

**JIHOČESKÁ UNIVERZITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH
ZDRAVOTNĚ SOCIÁLNÍ FAKULTA**

**PROBLEMATIKA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY OPTIKOU
TEORIE SOCIÁLNÍ KONSTRUKCE REALITY:
PŘÍČINY A KONSEKVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY
VE VZTAHU K RODINNÉMU PROSTŘEDÍ**

Diplomová práce

Autor: Bc. Silvie Rokosová

Vedoucí práce: doc. PhDr. Ing. Hana Konečná, Ph.D.

Datum odevzdání práce: 17. 8. 2011

ABSTRACT

Problems of eating disorders as seen from the point of view of the theory of the social construction of reality: The causes and consequences of eating disorders in relation to family background

The presented thesis deals with problems of eating disorders (hereinafter abbreviated to EDs). The theoretical framework is the Social Construction of Reality; a concept saying that the individual perceives reality – as a phenomenon formed and determined socially – in the way it is presented by the “power structures“ of the society. The thesis pays special attention to the aetiology of these disorders, laying emphasis on family factors.

The aim of the thesis refers to one of the topics resulting from my Bachelor thesis, when it appeared worthwhile to work up in detail the problem of subjectively seen factors substantial for onset of EDs. Thus the aim of the thesis was to map which factors the persons suffering from EDs as well as members of their families consider to be significant for onset of the disease – either their own or their daughter’s /sister’s on one hand and EDs generally on the other hand - and what led them to take their stand, in so doing two ranges of time were mapped.

The set of persons under review was represented by the same respondents as in case of research for the Bachelor thesis. In order to ensure mapping of the above-mentioned problem in the most possible complex way, a qualitative research strategy was chosen.

The necessary data was obtained by employing the technique of deep semi-structured interviews, then the data was processed using qualitative analysis of the respondents’ statements. Part of the research work was also confrontation of the collected and processed data with specialised resources.

On the basis of the results of our research it is evident that the factor causing onset and development of the respondents’ or their daughter’s/sister’s EDs mentioned most often is family background. Unlike the Bachelor thesis, this factor was rather

mentioned as one of many; it is not so dominant any longer. This may be explained by the fact that the patients spoke about their situations under the influence of other factors that experts had been emphasising. As for EDs generally, then the respondents mostly mentioned desire to be slim, which, however, has now substantially fallen into the shade. This may be explained by the respondents' experience with EDs. It may be said that in taking their standpoints, family members were much more influenced by information from specialised resources than the persons suffering from EDs themselves, who mostly took their stand on the basis of their own conviction.

Our research shows that for persons suffering from EDs, family background was not a source of information on the problem of these disorders. The research pointed out the importance of engaging the family in solving the problem of EDs as well as the necessity of individual approach to each case of this disease.

The presented thesis may be a helpful source of information not only for people interested in the problem of EDs; it may also serve as materials for instruction in the medical social field, and last but not least it can be used to bring more information to the general public.

ABSTRAKT

Problematika poruch příjmu potravy optikou teorie sociální konstrukce reality: Příčiny a konsekvence poruch příjmu potravy ve vztahu k rodinnému prostředí

Diplomová práce se zabývá problematikou poruch příjmu potravy (dále PPP). Teoretickým rámcem je sociální konstrukce reality; koncept tvrdící, že realita – coby sociálně vytvářený a podmíněný fenomén – je jedincem vnímána tak, jak mu ji prezentují „mocenské struktury“ společnosti. Pozornost je v práci věnována především otázce etiologie těchto poruch, s důrazem na rodinné faktory.

Cíl diplomové práce odkazuje k jednomu z témat vyplývajících z mé bakalářské práce, kdy se jevílo přínosným detailně rozpracovat problematiku subjektivně viděných faktorů podstatných pro vznik onemocnění PPP. Cílem diplomové práce tak bylo zmapovat, které faktory považují osoby trpící PPP a jejich rodinní příslušníci za podstatné pro vznik onemocnění – jak vlastního či dceřina/sestřina, tak onemocnění PPP obecně - a jakou cestou ke svým stanoviskům dospěli, přičemž byly mapovány dvě časové roviny.

Výzkumný soubor představovali totiž respondenti jako v případě výzkumu v rámci bakalářské práce. Za účelem co možná nejkompresnějšího zmapování výše zmiňované problematiky byla zvolena kvalitativní výzkumná strategie.

Potřebná data byla získávána technikou hlubokých semistrukturovaných rozhovorů, k jejich následnému zpracování sloužila kvalitativní analýza výpovědí respondentů. Součástí výzkumné části práce byla rovněž konfrontace takto zpracovaných dat s odbornými zdroji.

Na základě výsledků výzkumu je patrné, že respondenty nejčastěji zmiňovaným faktorem vyvolávajícím vznik a rozvoj vlastního či dceřina/sestřina onemocnění PPP bylo rodinné prostředí. Oproti bakalářské práci byl však tento faktor zmiňován spíše jako jeden z mnoha; již tolik nedominuje. Vysvětlením může být důraz odborníků na jiné faktory, pod jejichž vlivem pacientky svou situaci zpracovávaly. Pokud se jednalo o onemocnění PPP obecně, tehdy respondenti ponejvíce zmiňovali touhu po štihlosti,

kteřá vřak v současnosti výrazně ustupovala do pozadí. Vysvětlením může být zkušenost respondentů s onemocněním PPP. Lze konstatovat, že rodinní příslušníci byli v zaujímání svých stanovisek v mnohem větší míře ovlivněni informacemi z odborných zdrojů než samy osoby trpící PPP, které svá stanoviska zaujímaly především na základě vlastního přesvědčení.

Z výzkumu vyplynulo, že rodinné prostředí nebylo pro osoby trpící PPP zdrojem informací o problematice těchto poruch. Výzkum poukázal na důležitost zapojení rodiny do řešení problematiky onemocnění PPP, stejně jako na nezbytnost individuálního přístupu ke každému případu takového onemocnění.

Diplomová práce může být přínosným zdrojem informací nejen pro osoby zainteresované do problematiky PPP; může být využita rovněž jako podklad pro výuku v zdravotně sociální oblasti a v neposlední řadě může sloužit ke zvýšení informovanosti široké veřejnosti.

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci na téma Problematika poruch příjmu potravy optikou teorie sociální konstrukce reality: Příčiny a konsekvence poruch příjmu potravy ve vztahu k rodinnému prostředí jsem vypracovala samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne: 17. 8. 2011

podpis:

Poděkování

Ráda bych touto cestou poděkovala doc. PhDr. Ing. Haně Konečné, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady, podněty a připomínky, stejně jako za čas, který mi věnovala. Rovněž bych chtěla poděkovat všem respondentům za pozitivní zpětné vazby a opakovanou účast ve výzkumu.

OBSAH

ÚVOD	13
1 SOUČASNÝ STAV	15
1.1 Poruchy příjmu potravy	15
1.1.1 Historie poruch příjmu potravy	15
1.1.2 Pojem Poruchy příjmu potravy	16
1.1.2.1 Mentální anorexie	17
1.1.2.2 Mentální bulimie	18
1.1.3 Epidemiologie poruch příjmu potravy	20
1.1.3.1 Epidemiologie poruch příjmu potravy v ČR	20
1.1.4 Etiologie poruch příjmu potravy	21
1.1.4.1 Biologické a genetické faktory	22
1.1.4.2 Psychosociální faktory	22
1.1.5 Průběh a prognóza	23
1.1.6 Komplikace poruch příjmu potravy	24
1.1.7 Léčba poruch příjmu potravy	25

1.2 Rodinné prostředí	27
1.2.1 Rodina a její význam	27
1.2.2 Rodinné prostředí jako faktor vzniku poruch příjmu potravy	28
1.3 Teorie sociální konstrukce reality	30
1.3.1 Historie sociologie vědění	31
1.3.2 Realita	32
1.3.2.1 Konstrukce reality	33
1.3.2.2 Realita každodenního života	34
1.3.3 Společnost	35
1.3.3.1 Institucionalizace	36
1.3.3.2 Společenské instituce a sociální kontrola	36
1.3.3.3 Role a jejich význam	37
1.3.4 Socializace jedince	38
1.3.4.1 Významní druzí	38
1.3.4.2 Socializace primární a sekundární	39
1.4 Sociální konstruktivismus a poruchy příjmu potravy	40

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY	41
2.1 Cíl práce a dílčí cíle	41
2.2 Výzkumné otázky	42
3 METODIKA	43
3.1 Použité metody a techniky výzkumu	43
3.2 Výzkumný soubor	45
3.3 Metoda zpracování dat	47
4 VÝSLEDKY	48
4.1 Osoby trpící poruchami příjmu potravy	48
4.1.1 Obecný názor na problematiku PPP	49
4.1.1.1 Informovanost o problematice PPP včetně pohledu na tuto problematiku před vlastním onemocněním optikou respondentek	49
4.1.1.2 Změny ve vnímání problematiky PPP optikou respondentek	51
4.1.2 Tehdejší subjektivní vnímání vlastního onemocnění PPP	54
4.1.2.1 Tehdejší stanovisko k pravděpodobným příčinám onemocnění poruchou příjmu potravy včetně interpretace onemocnění optikou respondentek	54
4.1.3 Soudobé subjektivní vnímání vlastního onemocnění PPP	58

4.1.3.1	Současné stanovisko k pravděpodobným příčinám onemocnění poruchou příjmu potravy včetně interpretce onemocnění optikou respondentek	58
4.1.3.2	Zaujímání stanoviska k pravděpodobným příčinám onemocnění poruchou příjmu potravy optikou respondentek	62
4.1.4	Rodinné prostředí	65
4.1.4.1	Změny v rámci rodinného prostředí vlivem onemocnění poruchou příjmu potravy optikou respondentek	65
4.1.4.2	Rodinné prostředí jako zdroj informací o problematice PPP optikou respondentek	68
4.2	Rodinní příslušníci osob trpících poruchami příjmu potravy	70
4.2.1	Obecný názor na problematiku PPP	71
4.2.1.1	Informovanost o problematice PPP včetně pohledu na tuto problematiku v době konfrontace s diagnózou dceřiny/ sestřiny poruchy příjmu potravy optikou rodinných příslušníků	71
4.2.1.2	Současný pohled na problematiku PPP optikou rodinných příslušníků	73
4.2.1.3	Zaujímání stanoviska k problematice PPP optikou rodinných příslušníků	75
4.2.2	Tehdejší subjektivní vnímání dceřina/ sestřina onemocnění PPP	77

4.2.2.1 Tehdejší stanovisko k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění PPP v době konfrontace s diagnózou optikou rodinných příslušníků	77
4.2.3 Soudobé subjektivní vnímání dceřina/sestřina onemocnění PPP	79
4.2.3.1 Soudobé stanovisko k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění poruchou příjmu potravy optikou rodinných příslušníků	79
4.2.3.2 Zaujímání stanoviska k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění poruchou příjmu potravy optikou rodinných příslušníků	82
4.2.4 Rodinné prostředí	84
4.2.4.1 Změny v rámci rodinného prostředí vlivem dceřina/sestřina onemocnění poruchou příjmu potravy optikou rodinných příslušníků	84
5 DISKUSE	88
6 ZÁVĚR	100
7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	105
8 KLÍČOVÁ SLOVA	114
9 PŘÍLOHY	115

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) představují velice rozsáhlou a diferencovanou problematiku zasahující souvislosti ze široké oblasti vztahů bio-psycho-sociálních. Pro svůj komplexní charakter jsou PPP předmětem zájmu mnoha oborů, sociologii nevyjímaje. Závažnost a rostoucí incidence zmiňovaných poruch stojí za pozorností nejen odborné, ale i laické veřejnosti, jejímž jedním z cílů je nalezení uspokojivého vysvětlení faktorů stojících za jejich vznikem a udržováním. V oblasti etiologie PPP existuje několik výkladových modelů poukazujících na různorodé aspekty. V současnosti je poukazováno především na multifaktoriální podmíněnost PPP, hovoří se o takzvaném bio-psycho-sociálním modelu.

