmy.
- 6.** Nepředjímejte její potřeby. Vybízejte ji k tomu, aby svoje potřeby vyjadřovala sama. Pokud máte nějaké nejasnosti, prostě se zeptejte.
- 7.** Nenechte se manipulovat k tomu, abyste ji chránil před následky choroby.
- 8.** Uvědomte si, že se potřebuje naučit činit svá vlastní rozhodnutí a že to, jakým směrem se bude její léčba ubírat, je na ní. Neměl byste neustále kontrolovat, jak si vede a zda dělá pokroky, pokud Vás o to výslovně nepožádá.
- 9.** Projevujte zájem o nemocnou i v jiných oblastech, než jsou jen problémy s jídlem.
- 10.** Vybídněte ji k tomu, aby vyhledala odbornou terapeutickou pomoc a buďte připravený, že i Vy můžete být k terapii přizván.

(Hall - Cohn, 2003, Krch 2003)

ODKAZY A KONTAKTY

(k 15.2.2008)

- > www.idealni.cz - informační portál o PPP garantovaný odborníky; naleznete zde informace o nemoci, kontakty na odbornou pomoc, příběhy nemocných, modelové jídelníčky, diskuzní chat,...
- > www.anabell.cz - O.s. Anabell - sociální poradenství pro nemocné anorexií a bulimií; informace o nemoci, kontakty na odbornou pomoc, příběhy nemocných, modelové jídelníčky, nabídka poradny poruch příjmu potravy, svépomocných skupin, kursů zaměřených na přijetí těla,...
- > www.stopstigmapsychiatrie.cz - informace, internetová poradna PPP
- > www.anorexie.konicky.net - informace, rady pro blízké, diskuzní chat,...
- > www.doktorka.cz - diskuzní chat nejen na téma PPP
- > www.help24.cz - o psychologii a duševním zdraví
- > www.modralinka.cz - poradna - telefon, e-mail, skype,...
- > www.vodopad.cz - vše nejen o psychiatrii; internetová poradna, informace, kontakty,...
- > www.bzga-essstoerungen.de - informace, brožury pro blízké nemocných,...
- > www.edap.org - National Eating Disorders Association - informace, konference, rady,...
- > www.krizovaintervence.cz/linky.html - seznam Linek Důvěry v ČR
- > www.mcssp.cz/riaps.php - Krizové centrum RIAPS

ZÁKLADNÍ LITERATURA O PORUCHÁCH PŘÍJMU POTRAVY

- > Claude-Pierre, P.: Tajná řeč a problémy poruch příjmu potravy, Pragma 1998
- > Cooper, P.: Mentální bulimie a záchvatovité přejídání, Votobia 1995
- > Hall, L., Cohn, L.: Rozlučte se s bulimií, Era 2003
- > Kocourková et al.: Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání, Galén 1997
- > Krch, F.D.: Bulimie - Jak bojovat s přejídáním, Grada 2003
- > Krch, F.D.: Mentální anorexie, Portál 2002
- > Krch, F.D.: Poruchy příjmu potravy, Grada 2004
- > Papežová, H.: Anorexia nervosa, Psychiatrické centrum Praha 2000
- > Papežová, H.: Bulimia nervosa, Psychiatrické centrum Praha 2003
- > Sladká Ševčíková, J.: Z deníku bulimičky, Portál 2003
- > Trapková, L., Chvála, V.: Rodinná terapie psychosomatických poruch, Portál 2004

POUŽITÉ A CITOVANÉ PRAMENY

- > Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Essstörungen. Leitfaden für Eltern, Angehörige, Partner, Freunde, Lehrer und Kollegen (online). 2000. (cit. 2007-04-11), s. 27-75. Dostupný z WWW: <www.bzga-essstoerungen.de/medien/broschueren.htm>
- > Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung: Essstörungen. Essstörungen - Arbeit mit Selbsthilfegruppen (online). 2000. (cit. 2007-04-11), s. 98-107. Dostupný z WWW: <www.bzga-essstoerungen.de/medien/broschueren.htm>
- > COHEN, Robert M. Nejčastější psychické poruchy v praxi. 1.vyd. Praha : Portál, 2002. 190 s. ISBN 80-7178-497-4. s.103.
- > ČERNÁ, Ria. Potřeby muže v roli otce či partnera dcery či partnerky nemocné poruchou příjmu potravy. Diplomová práce. Univerzita Karlova Praha. 2007. 73 s.
- > FIALOVÁ, Ludmila. Body image jako součást sebepojetí člověka. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2001. 269 s. ISBN 80-2460-173-7. s. 193.
- > FIALOVÁ, Ludmila. Moderní body image. 1.vyd. Praha : Grada, 2006. 92 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-1350-0. s. 27, 49-50, 71.
- > GROGAN, Sarah. Body image : psychologie nespokojenosti s vlastním tělem. 1.vyd. Praha: Grada, 2000. 184 s. ISBN 80-7169-907-1. s. 25.
- > HALL, Lindsey - COHN, Liegh. Rozlučte se s bulimií. 1. vyd. Brno : ERA, 2003. 256 s. Psychoporadna. ISBN 80-86517-60-8.
- > CHUDOBOVÁ, Petra - FRAŇKOVÁ, Slávka. Rizikové faktory vedoucí k nespokojenosti s vlastním tělem u dětí. Česká a slovenská psychiatrie: Supplementum 1. 2003, roč. 101, č. 1, ISSN 1212-0383. s. 43-44.
- > KRCH, František, David. Bulimie, jak bojovat s přejídáním. 2. dopl. vyd. Praha : Grada, 2003. 172 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.
- > KULHÁNEK, Jan. Informační portál o poruchách příjmu potravy (online). aktualizace 2007. Praha : Jan Kulhánek, 2002 , 30.3.2007 (cit. 2007-04-10). Dostupný z WWW: www.idealni.cz
- > Mezinárodní klasifikace nemocí. 10.revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2006. 251 s. ISBN 80-85121-11-5.
- > PAPEŽOVÁ, Hana. Anorexia nervosa. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2000. 76 s. ISBN 80-85121-92-8.