Společnost - která své členy sice určuje, ale současně je určována jimi samotnými – a její „mocenské struktury“ jsou předmětem teorie sociální konstrukce reality, výrazného směru moderní sociologie. Z pohledu této teorie jsou to právě ony „mocenské struktury“, které působí na jedincovo vnímání reality tím, jak mu ji prezentují; je tedy otázkou, zda jedincem uváděný názor na PPP není pouze reprodukován na základě předchozího ovlivnění „mocenskými strukturami“.

K volbě tematiky subjektivně viděných faktorů podstatných pro vznik onemocnění PPP mne vedlo několik důvodů. Byl to osobní zájem o problematiku těchto poruch, který vychází především z vlastní zkušenosti, neboť s onemocněním PPP jsem se opakovaně setkala ve svém nejbližším okolí. Dalším důvodem byly postoje mého okolí k problematice těchto poruch. Práce navazuje na mou bakalářskou práci Psychosomatický přístup v léčbě poruch příjmu potravy, kde se jako velmi důležité tma jak ve výpovědích pacientek, tak ve výpovědích odborníků ukázala být rodina. Také jsem se setkávala s téměř identickými názory, že PPP jsou důsledkem touhy po přílišné štíhlosti, která je společností prezentována jako ideál. V diskusích jsem ale někdy váhala nad tím, zda jsou tyto názory přinášeny respondentem jako vlastní téma nebo jako téma přijaté „odjinud“. Odkud vlastně lidé berou názory na PPP? Otázka se mi zdála natolik závažná, že jsem se rozhodla ji rozpracovat v diplomové práci. Dalším

impulsem pro mne byly pozitivní zpětné reakce pacientek a jejich rodinných příslušníků, které naznačovaly ochotu k další spolupráci.

Vzhledem ke skutečnosti, že zpětné reakce na předchozí bakalářskou práci prokázaly zájem o problematiku PPP - a to nejen ze strany osob do této problematiky zainteresovaných - lze předpokládat, že rovněž diplomová práce může sloužit k upozornění široké veřejnosti na význam problematiky těchto poruch, stejně jako ke zvýšení informovanosti. Diplomová práce může být současně využita jako zdroj informací pro výuku v zdravotně sociální oblasti.

1 SOUČASNÝ STAV

1.1 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) představují spektrum psychosomatických poruch charakterizovaných převážně psychogenně navozeným maladaptivním jídelním chováním. Pro svůj komplexní charakter jsou stavěny na pomezí psychiatrie, nutričního lékařství, psychologie, sociologie a dalších oborů (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 13; Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 610); odborníky jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování (Papežová, H., 2005_b, online).

O poruše příjmu potravy mluvíme tehdy, jestliže člověk používá jídlo k řešení svých emocionálních problémů; jídlo přestává být jednou ze součástí života, stává se jeho hlavní náplní a způsobem, jak se vyhnout ostatním záležitostem a problémům (Kranzová, R. - Maloney, M., 1997).

V roce 1987 byly PPP Světovou zdravotnickou organizací prohlášeny za jeden z prioritních problémů světové populace (Sladká-Ševčíková, J., online).

1.1.1 Historie poruch příjmu potravy

Nejrůznější formy porušeného příjmu potravy jsou popisovány již od starověku. V 5. století př. n. l. se o PPP zmiňuje Hippokrates, ve 2. století n. l. byl poprvé použit termín anorexie, a to Galénem (Faltus, F. in Papežová, H., 2010, s. 20).

Ve středověku ženy hladověly za účelem odčinění svých hříchů a *umlčení svého hříšného těla*, v 16. století se z pohledu církve původní anorektické kajícnice staly čarodějnicemi posedlými děblem a hladovění bylo v této době posuzováno mnohem přísněji než přejídání. První lékařský popis anorexie je obvykle přičítán až R. Richardu Mormonovi z Velké Británie v roce 1694; anorexii definoval jako onemocnění psychického původu. V průběhu 20. století se výklad mentální anorexie několikrát

měnil; onemocnění se mimo jiné stalo předmětem zájmu psychoanalýzy, kdy bylo interpretováno jako strach z orální erotiky a gravidity. Stranou zájmu nezůstaly ani interpretace štíhlosti jako důsledku ženské emancipace. V naší odborné literatuře byly klinické případy mentální anorexie a jejich léčba na interním a neurologickém oddělení poprvé popsány V. Jonášem (1941) a O. Janotou (1946). Imperativ štíhlosti se stupňoval s nástupem modelky Twiggy v roce 1967, kdy ženy začaly držet diety především z estetických důvodů. Přestože také bulimická symptomatologie byla popisována již ve starověku, jako diagnostická jednotka však byla bulimia nervosa poprvé zavedena do DSM-III až v roce 1980 G. Russellem. O 7 let později, v roce 1987, již WHO prohlašovala, že mentální bulimie je důležitým problémem světové populace. V posledních desetiletích rovněž přibývá diagnóz psychogenního přejídání s obezitou, které jsou považovány za druhý pól spektra PPP (Janebová, R., 2006, s. 78-79; Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 610).

1.1.2 Pojem Poruchy příjmu potravy

Zatím poslední verze Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) shodně s Diagnostickým a statistickým manuálem (DSM-IV) Americké psychiatrické asociace zahrnují pod pojem poruch příjmu potravy dva nejzřetelněji vymezené syndromy, a sice mentální anorexii a mentální bulimii. Obě diagnostické příručky věnují pozornost rovněž atypickým, subklinickým, parciálním nebo jinak nespecifikovaným poruchám příjmu potravy (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 15).

Mentální anorexie a bulimie jsou si velmi podobné, a to i přes jejich zdánlivou odlišnost. Jednotlivé příznaky obou poruch se liší zejména podle závažnosti podvýživy a metod používaných ke kontrole hmotnosti; právě tělesná hmotnost představuje zásadní rozdíl mezi oběma poruchami (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 15-16).

1.1.2.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie (anorexia nervosa, dále MA) je poruchou, pro niž je charakteristické zejména úmyslné snižování tělesné hmotnosti (Krch, F. D., 2002, s. 23); neléčená končí smrtelně anebo přechází do chronické formy, při které nemocní přijímají alespoň život udržující minimum potravy (Leibold, G., 1995, s. 38).

Diagnostická kritéria MA podle MKN-10 (F 50.0) zahrnují následující znaky:

- 1) tělesná hmotnost je udržována nejméně 15 % pod předpokládanou úrovní (ať již byla snížena nebo jí nebylo nikdy dosaženo), nebo Queteletův index tělesné hmotnosti, tzv. body mass index, BMI¹ je 17,5 a nižší;
- 2) snížení hmotnosti si způsobuje nemocný sám tím, že se vyhýbá jídlům *po kterých se tloustne* a že užívá jeden nebo několik z následujících prostředků: vyprovokované zvracení, užívání laxativ, anorektik a diuretik, nadměrné cvičení;
- 3) ke specifické psychopatologii patří přetrvávající strach z tloušťky i při výrazné kachexii, zkreslená představa o vlastním těle jako neodbytná, vtíravá obava z dalšího tloustnutí, která vede jedince ke stanovení si velmi nízkého hmotnostního prahu (optimální nebo cílové hmotnosti);
- 4) rozsáhlá endokrinní porucha, zahrnující hypotalamo-hypofýzo-gonádovou osu, se projevuje u žen jako amenorea, u mužů jako ztráta sexuálního zájmu a potence; zřejmou výjimkou je přetrvávání děložního krvácení u anorektických žen, které užívají náhradní hormonální léčbu; může se také vyskytnout zvýšená hladina růstového hormonu, zvýšená hladina kortizolu, změny periferního metabolismu tyreoidního hormonu a odchylky ve vylučování inzulínu;
- 5) jestliže je začátek onemocnění před pubertou, jsou projevy puberty opožděny, nebo dokonce zastaveny (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree, u hochů zůstávají dětské genitálie); po uzdravení

¹ hmotnost v kg/výška v m²

dochází často k normálnímu dokončení puberty, avšak menarche je opožděna (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 16-17; Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 613).

Za přednost DSM-IV lze považovat rozlišení restriktivního (nebulimického) a purgativního (bulimického) specifického typu MA. V případě purgativního typu dochází k opakovaným záchvatům přejídání (u restriktivního typu k těmto záchvatům nedochází), obecná psychopatologie je bohatší, od poruch nálad až po závislost na alkoholu. Průběh choroby je komplikovanější a dlouhodobější, s častějšími relapsy a menší odezvou na terapii. Častěji se v souvislosti s purgativním typem MA vyskytuje rovněž drogová závislost, sebevraždy, sebepoškozování a emoční labilita (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 17-18).

U atypické mentální anorexie (F 50.1) chybí jeden i více klíčových rysů, jinak vykazuje typický klinický obraz nebo všechny symptomy v mírném stupni (Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 614).

1.1.2.2 Mentální bulimie

Výraz bulimie pochází z řeckých slov *bous*, což znamená *vůl*, a *limos*, které znamená *hlad*; popisuje tak velký hlad, při kterém by člověk dokázal spořádat celého vola (Van Deth, R. - Vandereycken, W. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 32).

Mentální bulimie (bulimia nervosa, dále MB) je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. *binge eating* a přehnanou patologickou kontrolou tělesné hmotnosti; v porovnání s mentální anorexií začíná později. Vyloučeno není střídání restriktivních a bulimických subtypů (Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 614).

Termín bulimie nahradil jiné termíny, jako bulimarexie nebo hyperorexie (Krch, F. D. in Krch, F. D. a kol., 2005, s. 19).

Diagnostická kritéria MB podle MKN-10 (F 50.2) zahrnují následující znaky:

- 1) opakované epizody přejídání (nejméně dvakrát týdně po dobu 3 měsíců), během nichž je v krátkém čase konzumováno velké množství jídla;
- 2) neustálé zabývání se jídlem a silná, neodolatelná touha po jídle (žádostivost);
- 3) snaha potlačit kalorický (*výkrmný*) účinek jídla jedním nebo více z následujících způsobů: vyprovokovaným zvracením, zneužíváním projímadel (laxativ) tyreoidálních preparátů nebo diuretik, diabetičtí pacienti se mohou snažit vynechávat léčbu inzulinem;
- 4) pocit přílišné tloušťky spojený s chorobným strachem z tloustnutí (pacient usiluje o nižší než premorbidní a často přiměřenou hmotnost), často (ne vždy) je v anamnéze epizoda anorexie nebo intenzivnějšího omezování se v jídle (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 19).

Ke specifickým typům MB patří typ purgativní a nepurgativní. V případě purgativního typu pacient, aby zabránil zvýšení hmotnosti, pravidelně používá zvracení, zneužívá laxativa nebo diuretika. V případě nepurgativního typu používá přísné diety, hladovky nebo intenzivní fyzické cvičení, ne však pravidelné purgativní metody (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 19).

U atypické mentální bulimie (F 50.3) chybí jeden i více klíčových rysů, jinak vykazuje typický klinický obraz nebo všechny symptomy v mírném stupni (Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 614).

Mentální bulimie někdy bývá považována za následek anorexie, kdy zdánlivě vyléčené anorektičky pokračují v regulaci či redukci váhy prostřednictvím zvracení a roztácejí tak bulimický kolotoč přejídání a vylučování; byl však pozorován i výskyt opačného pořadí poruch (Janebová, R., 2006, s. 76).

Přejídání v reakci na stres přiřazuje MKN-10 pod diagnózu F 50.4, tedy přejídání spojené s jinými psychickými poruchami (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 20).

1.1.3 Epidemiologie poruch příjmu potravy

„Od 60. let incidence² i prevalence³ onemocnění výrazně stoupala. Udává se, že asi 1 – 3 % žen v rizikovém věku (15–30 let) splňuje kritéria pro bulimia nervosa a asi 0,5 až 1 % pro anorexia nervosa. Začátek onemocnění je bimodálně rozložen na věk 14 - 15 let a 17 - 18 let. V 90 - 95 % se porucha vyskytuje u mladých žen a dívek, vzácněji jsou postiženi mladí chlapci a muži, i děti před nástupem puberty a starší ženy. Epidemiologické údaje jsou však vzhledem k povaze onemocnění (popírání a tajení obtíží a odmítání odborné pomoci) problematické.“ (Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 610)

Dle Šulce, K. (in Nečas, E. et al., 2000, s. 308) je prevalence MB u studentek dokonce 4 – 15 % (u adolescentních a mladých žen 1 – 3 %). Výskyt jak MA, tak MB u mužů je dle autora desetkrát nižší (Šulc, K. in Nečas, E. et al., 2000, s. 307–308).

Krch, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 35) poukazuje na možné zavádějící závěry v důsledku mechanického srovnání výsledků různých studií. Jak autor upřesňuje, MB byla vymezena až koncem sedmdesátých let a od té doby byla její diagnostická kritéria několikrát změněna nebo upřesněna; výsledky různých epidemiologických studií se tak mohou značně lišit.

1.1.3.1 Epidemiologie poruch příjmu potravy v ČR

Lze usuzovat, že incidence a prevalence MA a MB v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a že měla v několika posledních desetiletích vzrůstající tendenci (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 56); nicméně zatímco ve světě incidence i prevalence PPP výrazně stoupala ve druhé polovině 20. století, u nás se tak dělo se zpožděním o jednu až dvě dekády (Papežová, H., 2005_b, online).

² počet nově se vyskytujících případů onemocnění za určité období

³ aktuální rozšíření poruchy; poměr počtu nemocných k počtu obyvatel

Mentální anorexii trpí přibližně půl procenta dospívajících dívek a mladých žen, prevalence MB se pohybuje v rozmezí 2 až 5 %, u 7 až 11 % dívek a mladých žen jsou markantní narušené jídelní postoje a ohrožující způsoby kontroly tělesné hmotnosti a příjmu potravy. Ohrožení poruchami příjmu potravy je v České republice stejné jak u městské, tak venkovské populace a dívek s nižším sociálním statutem; další ohroženou skupinou mohou být rovněž dospělé ženy, zejména, trpí-li nadváhou (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 56).

V České republice bylo studií z roku 2009 prokázáno zvyšování hospitalizací pro PPP od roku 1994, což může být spojeno se sociálními a politickými změnami u nás (Pavlová, B. in Papežová, H., 2010, s. 31).

1.1.4 Etiologie poruch příjmu potravy

Přestože o možné etiologii poruch příjmu potravy bylo vysloveno mnoho různých hypotéz, kontrolované studie na širším vzorku pacientů prozatím nepotvrdily obecnou platnost žádného z jednoduchých etiologických modelů (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 57); výzkum týkající se jejich etiologie pokulhává za výsledky výzkumů týkajících se léčby těchto poruch (Cachelin, F. M. - Striegel-Moore, R. H., 2001, online, s. 635).

Závěry nedávných výzkumů vztahujících se k otázce vzniku PPP zahrnují množství různorodých faktorů; přestože se některé z nich zdají být pro vznik těchto poruch nezbytnými, žádný z nich není sám o sobě dostačující (Herman, C. P. - Polivy, J., 2002, online, s. 187). Současný přístup k otázce etiologie PPP prosazuje interakci rozličných faktorů, hovoří se o takzvaném bio-psycho-sociálním modelu (Černá, R., online; Herman, C. P. - Polivy, J., online, 2002, s. 191; Novák, M., 2010, s. 7).

Obdobně také Latzer, Y. et al. (2002, online, s. 582) podotýká, že na vznik poruch příjmu potravy je usuzováno jako na výsledek interakcí mezi počtem proměnných, které zahrnují faktory biologické, kulturní, osobnostní a rodinné.

Jak poukazuje Janebová, R. (2006, s. 76), MB je považována spíše za důsledek sociálních příčin, zatímco MA je připisována souběhu biopsychosociálních faktorů; v jejím vzniku mohou hrát roli i poruchy v rodinném soužití a osobnostní aspekty.

Velká část psychiatrického výzkumu se nyní věnuje hledání takzvaných rizikových faktorů, tedy okolností, které onemocnění přímo nezpůsobují, ale zvyšují pravděpodobnost jeho vzniku (Papežová, H. - Uher, R. in Papežová, H., 2010, s. 62).

1.1.4.1 Biologické a genetické faktory

Podobně jako u dalších psychických poruch, deprese, alkoholizmu a obsedantně-kompulzivní poruchy - které tvoří často komorbidní onemocnění – byly studiem (studie dvojčat, rodin postižených, asociační studie) prokázány genetické determinanty PPP. Při vzniku MA se genetický podíl odhaduje na 50 – 90 %, při vzniku MB na 35 – 83 % (Martásková, D. - Papežová, H. in Papežová, H., 2010, s. 58; Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 611).

Biologicky podmíněná teorie vzniku MA předpokládá, že základem tohoto onemocnění je porucha hypotalamu neznámé etiologie. Mezi odborníky však panuje nejednotnost v názorech – a podobně je tomu u MB. Pravděpodobnou mozkovou poruchu jako jednu z hlavních příčin vzniku PPP taktéž zdůrazňovaly závěry mezinárodní konference o PPP konané v Praze v březnu 2003 (Sladká-Ševčíková, J., online). V souvislosti s biologickými rizikovými faktory vzniku PPP je zmiňováno ženské pohlaví, tělesná hmotnost, menstruační cyklus, puberta (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 61- 63).

1.1.4.2 Psychosociální faktory

K otázce psychosociálních rizikových faktorů uvádí Pavlová, B. (in Papežová, H., 2010, s. 48) následující: „Věk, pohlaví a etnicita jsou neovlivnitelné psychosociální faktory. U PPP jsou nejčastěji popisovány rizikové faktory osobnostní: impulzivita a perfekcionismus, depresivní a úzkostné poruchy a obecně negativní emocionalita. Jedná

se o vztah nespecifický (přítomný i u dalších duševních poruch). Faktory situační jsou rozděleny na nepříznivé události obecně, sexuální zneužívání, zážitky separace a akulturace a riziková povolání.“

Za specifický rizikový faktor vzniku poruch příjmu potravy považuje Pavlová, B. (in Papežová, H., 2010, s. 48) zážitky studu, vleklé problémy v rodině a neadekvátní tlak ze strany rodičů. Naopak výzkumy o významu BMI pro onemocnění PPP se dle autorky velmi různí. Nicméně jako o nepopiratelné se však v souvislosti se vznikem těchto poruch zmiňuje o roli držení diet a nespokojenosti s vlastním tělem; experimentální studie dle autorky rovněž potvrzují vliv současného kultu štíhlosti.

Významný není pouze vliv médií, sociální hodnota těla a vzhledu, zdravotní, sociální a kulturní význam jídla, měnící se životní styl, role a postavení ženy ve společnosti, ale i mnoho dalších, mnohdy nespecifických sociálních vlivů, jako je zvýšená sociální úzkost, soutěživost, sklon k extrémním postojům, způsob trávení volného času, snížená sebekontrola, úpadek jídelní kultury, vulgarizaci některých ekologických a zdravotních poznatků (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 61).

1.1.5 Průběh a prognóza

Průběh poruch příjmu potravy může být velmi variabilní, od krátké jediné epizody v životě s plnou úzdravou bez léčby, přes subklinické celoživotní potíže až po chronické celoživotní onemocnění s postupně narůstajícími zdravotními, psychickými a sociálními následky, invalidizací, eventuálně předčasnou smrtí (Papežová, H., 2010, s. 392); onemocnění může trvat 1 rok, ale rovněž 5 – 6 let a déle (Papežová, H., 2005_a, online).

Skupina nemocných s PPP je velmi různorodá a různý je rovněž průběh dané poruchy. V průměru 50 % pacientek s MA a téměř 2/3 s MB se zcela vyléčí, u necelých 20 % anorektiček byl v průběhu let zjištěn chronický průběh, přičemž o chronicitě se u poruch příjmu potravy většinou hovoří po 10 až 15 letech trvání. Úmrtnost u MA je udávána v rozmezí 2 – 8 %, u MB v rozmezí 0 – 2 % (Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 24; Marádová, E., 2007, s. 9).

Němečková, P. (2007, s. 156, online) poukazuje u MA na 5 % časnou mortalitu; s prodlouženou délkou pozorování dle autorky mortalita vzrůstá až na 20 %.

Dlouhodobé sledování průběhu ukazuje, že 44 % pacientek s MA a 27 % s MB má dobrou prognózu (remisi spočívající ve vymizení všech symptomů obsažených v diagnostických kritériích), 28 % pacientek s MA a 40 % pacientek s MB vykazuje neúplnou emisi a 24 % anorektiček a 33 % bulimiček má nepříznivý průběh (Papežová, H., 2005_a, online).

Horší prognóza bývá spojována s nižší minimální váhou, výraznými hmotnostními výkyvy, častějším zvracením, neúspěšností předchozí léčby, komorbiditou, premorbidně narušenými rodinnými vztahy a horší kvalitou života (Papežová, H., in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 615).

Spolehlivě predikovat terapeutický efekt se však dosud nepodařilo, a to i přesto, že byla vytipována řada prognostických faktorů; tyto jsou totiž značně relativní (Baštecký, J. - Šavlík, J. - Šimek, J., 1993, s. 243; Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 25). Přesto je však dle Krcha, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 24) možné předpokládat, že průběh MB, i přes často velmi trýznivé a dramatické akutní období, je v porovnání s anorexií dlouhodobě příznivější a že u většiny pacientů dojde k úzdavě.

1.1.6 Komplikace poruch příjmu potravy

„Poruchy příjmu potravy mohou způsobovat řadu zdravotních komplikací, které významně přispívají ke zvýšení úmrtnosti jak u mentální anorexie, tak u bulimie.“ (Freeman, Ch., P. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 93)

Hlavní riziko u restriktivního typu MA představují ventrikulární arytmie, srdeční selhání a náhlá smrt způsobená vlivem podvýživy na kardiovaskulární a renální systém. Nejen anorektičky, ale i bulimičky s normální tělesnou jsou ohroženy rychlým úbytkem kostní hmoty – o čemž existuje stále více důkazů - a s ním spojeným rostoucím rizikem vzniku patologických zlomenin (Freeman, Ch., P. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 101).

Vedoucím znakem postižení endokrinního systému u MA je porucha funkce pohlavních žláz; u žen se projevuje amenoreou, u mužů infertilitou a ztrátou libida.

Anorektický syndrom provází změny krevního obrazu, příznaky poruch gastrointestinálního traktu lze shrnout jako zpomalené vyprazdňování žaludku, dilataci jejunu, zácpu (Šulc, K. in Nečas, E. et al., 2000, s. 308).

„Důsledky bulimie jsou v podstatě následky zvracení a užívání projímadel a diuretik.“ (Šulc, K. in Nečas, E. et al., 2000, s. 308)

Nejčastější komplikací je metabolická alkalóza spojená s hypokalemií, ztrátami chloridů a vodíkových iontů; vzrůstá riziko vzniku arytmií a postižení ledvin. Záchvatovité přejídání a opakované zvracení může být provázeno zánětem jícnu, zvýšenou citlivostí zubů, nevolností, zácpou. Na rozdíl od MA není u MB přítomna trvalá amenorea (Freeman, Ch., P. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 101; Šulc, K. in Nečas, E. et al., 2000, s. 308).

Současně se somatickými komplikacemi se u anorexie objevuje i množství psychologických problémů: omezení zájmu na diety, obsedantní systém pravidel a rituálů týkajících se diet a cvičení, poruchy koncentrace a kognitivních funkcí, černobílé myšlení, nedůvěra v sebe i ostatní. U bulimie je to stud, afektivní labilita, deprese a úzkostné stavy (Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 615).

Nejčastějšími sociálními následky PPP jsou postupná sociální izolace, invalidizace, snížení kvality života, studijní selhání, ztráta rodinného zázemí či zaměstnání, ekonomické problémy spojené někdy s krádežemi jídla a peněz; onemocnění působí stres nejen pacientce samotné, ale rovněž jejímu okolí (Papežová, H. in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 615; Papežová, H., 2005_a, online).