- > PAPEŽOVÁ, Hana. Bulimia nervosa. 1.vyd. Praha : Psychiatrické centrum Praha, 2003. 109 s. ISBN 80-85121-81-6.
- > PAPEŽOVÁ, Hana. Poruchy příjmu potravy. In HÖSCHL, Cyril, et al. Psychiatrie. 1.vyd. Praha: Tigis 2002, kpt.20. s. 600-606. ISBN 80-900130-1-5.
- > PERKINS, Sarah, et al. A Qualitative Study of the Experience of Caring for a Person with Bulimia nervosa : Part 1: The Emotional Impact of Caring. International Journal of Eating Disorders (online). 2004, vol. 36, is. 3 (cit. 2007-03-10), s. 256-268.
Dostupný z WWW: <www.interscience.wiley.com>
- > SMOLAK, Linda. Body image Development in Childern. In CASH, Thomas F., PRUZINSKY, Thomas. Body image : A handbook of theory, research & clinical practice. 1st edition paperback. New York : The Guilford Press, 2004. kpt.8. s. 69. ISBN 1593850158.
- > ŠTICHOVÁ, Zdena. Krize ve vztahu k poruchám příjmu potravy in VODÁČKOVÁ, D. a kol.: Krizová intervence, 1.vydání. Praha : Portál 2002. s.448-455. ISBN 1593850158.
- > TRAPKOVÁ, Ludmila - CHVÁLA, Vladislav. Rodinná terapie psychosomatických poruch. 1.vyd. Praha : Portál, 2004. 224 s. ISBN 80-7178-889-9.
- > VANDEREYCKEN, Walter. The Families of patients with an Eating disorder. In BROWNELL, Kelly D., FAIRBURN, Christopher G. Eating disorders and Obesity : A Comprehensive Handbook. 1st edition. New York : The Guilford Press, 1995. kpt.38. s. 219-223.
- > WENTZ, E., et al. Eighteen-Year follow-up od Adolescent-onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disordres, Overall Fnctioning Scalec, Prognostic Factors, Pregnancies, und Childern. Česká a slovenská psychiatrie: Supplementum 1. 2007, roč. 103, č. 1, ISSN 1212-0383. s. 19-20.
- > WINN, Suzanne, et al. A qualitative study of the experience of caring for a person with bulimia nervosa: Part 2: Carers' needs and experiences of services and other support. International Journal of Eating Disorders (online). 2004, vol. 36, is. 3 (cit. 2007-03-10), s. 269-279.
Dostupný z WWW: <www.interscience.wiley.com>

Poznámky:

RECENZE

Tato publikace je věnovaná především otcům a partnerům dívek a žen, které podlely falešné naději, že svůj život mohou změnit pouhou změnou váhy. Ať už je má v moci Anorexie nebo Bulimie, obvykle pro ně platí, že čím méně jídla v břiše, tím více ho mají v hlavě, až si je tyto dvě původně docela „dobré a neškodné kamarádky“ zcela podmaní. A to je doba, kdy se pro své otce nebo partnery stávají dcery a ženy zcela nepochopitelné a nesnesitelné. Nejde jen o to, aby otcové se svými dcerami vydrželi, jde často o mnohem víc. Otec, někdy i partner, který se obvykle do role otce omylem dostává, má mnohem větší potenciál. Prokázali jsme, že v těch případech, kde se podařilo získat otce pro spolupráci při léčbě bulimické dcery, je větší naděje na vyléčení, než v případech, kde se otec drží stranou a nechce mít s nemocnou nic společného. Tato příručka je vynikající pomůckou právě pro otce a partnery, protože přináší informace o nemoci, odpovědi na časté otázky, doporučení, jak se věnovat nemocné dívce, a nenechat se přitom zatáhnout do nekončených konfliktů a her kolem jídla.

Aby se čtenáři neztratili v komplikované teoretické části knihy, doporučuji tuto zjednodušenou orientaci v problému poruchy příjmu potravy: Anorexie je nechutenství, dívka je zpravidla mladší a opravdu nemá hlad ani chuť k jídlu, pokud zvrací, pak jen proto, že ji někdo donutil jíst něco, co nemůže strávit. Bulimie naopak nutí ženy do jídla, tělu jde o to zvětšit své zásoby, proto tyto ženy mají obvykle pocit hladu, pokud ho svou vůlí zcela nepotlačily. Mohou totiž buď vyhovět hladu a přejídat se, mohou se tomu bránit zvracením či projímadly po přejedení, ale také se mohou silou vůle držet od jídla tak, že nakonec vypadají jako by trpěly anorexií. Naše zkušenost říká, že anorektické dívky potřebují péči matky, kdežto bulimické musí najít cestu k laskavému otci, který se nenechá jejich protivností zastrašit. A pro ně je určena tato příručka především.

MUDr. Vladislav Chvála