1.1.7 Léčba poruch příjmu potravy

Z důvodu prozatímní absence uspokojivého vysvětlení příčiny onemocnění poruchami příjmu potravy nelze tyto posuzovat ani léčit s jednostrannými koncepcemi, nýbrž v celém biopsychosociálním kontextu; péče má být komplexní, důraz je třeba klást na výběr a koordinaci adekvátních, diferencovaných postupů (Papežová, H. in Höschl, C. – Praško, J. – Seifertová, D., 2004, s. 336); komplexní a multidisciplinární

přístup je nutné mířit nejen k pacientovi, ale i jeho rodinným příslušníkům (Němečková, P., 2007, online, s. 157).

Základním terapeutickým krokem v případě onemocnění mentální anorexií je realimentace, stejně nezbytná je psychoedukace. V oblasti psychoterapeutických přístupů je v současnosti preferována kognitivně behaviorální terapie (KBT), interpersonální, dialektická behaviorální, kognitivně analytická, psychodynamická a psychoanalytická terapie. Užívána je rovněž individuální, skupinová a rodinná psychoterapie, terapeutický přínos mají taktéž svépomocné skupiny. Farmakoterapie (antidepresiva, neuroleptika, prokinetika) u PPP není metodou první volby (Němečková, P., 2007, online, s. 156).

V režimové léčbě MB je pozornost soustředěna na stanovení energetické hodnoty, množství a vhodných frekvencí stravy. V oblasti psychoterapie je, obdobně jako v léčbě MA, preferována KBT; vhodná je rovněž individuální a rodinná forma terapie. V některých případech je vhodná farmakoterapie, která spočívá v podávání antidepresiv (Němečková, P., 2007, online, s. 157).

Prvky sítě zařízení pro léčbu PPP tvoří ambulantní péče (ordinace praktického lékaře, psychiatra a dalších oborů, specializovaná ambulance pro PPP, specializovaná psychosomatická ambulance), krizová intervence, intermediární péče (denní stacionáře), nízkoprahová a lůžková zařízení (Sekce PPP při České psychiatrické společnosti JEP, 2007, online).

Na biopsychosociálním pojetí onemocnění je založen léčebný program Jednotky specializované péče pro poruchy příjmu potravy (JSPPPP) při Psychiatrické klinice 1. LF UK, Ke Karlovu 11, Praha 2; právě komplexní přístup v léčbě PPP je předností JSPPPP, která byla založena v roce 1983 dle vzoru specializované jednotky pro PPP v belgickém Kortenbergu (Papežová, H., online).

Poruchám příjmu potravy věnuje pozornost na několika úrovních rovněž Psychiatrická klinika Fakultní nemocnice Brno; o pacienty v metabolickém rozvratu či s výraznou malnutricí pečuje Jednotka intenzivní psychiatrické péče, navazuje možnost dalšího ambulantního vedení ve specializované poradně (Psychiatrická klinika, LF MU a FN Brno, 2011, online).

1.2 Rodinné prostředí

1.2.1 Rodina a její význam

Rodina, jako sociální skupina, je velmi těžko charakterizovatelná; obvykle bývá chápána jako malá, neformální, primární skupina (Reichel, J., 2004, s. 195); většina sociologických interpretací naznačuje, že rodina je formována charakteristikami sociální sítě, vůči které je ve vzájemném vztahu (Oliveri, M. E. – Reiss, D., 1983, s. 81, online).

Z hlediska fungování lze rodinu pojmut jako strukturovaný systém operující v konkrétním sociálním kontextu, jehož smyslem, účelem i náplní je utvářet relativně bezpečný, stabilní prostor a prostředí pro sdílení, reprodukci a produkci života lidí (Plaňava, I., 2000, s. 42, 73).

Jakožto primární nositel kultury poskytuje rodina základ norem a hodnot dané společnosti, vede jedince ke společenskému životu v prostředí, v němž vyrůstá, a učí ho orientovat se ve světě symbolů (Sollárová, E. in Výrost, J. – Slaměnik, I., 2008, s. 50).

Rodina je tak médium, skrze které jedinec interpretuje vnější svět, ale skrze jejíž sociální prostředí je silně ovlivněna jeho identita (Gillett, K. S. et al, 2009, s. 160, online).

Rodina představuje ohraničený prostor, jehož míra uzavřenosti a způsob otevírání se světu jsou pro každou rodinu charakteristické. Prostupnost hranic si každá rodina nastavuje v závislosti na svých zkušenostech se světem, dle vývojového stadia, ve kterém se nachází, s ohledem na kulturní zvyklosti okolí a na svůj osobitý komunikační styl (Chvála, V. - Trapková, L., 2004, s. 57); právě komunikace je (či může být) regulátorem i producentem zcela určité sociální reality (Plaňava, I., 2000, s. 199).

1.2.2 Rodinné prostředí jako faktor vzniku poruch příjmu potravy

Rodinné prostředí, ve kterém jedinec žije, je často považováno za jeden z klíčových faktorů přispívajících k rozvoji narušeného vnímání těla a rozvoji anorektického a bulimického chování (Clemency, C. E. - Rayle, A. D., 2006, s. 223, online; Gillett, K. S. et al., 2009, s. 160, online); dle Nováka, M. (2010, s. 22) však rodinná dynamika nemá za následek pouze rozvoj těchto poruch, nýbrž i jejich udržování.

Jak se zdá, vznik jídelních poruch se odvíjí v závislosti na interakčním stylu rodiny: zatímco rodiny vyznačující se signifikantní rigiditou a závislostí mohou podporovat dietní chování dcer, zmatek v rodině charakterizovaný izolací, hostilitou a omezenou péčí o rodinu bývá spojován s chováním záchvatovitého přejídání (Clemency, C. E. - Rayle, A. D., 2006, s. 223, online).

Ve vztahu k rodinným charakteristikám pacientů s PPP zmiňuje Novák, M. (2010, s. 24) spletnost, hostilitu a popírání emocionálních potřeb. Zvýšené riziko rozvoje PPP představuje dle autora nedostatečná komunikace v rodině, chybějící rodičovská péče, sexuální a fyzické zneužívání, malá otevřenost při diskuzích, absence rodičovské kontroly současně s absencí láskyplného vztahu k dítěti, nízká uspořádanost a nízká nezávislost. Autor rovněž odkazuje na reference týkající se přítomnosti koalicí mezi rodiči a dětmi a zastřených generačních hranic, jejichž projevem je absence rodinné hierarchie i vedení rodiny. K obvyklým rodinným hodnotám pacientek s MA patří třídní vzestup, výkon a pracovní morálka; některé rodiny mají ve své historii ekonomickou nejistotu.

V rozvoji PPP však rodinné charakteristiky nepůsobí jako jednotlivé faktory, nýbrž teprve v kombinaci s dalšími podmínkami (Haworth-Hoeppner, S., 2000, s. 222, online); dle Nováka, M. (2010, s. 22) je to právě spojení vlivu rodiny a kultury, které představuje nejobvyklejší okolnost rozvoje těchto poruch.

Skupiny utvářející identitu jedince - jako je právě rodina – vliv oné kultury zprostředkovávají (Gillett, K. S. et al., 2009, s. 160, online).

Přestože je role, kterou hrají rodinné faktory v etiologii PPP, významným předmětem teoretického zájmu, empirická data jsou neúplná a mnoho ze stanovisek o povaze a rozsahu role zmiňovaných faktorů je značně spekulativních (Herzog, W. et al., 2000, s. 359-360, online).

Žádná z longitudinálních studií doposud neurčila, které konkrétní faktory rodinného prostředí lze považovat za počáteční rizikové a které za související s pozdějším rozvojem onemocnění poruchami příjmu potravy (Gillett, K. S. et al. (2009, s. 161, online); v této souvislosti taktéž Krch, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 67-68) poznamenává, že nelze přesvědčivě rozhodnout, nakolik pacientem udávané negativní charakteristiky rodiny jsou nebo nejsou premorbidními rizikovými faktory PPP, a to vzhledem k charakteru obtíží a retrospektivnímu charakteru dat.

Ačkoli některé z výzkumů demonstrovaly vztah mezi rodinným prostředím a PPP, ani jedním nebylo jednoznačně potvrzeno, že příčinou vzniku těchto poruch je právě faktor rodinného prostředí (Gillett, K. S. et al., 2009, s. 161, online).

1.3 Teorie sociální konstrukce reality

Koncept P. L. Bergera a T. Luckmanna publikovaný roku 1966 se stal základem konstruktivistického paradigmatu v sociologii (Czech, L., 2010, online); jejich práce se pokusila vysvětlit realitu coby sociálně vytvářený a podmíněný fenomén (Klajban, M., 2011, online).

Teorie sociální konstrukce reality – třebaže patří ke klasickým sociologickým teoriím – sociologií vymezený rámec dalece přesahuje, neboť zasahuje prakticky do všech oborů lidského poznání. Příkladem může být aplikace Bergerova a Luckmannova konceptu na prostředí médií, kdy je výsledkem dokonce i vznik samostatného termínu *mediální konstrukce reality* (Czech, L., 2010, online; Klajban, M., 2011, online).

Sami Berger, P. L. a Luckmann, T. (1999, s. 9) podotýkají, že realita je vytvářena sociálně a procesy, jakými k tomuto vytváření reality dochází, analyzuje sociologie vědění. Přičemž *realitu* definují jako vlastnost náležející jevům, kterým přisuzujeme existenci nezávislou na naší vlastní vůli a *vědění* jako jistotu, že tyto jevy jsou skutečné a jsou nositeli určitých vlastností.

Zájem sociologie o problematiku reality a vědění má své opodstatnění především z toho důvodu, že tyto pojmy jsou sociálně relativní. Jelikož veškeré lidské vědění je rozvíjeno, předáváno a udržováno v sociálních situacích, usiluje sociologie vědění o pochopení procesů, jejichž působením se pro člověka realita, kterou považuje za samozřejmou, vytváří; sociologie vědění se zabývá procesy, v jejichž průběhu začne být jakýkoli soubor vědění chápán jako realita. Její náplní je tak zabývat se vším, co je ve společnosti za vědění považováno, a to bez ohledu na platnost či neplatnost tohoto vědění (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 10-11; Kaiserová, I. in Šubrt, J. et al., 2008, s. 105). Sociologie vědění se pokouší vést spojnici mezi myšlenkami a sociálním světem daného myslitele (Berger, P. L., 2003, s. 119).

Jednotlivé reality a vědění se však v různých společnostech i u různých jedinců mohou razantně lišit v závislosti na tom, co je v dané společnosti za vědění považováno (Klajban, M., 2011, online). Jak uvádí Balon, J. a Šubrt, J. (2010, s. 25), každý jedinec

disponuje svou vlastní zásobou *příručního vědění* – kterou si během svého života vytváří a přetváří – a která mu umožňuje orientovat se ve světě.

1.3.1 Historie sociologie vědění

Po staletí zaměstnávala filozofy a vědce nejen otázka toho, jak k vědění o našem světě a nás samých přijdeme, ale i otázka toho, jak je toto vědění utvářeno (Faux, R. B. in Cisneros-Puebla, C. A. – Gergen, K., 2008, online); zájem o myšlenku sociálních základů vědění však vzrůstá teprve na počátku 20. století (Outhwaite, W. in Harrington, A. et al., 2006, s. 173).

Jako zakladatel sociologie vědění je uváděn německý filozof Max Scheler. Autorem, který přenesl úvahy o sociologii vědění do anglosaského kontextu, byl sociolog Karl Mannheim, nejvýznamnějším americkým sociologem, věnujícím se sociologii vědění podrobněji, byl Robert Merton. Ačkoli sám Alfred Schütz, americký sociolog rakouského původu, sám ucelené pojetí sociologie vědění nevypracoval, měl velmi jasnou představu o tom, čím by se měl tento obor zabývat. Na Schützovo dílo přímo navazují Peter Berger s Thomasem Luckmannem. V 90. letech minulého století dochází k odezvě na Bergerovu a Luckmannovu práci rovněž v české sociologii: Jiří Kabele ve své původní teoretické práci rozvádí téma sociálního konstruování skrze rozpady a nová povstání institucionálních řádů (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 18; Kaiserová, I. in Šubrt, J. et al., 2008, s. 105–106, 116).

Bezprostředními intelektuálními předchůdci sociologie vědění jsou tři směry německého myšlení 19. století, a sice marxismus, Nietzsche a historismus; přímým předchůdcem sociologie vědění je však historismus (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 13 – 14).

1.3.2 Realita

Realita bývá pro většinu společnosti něčím, co je pevně dáno; něčím, co zde nějakým způsobem *je* a není to možné zvrátit. Nicméně realita je vytvářena – sociálně konstruována – neustále (Klajban, M., 2011, online).

Podstatu sociální konstrukce reality přibližuje Berger, P. L. (2003, s. 122), dle kterého se jedincům světový názor, do něhož byli socializováni, jeví jako samozřejmý. A jelikož za takový je považován téměř každým, daný názor se také potvrzuje, přičemž jeho prověření spočívá v neustále opakované zkušenosti jiných lidí, kteří jej rovněž považují za samozřejmý; realita je tedy konstruována sociálně.

Schrag, F. (1997, s. 233, online) však v této souvislosti poukazuje na určitý rozpor mezi samotným tvrzením a jeho významem. Jak autor uvádí, je častým tvrzením, že jak svět, tak i naše vědění o něm jsou *sociálně konstruovány*, a to i přesto, že neexistuje shoda ohledně přesného významu tohoto výrazu.

Sociálně konstruované reality jsou dvě, a to realita subjektivní a objektivní, přičemž je základní skutečností, že subjektivní realita musí být v určitém vztahu k objektivní, sociálně definované, realitě. Vztah panující mezi těmito dvěma realitami je označován jako dialektika; a právě tento dialektický vztah je podstatou sociálního vytváření reality (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 147; Kaiserová, I. in Šubrt, J. et al., 2008, s. 108–109).

Aby byla mezi objektivní a subjektivní realitou zajištěna určitá symetrie, je nutné, aby si každá z fungujících společností vytvořila takové postupy pro udržování reality, kterými by tuto symetrii zajistila (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 144-145). Nejdůležitějším prostředkem za účelem zmiňovaného udržování reality je konverzace (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 88).

1.3.2.1 Konstrukce reality

Realita je vytvářena v průběhu tří hlavních procesů, a sice externalizace, objektivace a internalizace (Klajban, M., 2011, online).

Přítom externalizace je nezbytná, je *antropologickou nutností* pohánějící člověka k tomu, aby se do svého okolí projevoval, aby si vytvářel svou realitu; externalizaci lze tedy vyložit tak, že lidé svojí činností vytvářejí svět, který je obklopuje. Další fáze, objektivace, je v celém procesu vytváření reality naprosto klíčovou; během této fáze se totiž realita stává realitou *siu generis*. Všechno to, čím se člověk projevoval do svého okolí během externalizace, se stává objektivní skutečností – a na *člověku nezávislé*. (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 84; Klajban, M., 2011, online).

V procesu objektivace zastává jednu z klíčových rolí jazyk; právě jazyk coby znakový systém umožňuje sdílení a předávání znalostí, umožňuje sdílené zkušenosti *objektivovat* (Klajban, M., online).

Jazyk pomáhá utvářet vztah člověka k realitě; k tomu, aby bylo možno pochopit realitu každodenního života, je nezbytné porozumět právě jazyku (Berger, P. L., 2003, s. 122; Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 42). Interakce s ostatními je totiž podmíněna společnou účastí na dostupné zásobě vědění zprostředkované jazykem (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 86).

A konečně internalizace je proces, v jehož průběhu se svět, člověkem vytvářený a slovně pojmenovaný, zpětně promítá do jeho individuálního vědomí; člověk si většinou už ani neuvědomuje, že všechny podněty jsou součástí reality, kterou původně vytvořil on sám (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 84; Klajban, M., 2011, online). Je to paradox, kdy člověk je sice schopen vytvořit svět, avšak pak ho prožívá jako něco jiného než lidský výtvar (Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 63-64).

Vztah mezi člověkem (tvůrcem) a sociálním světem (jeho výtvořem) je a zůstává vztahem dialektickým – člověk a jeho sociální svět vstupují do vzájemné interakce; společnost nejen, že je výtvořem člověka, ale současně je i objektivní realitou, která člověka vytváří a formuje (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 84; Berger, P. L.

– Luckmann, T., 1999, s. 64). Svět je tak vždy s námi, neboť my utváříme svět a on utváří nás (Faux, R. B. in Cisneros-Puebla, C. A. – Gergen, K., 2008, online).

1.3.2.2 Realita každodenního života

Nicméně sociální realita – která je vytvářena konkrétními jedinci a společnostmi a která závisí na konceptu kolektivního vědomí – není jen jedna; realit je prakticky nepřeberné množství (Klajban, M., 2011, online; Knoblauch, H., s. 1460, online).

Mezi různými realitami se však nachází jedna s naprosto jedinečným postavením – je to realita *par excellence*, realita nadřazená, realita každodenního života (Kaiserová, I. in Šubrt, J. et al., 2008, s. 107). Tato je *jako* realita brána zcela samozřejmě; není třeba ji dále ověřovat, je prostě *tady*, jako zcela evidentní a přesvědčivá skutečnost, člověk *ví*, že tato skutečnost je reálná (Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 29).

K tomu, aby bylo možno realitu každodenního života pochopit, je nezbytné porozumět jazyku, neboť právě ten dokáže přesáhnout osu *tady* a *ted'*, dle které je tato realita organizována, v důsledku čehož tak může překlenout rozdílné oblasti v rámci této reality a uspořádat je ve smysluplný celek, přičemž tyto přesahy mají jak prostorové, tak i časové a sociální rozměry (Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 28, 42, 44).

Realita každodenního života se jedinci jeví jako svět intersubjektivní, jako svět, který sdílí s ostatními (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 28). Do tohoto intersubjektivního světa svým jednáním zasahuje, mění ho a modifikuje – a toto jednání zase modifikuje jeho samotného (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 24 - 25), přičemž právě osobní kontakt představuje jedinečnou příležitost k získání přístupu k subjektivitě jedincova protějšku (Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 39).

1.3.3 Společnost

Společnost, z perspektivy sociologie vědění analyzována Bergerem, P. L. a Luckmannem, T. jako objektivní a subjektivní realita, je neustálým dialektickým procesem sestávajícím ze tří složek, a sice externalizace, objektivace a internalizace. Nicméně tyto tři složky po sobě v tomto časovém sledu nenásledují; společnost je spíše dána těmito třemi složkami současně (Balon, J. – Šubrt, J., 2010, s. 28; Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 128).

Žádná společnost jako celek není považována za samozřejmou – a to z toho důvodu, že veškeré společenské jevy jsou *konstrukty* vytvořenými v průběhu historie lidskou činností (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 106). A jelikož jsou všechny společnosti lidským dílem, dokonalých společností není, jakkoliv se *mírou dokonalosti*, ostatně těžko měřitelnou, mohou od sebe značně, ba diametrálně lišit (Petrušek, M., 2007, s. 211).

Společnost je vlastně *textem*. Společenskou skutečnost nejen vyjadřujeme, ale rovněž spoluvytváříme prostřednictvím jazyka. Společnost *je* taková, jak o ní vypovídáme, a jelikož veškeré výpovědi o společnosti jsou jazykovými konstrukty, pak je společnost textem, jemuž v té či oné míře rozumíme podle toho, nakolik jej dovedeme *číst*, dekodovat (Petrušek, M., 2007, s. 296); porozumět společnosti znamená naučit se používat jazyk právě takovým způsobem, jakým jej používají její členové (Outhwaite, W. in Harrington, A. et al., 2006, s. 181).

Dle Reichela, J. (2004, s. 67) není sociální svět ani tak souhrnem daného, ale především tím, jak je toto dané lidmi, kteří v něm žijí, vnímáno a vykládáno.

Ke společnosti se vztahujeme jako k objektivní realitě. Je *zde*, je to něco, co nemůžeme popřít. Společnost nás obklopuje, svazuje náš život ze všech stran; neurčuje pouze to, co děláme, nýbrž i to, co jsme. Naše situování ve společnosti není pouze prostorové, ale i časové (Berger, P. L., 2003, s. 97, 100).

1.3.3.1 Institucionalizace

Procesy externalizace, objektivace a internalizace vedou ke vzniku ustálených společenských institucí souhrnně tvořících sociální řád, který lidem poskytuje pocit bezpečí a orientace v rozrůzněném a v jeho totalitě těžko pochopitelném světě. Tento sociální řád, člověkem vytvářen při jeho neustálé externalizaci, existuje *pouze* jako produkt lidské činnosti (Berger, P. L. – Luckmann, T., 1999, s. 55–56; Czech, L., 2010, online).

Současně s tím, jak je instituce konstruována, dochází k její legitimizaci, a to z toho důvodu, že společnost – i přes objektivní povahu reality - si žádá, aby realita a sociální řád věcí byly nějakým způsobem potvrzovány a ospravedlňovány. Úkolem legitimizace je učinit instituce věrohodnými; jejím prostřednictvím se jedinec dovídá nejen, jak má jednat a proč má jednat právě takto, ale i proč jsou věci právě takové, jaké jsou (Balon, J. - Šubrt, J., 2010, s. 87; Czech, L., 2010, online).

V tomto ohledu je rovněž významná role vědění, neboť aby k legitimizaci mohlo dojít, je potřeba vědět, z jakého důvodu se tak vůbec má stát (Klajban, M., 2011, online).

1.3.3.2 Společenské instituce a sociální kontrola

Člověk je pod permanentním tlakem sociálního prostředí, do něhož je včleněn a jež původně ani nevolí. (Petrušek, M., 2007, s. 100).

Říci, že určitý druh lidské činnosti byl institucionalizován, je totéž jako říci, že byl podřízen sociální kontrole. Instituce řídí lidské chování tím, že předem stanovují vzorce chování, které lidskému jednání předurčují jeden směr ze všech teoreticky možných směrů. V mnoha institucích a v každém jejich shluku nazvaném společnost existují mechanismy, jejichž souhrn je znám pod označením systém sociální kontroly. Kontrolní náplň těchto mechanismů je však až druhořadého či doplňkového charakteru, neboť primární sociální kontrola je zajišťována již samotnou existencí instituce jako takové (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 58); tyto objektivní sociální instituce

vznikají prostřednictvím konsensuálních přesvědčení a sjednaných praktik (Balon, J., 2007, s. 40).

Instituce tedy formují lidské chování do vzorců a nutí je probíhat v kolejích, které společnost považuje za žádoucí, přičemž tyto koleje se jedinci jeví jako jediná schůdná cesta; žít ve společnosti znamená být ovládán její logikou (Berger, P. L., 2003, s. 47, 93). Společenské instituce však nepředepisují pouze vzorce našeho jednání, utvářejí dokonce i naše očekávání (Berger, P. L., 2003, s. 97).

Vědění, které předepisuje institucionálně vyžadované chování, je sociálně objektivováno *jako* vědění, tedy jako soubor obecně platných pravd o realitě. V průběhu socializace je pak toto vědění znovu internalizováno *jako* objektivně platná pravda. Lze tak konstatovat, že vědění o společnosti jednak chápání objektivované sociální reality zprostředkovává a jednak tuto realitu neustále vytváří. Jakékoli radikální vybočení z institucionálního řádu se proto jeví jako odklon od reality (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 68 – 69).

1.3.3.3 Role a jejich význam

Sociálního světa se jedinec účastní hraním rolí, které formují, utváří a typizují nejen jeho jednání, ale i jeho samotného. Role poskytuje jednotlivci vzorec, dle kterého má tento v konkrétní situaci jednat, neboť ve společné zásobě vědění existují pro správné vykonávání rolí zásady. A jelikož veškeré institucionalizované chování v sobě zahrnuje role, je tak rolím taktéž vlastní kontrolní charakter institucionalizace (Berger, P. L., 2003, s. 101–104; Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 76).

Role, hrané jako součást každodenního života, jsou postupně internalizovány a stávají se součástí našeho *já*, součástí naší osobnosti (Dočkal, J., 2008, s. 77 – 78); právě internalizací rolí se pro jedince sociální svět stává subjektivně reálným (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 76).

1.3.4 Socializace jedince

Jedinec se nerodí jako člen společnosti, rodí se se sklonem ke společenskosti a členem společnosti se stává (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 128).

Ontogenetickým procesem, během kterého dochází k osvojování si způsobů chování a společenských norem, seznamování se s kulturním prostředím a během něhož dochází k úplnému a důslednému zasvěcení jedince do objektivního světa společnosti či části společnosti, je socializace. (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 129; Sollárová, E. in Výrost, J. – Slaměník, I., 2008, s. 49).

Socializace však nikdy nemůže být absolutně bezpečná. Všudypřítomná *možnost* odcizení je svým způsobem podmínkou lidského života; člověk je předurčen k podezřívavosti vůči realitě vlastního světa (Marada, R., in Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 214).

1.3.4.1 Významní druzí

Přestože si společnost ke střežení reality vybuodovala různé represivní instituce, k jejímu klíčovému střežení však dochází na té nejnižší úrovni, a sice na úrovni jedince. Právě tomu je už od nejranějšího věku vštěpováno určité vidění světa, které považuje za objektivně dané a jen těžko se z něj může vymanit (Klajban, M., 2011, online). „Člověk se nevyhne tomu, že se rodí do již hotového institucionalizovaného světa.“ (Marada, R. in Berger, P. L. - Luckmann, 1999, s. 207)

Jsou to právě pro jedince takzvaní významní druzí, mající jeho socializaci na starosti, kteří mu svět zprostředkovávají a v průběhu tohoto zprostředkovávání ho pozměňují; sociální svět je tak pro jedince *přefiltrován* skrze dvojí proces výběru (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 52, 130-131).

Svět svých významných druhých jedinec neinternalizuje jako jeden z mnoha možných světů, nýbrž jako *jediný možný svět*, svět jediný existující a jediný představitelný, svět se vším všudy. (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 133).

Dle Czecha, L. (2010, online) jsou těmito významnými druhými v podstatě instituce, které jedince socializují; vědění, které je základem jedincova vnímání a chápání světa, je tak v jeho mysli vytvářeno vlivem společnosti, je tedy konstruováno sociálně.

1.3.4.2 Socializace primární a sekundární

První socializace, jíž jedinec prochází v období dětství a skrze niž se stává členem společnosti, je primární socializace, přičemž způsob této socializace je krom jiného ovlivněn požadavky zásoby vědění, která má být předávána. Jakýkoli následný proces, který uvádí již socializovaného jedince do nových oblastí objektivního světa společnosti, v níž žije, je socializace sekundární (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 129, 135).

Primární socializací se u jedince vytváří vědomí postupné abstrakce od rolí a postojů konkrétních významných druhých, které jedinec předtím internalizoval a přijal za vlastní, k rolím a postojům *obecným*; tato abstrakce se nazývá zobecnělý druhý - jedinec se nyní identifikuje s jinými lidmi obecně, tedy se společností (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 130-131). Tím, jak se v jedincově vědomí utváří zobecnělý druhý, dochází k internalizaci společnosti jako takové a objektivní reality v ní ustanovené, přičemž souběžně s tím je subjektivně vytvářena soudružná a kontinuální identita; společnost, identita a realita jsou tak subjektivně formovány tímž procesem internalizace (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 132). Primární socializace končí, byl-li v jedincově vědomí vytvořen pojem zobecnělý druhý. Nicméně internalizace společnosti, identity a reality navždy uzavřenou záležitostí není (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 136).

„Sekundární socializací rozumíme internalizaci institucionálních či na institucích založených *subsvětů*.“ (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 136). Tato socializace, jejíž procesy již nepředpokládají vysoký stupeň identifikace, se rovná nabývání vědění nutného pro určitou roli (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 136, 142).

1.4 Sociální konstruktivismus a poruchy příjmu potravy

Janebová, R. (2006, s. 82-83, 85) poukazuje na význam sociálně konstruktivistických faktorů v souvislosti se vznikem PPP, tedy na to, jak společenské požadavky, které jsou kladeny na lidské tělo, ovlivňují jeho vzhled. V každé společnosti totiž panuje určitý ideál, jak by mělo ženské a mužské tělo vypadat; není tedy pochyb o tom, že tělo je sociálně vytvářeno, nebo alespoň spoluvytvářeno. Jak autorka podotýká, sociální konstrukce těla se dotýká především žen.

Přestože Ian M. Hacking nabízí vlastní kritický pohled na konstruktivismus, nelze opomenout, že v některých případech přiznává sociálnímu konstruktivismu jeho terapeutický význam. Nicméně anorexie je dle I. M. Hackinga příkladem opačným; příkladem, kdy sociální konstruktivismus zúčastněné jedince svazuje. Anorexie je konstruktem spojeným s jiným konstruktem, a sice ideálem krásy; tento však dotyčné subjekty - (zejména) mladé ženy - nehodlají nijak měnit, neboť se chtějí stát součástí kulturního kontextu odpovídajícího sociálnímu konstruktivnímu ideálu krásy. Zásadní problém přitom spočívá v tom, že ženy usilují o změnu sebe samých, nikoli kulturního kontextu. Tímto konstruktem jsou taženy a jelikož v současnosti platné kulturní vzorce určují, že mezi konstruktem ideálu krásy a anorexií existuje přímý vztah, začínají se tak chovat a postupně se stávají anorektičkami (Funda, O., 2005, s. 29, 32, online).

2 CÍL PRÁCE A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

2.1 Cíl práce a dílčí cíle

Cílem diplomové práce je zmapovat, které faktory považují osoby trpící poruchami příjmu potravy a jejich rodinní příslušníci za podstatné pro vznik onemocnění a jakou cestou ke svým stanoviskům dospěli. Teoretický rámec práce představuje sociální konstrukce reality, teorie sociologů Petera L. Bergera a Thomase Luckmanna⁴, která byla publikována roku 1966 a jež se stala základem konstruktivistického paradigmatu v sociologii.

Výzkumná strategie je kvalitativní. Kvalitativní výzkum využívá výhody setkání s respondenty ve dvouletém časovém odstupu, neboť diplomová práce navazuje na bakalářský výzkum. Cílem kvalitativního výzkumu je co nejkomplexněji zmapovat problematiku subjektivně viděných faktorů podstatných pro vznik onemocnění poruchou příjmu potravy, včetně zdůvodnění. Problematika je mapována ve dvou časových rovinách - tehdy a nyní, podobně je zájem věnován dalším dvěma zdánlivě nesouvisejícím rovinám - konkrétní a obecné.

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující dílčí cíle:

1. Zmapovat osobami trpícími PPP subjektivně viděné faktory vzniku jak svého onemocnění, tak onemocnění poruchami příjmu potravy obecně, s důrazem na rodinné faktory.
2. Zmapovat rodinnými příslušníky subjektivně viděné faktory vzniku jak dceřina/sestřina onemocnění, tak onemocnění poruchami příjmu potravy obecně, s důrazem na rodinné faktory.
3. Zmapovat, na základě čeho respondenti svá stanoviska zaujali.

⁴ BERGER, P. L. – LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění*. Přel. J. Svoboda. 1. vyd., dotisk. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. 216s. Přel. z: *The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge*. ISBN 80-85959-46-1.

2.2 Výzkumné otázky

V rámci kvalitativního výzkumu byly stanoveny následující výzkumné otázky:

1. Uvádí osoby trpící PPP ve vztahu ke vzniku svého onemocnění a onemocnění poruchami příjmu potravy obecně shodné faktory?
2. Uvádí rodinní příslušníci ve vztahu ke vzniku dceřina/sestřina onemocnění a onemocnění poruchami příjmu potravy obecně shodné faktory?
3. Kterým aspektům v procesu zaujímání stanovisek přikládají respondenti určující význam?

3 METODIKA

3.1 Použité metody a techniky výzkumu

Vzhledem ke skutečnosti, že diplomová práce navazuje na bakalářský výzkum, byly použity stejné metody sběru a následné analýzy dat.

Zvolenou výzkumnou strategií byla kvalitativní metodologie, neboť právě tato, jak poukazuje Hendl, J. (2005, s. 53), umožňuje získat hloubkový popis případů; umožňuje provádět podrobnou komparaci případů, sledovat jejich vývoj a zkoumat příslušné procesy, navíc citlivě zohledňuje působení kontextu.

Sběr dat byl proveden metodou dotazování, zvolenou technikou byly hluboké semistrukturované rozhovory vedené se skupinami respondentů uvedenými v kapitole 3.2 *Výzkumný soubor*.

S předchozím souhlasem každého z respondentů byl s tímto veden rozhovor, jehož průběh byl zaznamenáván na diktafon; z výzkumníkovy pohledu významné informace byly zaznamenávány rovněž písemně, a to formou krátkých poznámek.

Oproti výzkumu realizovanému v rámci bakalářské práce probíhaly hluboké semistrukturované rozhovory se všemi respondenty formou přímého osobního kontaktu.

Hluboké semistrukturované rozhovory vedené s respondentkami – osobami trpícími PPP (blíže viz kapitola 3.2 *Výzkumný soubor*) – sestávaly ze čtyř hlavních okruhů (viz příloha č. 1):

- 1) Období před nástupem onemocnění PPP. Tento okruh mapoval informovanost respondentek o problematice PPP a stanoviska, která k problematice těchto poruch zastávaly.
- 2) Období průběhu onemocnění PPP. Otázky byly zacíleny na stanoviska respondentek k vlastnímu onemocnění, stejně jako na pozadí těchto stanovisek, tedy co vedlo respondentky k zaujetí daných stanovisek. U respondentek s opakovanou mentální anorexií bylo mapováno období průběhu každého z onemocnění.

- 3) Období současné. Otázky mapovaly stanoviska respondentek jak k problematice PPP obecně, tak k vlastnímu onemocnění, a to včetně pozadí těchto stanovisek, tedy na základě čeho respondentky svá stanoviska zaujaly. Současně byl mapován vliv onemocnění PPP na rodinné prostředí – co a jakým způsobem se vlivem onemocnění v rámci rodiny změnilo.

Hluboké semistrukturované rozhovory vedené s rodinnými příslušníky respondentek (blíže viz kapitola 3.2 *Výzkumný soubor*) – sestávaly ze dvou hlavních okruhů (viz příloha č. 2):

- 1) Období konfrontace s diagnózou dceřina/sestřina onemocnění PPP. Otázky byly zaměřeny na informovanost a stanoviska respondentů vzhledem k problematice PPP obecně, současně byla mapována stanoviska k dceřině/sestřině onemocnění PPP; rodinní příslušníci respondentek s opakovanou mentální anorexií se vyjadřovali vzhledem ke každému z onemocnění.
- 2) Období současné. Otázky mapovaly stanoviska respondentů jak k problematice PPP obecně, tak k dceřině/sestřině onemocnění, a to včetně pozadí těchto stanovisek, tedy na základě čeho respondenti svá stanoviska zaujali. Současně byl mapován vliv onemocnění PPP na rodinné prostředí – co a jakým způsobem se vlivem onemocnění v rámci rodiny změnilo.

3.2 Výzkumný soubor

Výzkumný soubor představovaly dvě cíleně volené skupiny respondentů, které se kvalitativního výzkumu účastnily již v rámci mé bakalářské práce. Konkrétně se jednalo o následující skupiny respondentů:

1. osoby starší 18 let věku, které PPP trpěly v minulosti, či jejichž onemocnění poruchou příjmu potravy přetrvává do současnosti, v počtu 5 osob,
2. rodinní příslušníci osob uvedených v bodu 1, rovněž starší 18 let věku, v počtu 5 osob.

Ze skupiny osob trpících PPP dochází na pravidelná psychoterapeutická sezení dvě respondentky, a sice respondentka s v minulosti dvakrát diagnostikovaným onemocněním mentální anorexií a respondentka, jejíž stav je charakterizován protrahovaným průběhem mentální anorexie. Ostatní z respondentek se již žádné formy léčby neúčastní.

Zmiňované osoby jsem o povaze a účelu plánovaného výzkumu informovala v dostatečném předstihu prostřednictvím elektronické pošty, a to na jaře roku 2010. Současně s touto informací jsem nabídla možnost k opětovnému zapojení se do plánovaného kvalitativního výzkumu. Zdůraznila jsem, že si velice vážím naší předchozí spolupráce a vyzdvihla jsem, jak by mne potěšilo, kdybychom ve spolupráci mohli pokračovat. Předběžné odpovědi všech respondentů byly kladné, někteří z nich mi současně vyjádřili podporu v mých záměrech. Pro případ, že by někteří z předem oslovených respondentů pozdější účast ve výzkumu z jakýchkoli důvodů odmítli, měla jsem připravených 5 kontaktů na další možné respondenty splňující kritéria jedné ze skupin výzkumného souboru; tyto kontakty jsem získala prostřednictvím výše zmiňovaných respondentů.

Všech 10 respondentů jsem opětovně kontaktovala v lednu roku 2011, a to za účelem ujistění se o potvrzení či odmítnutí účasti v plánovaném kvalitativním výzkumu. Odpovědi všech respondentů byly opět kladné. V březnu téhož roku jsem každé skupině respondentů prostřednictvím elektronické pošty zaslala k náhledu okruhy plánovaných

semistrukturovaných rozhovorů doplněné o cílené otázky. Současně jsem respondenty informovala o podmínkách a kritériích vedení rozhovoru; v tomto ohledu se plánované semistrukturované rozhovory nelišily od těch, které byly s respondenty vedeny v rámci kvalitativního výzkumu k bakalářské práci. Respondentům byla zdůrazněna zásada zachování anonymity, stejně tak byli ujištěni o zachování významu výpovědí při zpracovávání získaných informací. Samozřejmostí byla možnost odmítnout vyjádření se k jakékoli pokládané otázce; respondentům tak byla garantována ochrana soukromí s ohledem na individualitu každého z nich. Neopomenutelným kritériem bylo zaručení přístupu ke kontrole zpracovaných informací ještě před jejich samotnou publikací. V případě zájmu kteréhokoli z respondentů bylo garantováno zaslání zpracované diplomové práce v elektronické podobě.

Hluboké semistrukturované rozhovory se zmiňovanými skupinami respondentů byly realizovány v průběhu měsíců dubna a května roku 2011, konkrétní datum rozhovoru bylo stanoveno s každým z respondentů individuálně, na základě předchozí domluvy. V tomto ohledu se průběh kvalitativního výzkumu lišil od průběhu výzkumu k bakalářské práci, kde na rozhovor s každou z respondentek navazoval rozhovor s rodinným příslušníkem dané dotazované. Semistrukturované rozhovory byly s 8 respondenty vedeny v místě jejich bydliště, se 2 respondenty – z důvodu jejich časové zaneprázdněnosti – mimo jejich bydliště; ve všech se případech se však jednalo o klidné místo bez rušivých vlivů, které samotný průběh rozhovoru mohly negativně ovlivnit. S předchozím souhlasem každého dotazovaného byl následně rozhovor zaznamenáván na diktafon, pro vlastní potřebu jsem si v průběhu rozhovorů některé – pro mne důležité – informace zaznamenávala písemně, opět s předchozím souhlasem každého z respondentů. Osobně se domnívám, že k bezproblémovému a příjemnému průběhu rozhovoru s každým z respondentů přispělo nejen vhodné prostředí, ale i skutečnost, že se jednalo o pokračující, opět v přátelské atmosféře vedenou spolupráci.

Semistrukturovaný rozhovor s každým z respondentů probíhal po dobu cca 2 hodin. V tomto ohledu se však průběh rozhovorů vedených s rodinnými příslušníky lišil od průběhu rozhovorů vedených s touto skupinou respondentů v rámci výzkumu k bakalářské práci. Tehdy každý rozhovor probíhal cca 40 minut; důvodem bylo odlišné

koncipování povahy výzkumu, ve výzkumu k bakalářské práci byl stěžejní prostor poskytnut respondentkám s PPP.

Všech 10 respondentů pocházelo z kraje Vysočina. V porovnání s výzkumem k bakalářské práci se situace změnila u jedné z respondentek – tato se vrátila ze zahraničního pobytu. Komunikace se zmiňovanou respondentkou tak již neprobíhala prostřednictvím internetové sítě, nýbrž – jako v případě ostatních respondentů – prostřednictvím osobního setkání. Daným způsobem, tedy osobním setkáním, proběhl také rozhovor s rodinným příslušníkem zmiňované respondentky, v rámci výzkumu k bakalářské práci rovněž vedeným prostřednictvím internetové sítě.

3.3 Metoda zpracování dat

Data byla zpracována kvalitativní analýzou výpovědí respondentů. Metoda analýzy dat byla inspirovaná metodou Zakotvené teorie.

Tato strategie umožňuje navrhnout teorii pro fenomény v určité situaci, na niž je zaměřena výzkumníková pozornost, přičemž vznikající teorie je zakotvena v datech získaných během studie. Pozornost je věnována zvláště jednání a interakcím sledovaných jedinců a procesům v daném prostředí (Hendl, J., 2005, s. 125).

Výpovědi každé skupiny respondentů týkající se vždy konkrétního tématu byly vzájemně porovnávány, a to za účelem ilustrace jak jejich vzájemné shody, tak odlišnosti.

4 VÝSLEDKY

Vzhledem ke skutečnosti, že semistrukturované rozhovory sestávaly u obou skupin respondentů z obdobných okruhů, bylo možné – v případě shodných témat, která vyplynula na základě kvalitativní analýzy výpovědí – ilustrovat názorovou shodu i odlišnost mezi skupinami respondentů; tedy jak na určitá témata nahlíží samy respondentky, které mají s onemocněním MA nebo MB přímou vlastní zkušenost a jak jejich rodinní příslušníci, tedy osoby, které byly s danými poruchami konfrontovány přímo ve svém nejbližším okolí – u své dcery či sestry.

Analýzou výpovědí respondentů – jak osob trpících PPP, tak jejich rodinných příslušníků – vykrystalizovaly čtyři hlavní okruhy témat.

4.1 Osoby trpící poruchami příjmu potravy

Ve skupině respondentek - osob trpících PPP – se jednalo o následující tematické okruhy:

- 1) Okruh *Obecný názor na problematiku PPP* byl koncipován do dvou časových rovin – doby před vznikem vlastního onemocnění PPP a období současného. Patří sem tehdejší informovanost, tehdejší a soudobý postoj respondentek k problematice PPP, významné faktory, které byly z jejich pohledu pro zaujmutí soudobého stanoviska podstatné.
- 2) V rámci okruhu *Tehdejší subjektivní vnímání vlastního onemocnění PPP* vyplynuly subjektivně viděné příčiny nemoci, popis okolností a faktorů vedoucích k zaujmutí daných stanovisek.
- 3) Okruh *Soudobé subjektivní vnímání vlastního onemocnění PPP* obsahoval popis soudobého postoje k tehdejšímu/přetrvávajícímu onemocnění včetně popisu okolností názorových změn.
- 4) V okruhu *Rodinné prostředí* jsou zmapovány případné změny – a jejich dopad – v rámci rodinného prostředí vlivem onemocnění PPP, dále míra pozornosti, která byla v rámci rodinného prostředí problematice PPP věnována.

Autentické výpovědi jednotlivých respondentek jsou uváděny v závorce kurzívou.

4.1.1 Obecný názor na problematiku PPP

4.1.1.1 Informovanost o problematice PPP včetně pohledu na tuto problematiku před vlastním onemocněním optikou respondentek

Nejčastějším zdrojem informací o problematice PPP byly respondentkám časopisy pro ženy a dívky. Respondentky poukazovaly především na touhu po štíhlé postavě jako na hlavní příčinu vzniku PPP; tato příčina dle názoru některých z nich koresponduje s všeobecným míněním týkajícího se právě příčin těchto poruch.

Informace, které o PPP měla před vlastním onemocněním bulimií **Jana**, pocházely veskrze z časopisů pro ženy (*„Já jsem před nástupem bulimie o PPP moc relevantních informací neměla. Sice jsem si občas něco přečetla v některých z časopisů pro ženy, ale to byly spíš jen takový obecný informace.“*), v té době se k PPP stavěla jako k závažnému problému (*„Já jsem se vlastně tenkrát k těmhle poruchám stavěla v takovém tom obecném duchu, jako že je to závažnej problém. A to bylo asi tak všechno.“*).

Lucie se před onemocněním anorexií, jak sama uvádí, ve svém pohledu na PPP ztotožňovala s – domnělým – pohledem společnosti (*„V podstatě jsem si myslela to samý, co asi převážná část společnosti: PPP jsou velkým problémem současnosti, trpí jimi stále mladší holky, ty se snaží vyrovnat zobrazovaným superštíhlým modelkám, proto nejedí...“*), s informacemi o PPP se setkávala v dívčích časopisech (*„Takový ty časopisy pro náctiletý holky byly takových informací plný.“*).

Na shodu vlastního mínění s obecnou představou týkající se PPP poukazuje, obdobně jako Lucie, také **Kamila** (*„V představách a mínění o bulimičkách a anorektičkách jsem se vlastně ztotožňovala s tím, co se mi nabízelo zvenku. Což bylo to, co jsem běžně slýchala nebo co jsem se kde dočetla.“*). Z jejího tehdejšího pohledu byly

PPP především onemocněním dospívajících dívek, které odmítají a posléze již ani nemohou skončit s dietou („*Na anorexii a bulimii jsem se tenkrát dívala jako na nemoci hlavně pubertálních holek, který držely dietu a zhubly a ani potom s dietou nechtěly přestat, protože se bály, že zase naberou kila. A postupem času už to nemohly ovládnout, nemohly s hubnutím přestat, i kdyby chtěly.*“).

Edita dle svého tvrzení o PPP určité informace - před tím, než onemocněla anorexií – měla; a to především z časopisů a brožurek („*Tehdy jsem o PPP poněti měla, hlavně díky různým článkům v časopisech a v různých brožurkách, který se daly sehnat u doktora.*“). O projevech těchto poruch se dozvíдалa díky beletrii s danou tematikou („*Pamatuju si na to, že jsem přečetla několik knížek, kde hlavní hrdinka trpěla buď anorexií, nebo bulimií. Tam bylo pěkně popsáno, jak se tyhle poruchy projevují.*“). Tehdy na PPP nahlížela jako na důsledek touhy po štíhlé postavě („*Anorexii a bulimii jsem tenkrát považovala za výsledek počáteční neškodný touhy po atraktivní štíhlý postavě.*“).

Markéta se, jak sama uvádí, s informacemi o PPP – než sama onemocněla anorexií – rovněž setkávala především v časopisech; informace o prevenci a důsledcích těchto poruch získala také v rámci školních osvětových přednášek („*O anorexii a bulimii jsem se v největší míře dočítala v různých časopisech, občas v nějaké knížce. Také ve škole s námi o PPP mluvili, to byly takové ty osvětové činnosti v rámci prevence.*“). Z Markétina tehdejšího pohledu, obdobně jako z Editina, byly PPP zapříčiněny především přáním dívek a žen po štíhlé postavě („*V PPP jsem tehdy viděla přání dívek a žen po štíhlosti, kdy se počáteční experimenty s dietami postupem času mění v nenormální chování.*“); Markéta taktéž, jako Lucie s Kamilou, poukazuje na všeobecné mínění o PPP v souvislosti s touhou po štíhlosti („*Myslím, že můj tehdejší názor se nijak výrazně neodlišoval od všeobecného povědomí o PPP.*“).

4.1.1.2 Změny ve vnímání problematiky PPP optikou respondentek

Změny ve vnímání problematiky PPP uváděly ve výpovědích čtyři respondentky, pouze jedna poukazovala na neměnnost názoru s odstupem času. Rovněž pouze jedna z respondentek se přikláněla k touze po štíhlosti jako ke stěžejní příčině PPP. Společné všem respondentkám však bylo vyzdvihování významu vlastní zkušenosti, která se promítala do jejich pohledu na zmiňovanou problematiku.

Evidentní změnu ve vnímání problematiky PPP zmiňuje **Jana**; dle jejího tvrzení to byla právě vlastní zkušenost, která ji v tomto ohledu ovlivnila (*„Když si uvědomím, jakej názor na PPP jsem měla dřív a porovnáám ho s tím, kterej mám dnes, tak vidím evidentní změnu. A určitě k tomu přispěla moje vlastní zkušenost a všechno to, co s tím souviselo.“*). Jana si uvědomuje svůj tehdejší obecný náhled na problematiku PPP, kdy o těchto poruchách detailněji neuvažovala (*„Dřív jsem PPP vnímala jen v takových těch obecnostech, vůbec jsem nepřemýšlela nad tím, co všechno by vůbec mohlo stát za jejich vznikem.“*); v současnosti však zastává vyhraněnější názor, především zpochybňuje stěžejní význam příčiny PPP spatřované v touze po štíhlosti (*„Dneska to vidím tak, že to všude kolem omílaný tvrzení - že snaha přiblížit se takzvaným ideálním mírám je hlavním důvodem vzniku PPP - je hodně nadnesený.“*). Dle Janina názoru jsou stěžejní podstatou PPP právě vztahy a pojetí sebe sama (*„Podle mne je hlavní podstata PPP – ať už bulimie nebo anorexie - ve vztazích a v pojetí sebe sama, což souvisí právě s těmi vztahy. Takže si myslím, že celej problém kolem PPP je právě tak velkej, jako je problém kolem neurovnaných vztahů.“*).

Naopak **Lucie** v souvislosti s vnímáním problematiky PPP na žádnou změnu nepoukazuje (*„Já nemůžu říct, že bych se dneska na PPP dívala jinak. A ani nevím, co by mě ke změně názoru mělo přinutit nebo alespoň podnítit.“*); neměnnost v názorech připisuje vlastní zkušenosti, která dle jejího mínění koresponduje s obecnou představou o důvodech vzniku PPP (*„Před lety jsem to měla nastavený tak, že jsem si PPP dávala do souvislosti s přáním vlastnit takovou postavu, jakou mají modelky. Protože to je právě to, co je žádaný. Mne k anorexii vlastně vedla ta samá touha, takže má vlastní*

zkušenost se s tím shoduje. Podle mne je tohle všeobecně známá věc, co vede holky k PPP. A já jsem nebyla výjimkou. Takže v tomhle ohledu jsem názor nijak nezměnila.“).

Z jiného úhlu pohledu, podobně jako Jana, nahlíží na PPP také **Kamila**; rovněž ona sama v této souvislosti poukazuje na význam vlastní zkušenosti (*„Na základě vlastní zkušenosti s bulimií jsem změnila názor jak na bulimii, tak i na anorexii.“*). Dle Kamilina názoru lze spatřovat příčinu vzniku PPP taktéž v potřebě zmírnit pocity napětí nebo nespokojenosti, potřebě útěku před jinými problémy (*„Dneska vidím mnohem širší souvislosti, nejen to přání velikosti XS. Podle mne můžou PPP vznikat i v důsledku toho, že člověk hledá způsob, jak zmírnit nějaký pocit napětí nebo nespokojenosti, prostě když hledá cestu ven z jiných problémů. Když chce před jiným problémem utíct – bohužel tak, že z jednoho problému uteče do jiného.“*); v souhrnu se však Kamila přiklání k mnoha faktorům, které mohou stát na pozadí vzniku PPP; významnou roli přisuzuje individuálním preferencím každého jedince (*„Ale takovej pocit může mít nejrůznější důvod. Proto si myslím, že těch důvodů, těch příčin, který k PPP vedou, je strašně moc. V podstatě snad cokoli, záleží na konkrétním člověku, co je zrovna pro něj samotného stěžejní.“*).

Obdobně jako Jana a Kamila, rovněž **Edita** připisuje vliv na změnu názoru týkajícího se PPP právě vlastní zkušenosti; na základě toho nevnímá PPP pouze v souvislosti s touhou po štíhlé postavě (*„Mne osobně vlastní zkušenost s anorexií v názoru na PPP ovlivnila. Alespoň v tom směru, že anorexii, ale ani bulimii, nepovažuju jen za důsledek touhy po štíhlosti, což je, myslím si, takovej všeobecněj názor, kterej v souvislosti s PPP vládne ve společnosti.“*). V úvahách o možných příčinách PPP Edita sice připouští vliv společnosti (*„Určitě nepopírám tlak společnosti na vzhled. Myslím si, že společnost každý doby diktuje určitej kult těla.“*), avšak jednoznačné tvrzení ohledně možných příčin odmítá (*„Obecně jsem ale toho názoru, že není možný se přiklánět k žádnýmu určitýmu tvrzení ohledně příčin PPP. Řekla bych, že tohle je hodně individuální záležitost, navíc komplexní.“*); poukazuje především na vícero faktorů figurujících na pozadí každé poruchy příjmu potravy (*„Podle mne se*

jedná o souhru několika faktorů, který stojí na pozadí každý poruchy příjmu potravy. A každá kombinace takových faktorů je značně individuální.“).

V souvislosti se změnou vnímání problematiky PPP na základě vlastní zkušenosti není výjimkou ani **Markéta**. Jak sama uvádí, vlastní zkušenost s opakovanou anorexií stojí za zcela evidentní změnou názoru týkajícího se PPP (*„Samozřejmě jsem s odstupem času názor na PPP změnila, a to zásadně. Myslím, že i důvod této změny je více než zřejmý – vlastní zkušenost.“*). Dle svých slov Markéta sice stále spatřuje příčiny PPP v touze po štíhlé postavě (*„Sice zcela neopomím příčiny, které spočívají v onom přání po štíhlé a atraktivní postavě, to zajisté ne, roli určitě hrají.“*), avšak za stěžejní – obdobně jako Jana - je již nepovažuje (*„Ale oproti svému dřívějšímu názoru jsem tyto příčiny – takříkajíc – odsunula na vedlejší kolej. Rozhodně je nepovažuji za hlavní a určující.“*). Rozhodující význam naopak přisuzuje vztahům v rámci rodinného prostředí (*„Stěžejní význam mají podle mého názoru vztahy uvnitř rodiny. Rodina je podle mne klíčový faktor, od kterého se odvíjí všechno další, tedy i případný vznik PPP.“*). Obdobně jako Edita odmítá jednoznačné tvrzení ohledně možných příčin PPP, tak rovněž dle Markétina názoru se nelze uchýlovat k jednosměrným úvahám o příčinách těchto poruch, a to pro jejich komplexní povahu (*„Anorexie i bulimie jsou podle mého názoru natolik komplexní poruchy, kam se promítá tolik faktorů, že o příčinách nelze uvažovat jednosměrně. Jakkoli pochroumaný vztah totiž odkazuje na spoustu dalších otázek.“*).

4.1.2 Tehdejší subjektivní vnímání vlastního onemocnění PPP

4.1.2.1 Tehdejší stanovisko k pravděpodobným příčinám onemocnění poruchou příjmu potravy včetně interpretace onemocnění optikou respondentek

Každá z respondentek v době, kdy procházela onemocněním, zaujímalu jednoznačné stanovisko ohledně pravděpodobných příčin své anorexie nebo bulimie. Pouze v jednom případě zazněla ve výpovědi respondentky pochybnost – a to v souvislosti s významem vztahu k rodičům jako příčině její druhé anorexie. Respondentkami nejčastěji zmiňovaným tématem byl v tomto ohledu vztah k otci.

Téma nenaplněného partnerského vztahu bylo pro **Janu** natolik stěžejní (*„Během terapií jsem často rozvíjela téma nenaplněného partnerského vztahu. Nechtěla jsem tohle téma opouštět, strategicky jsem se k němu v terapiích oklikama vracela.“*), že v něm spatřovala příčinu svého onemocnění bulimií (*„Tak jsem se s tím identifikovala, že jsem vinu za své onemocnění přičítala - dnes už bývalému – partnerovi.“*). Jana se však v průběhu času zaměřila na vztah ke svému otci (*„Postupně jsem odkrývala další a další témata. Od vztahu k partnerovi jsem se zpětně vracela ke vztahu vůči nejdůležitějšímu muži svého života, svému otci.“*), dle svého vyjádření dospěla k poznání ohledně souvislostí mezi jídlem a svými pocity (*„Terapie mi nabízela souvislosti mezi vztahem k otci, k partnerovi a bulimií. Pochopila jsem, že prostřednictvím jídla jsem kompenzovala to, co mi scházelo ve vztahu k otci a k partnerovi – náklonnost, citovou vřelost, naplnění.“*). Pro své zaujetí nenaplněnými vztahy si Jana nepřipouštěla možnost hledání jiného vysvětlení onemocnění bulimií (*„Byla jsem natolik zaujatá - možná až posedlá - symbolickým významem bulimie jako nenaplněného vztahu k muži, teda otci a partnerovi, že jsem vůbec neuvažovala nad hledáním jiného možného vysvětlení nebo významů. I když v terapii tyto směry k hledání naznačený byly.“*); ani o vztahu k matce v této souvislosti neuvažovala (*„Vztah k mámě jsem jako příčinu nevnímala, ve vztahu k mámě jsem nepotřebovala kompenzovat nic.“*).

Otce zmiňuje v souvislosti s úvahami o příčinách svého tehdejšího onemocnění anorexií rovněž **Lucie**, byť se v jejím případě jedná o zcela jiný kontext než v případě Jany („*Tenkrát mnou skutečně hnula tátova poznámka o mém velkém pozadí. A já jsem konečně znala pravdu: muži chtějí štíhlý ženy. Hubla jsem nejen kvůli sobě, ale taky kvůli tátovi.*“). Otcovu konstatování Lucie přikládala rozhodující význam („*Koneckonců, řekl to táta. To pro mne bylo určující.*“) a jak sama uvádí, patrně v něm spatřovala i další sdělení („*Asi jsem tenkrát v tý jeho poznámce hledala i recept na fungující vztah s otcem.*“). Zcela jiný názor ohledně příčin má však Lucie v souvislosti s přejídáním („*Když nad tím tak uvažuju, tak jsem se vlastně přejídala z nudy.*“).

Jak sama **Kamila** uvádí, zpočátku byla o příčině bulimie, a sice snaze nahradit jídlem alkohol, takřka přesvědčena („*Tenkrát jsem si byla skoro jistá, že příčinou bulimie je snaha nahradit jídlem nebezpečnej alkohol, protože jsem nechtěla skončit jako máma.*“), skutečnou podstatu svého onemocnění si však uvědomila teprve během hospitalizace v psychiatrické léčebně („*Teprve až v léčebně jsem si spoustu věcí poskládala dohromady. Uvědomila jsem si, že ne snaha o nahrazení alkoholu, ale snaha a potřeba zmírnit všechny ty pocity z prázdnoty života jsou skutečnou podstatou, příčinou bulimie.*“). Obdobně jako Jana si Kamila nepřipouštěla možnost jiného náhledu na své onemocnění („*V léčebně jsem měla možnost mluvit o různých tématech, ale já jsem o důvodech své bulimie měla jasno. Vůbec jsem neuvažovala o tom, že bych zkusila najít jinou příčinu nebo vysvětlení.*“), o možných příčinách tehdy neuvažovala ani v souvislosti se vztahy k rodičům („*Ani to, jak vypadaly moje vztahy k rodičům, jsem nepovažovala za možnou příčinu.*“).

Z **Editina** pohledu byla příčinou její první anorexie touha po projevech zájmu, uznání a ocenění ze strany rodičů („*Co mě k anorexii přivedlo, to jsem věděla moc dobře. Chtěla jsem, aby mi rodiče dávali najevo zájem, aby mě taky chválili, za něco uznávali – tak jako Ivet. Přála jsem si být na jejím místě, aby se mi taky dostávalo takový pozornosti.*“), o správnosti svého názoru byla tehdy Edita přesvědčena, necítila potřebu nahlédnout na své onemocnění jinak („*Já jsem moc dobře věděla, co stálo za mou anorexií. Nepotřebovala jsem přemýšlet o tom, jestli ta příčina není náhodou v něčem jiným. Tenkrát jsem stejně na žádnou psychoterapii nechodila.*“). Příčiny druhé

anorexie tehdy Edita spatřovala na straně sebe sama („*Já jsem tenkrát všechno posuzovala podle úspěchu nebo neúspěchu. Měla jsem vůči sobě velký očekávání, věděla jsem, že si nemůžu dovolit zklamat. Abych mohla být sama se sebou spokojená, potřebovala jsem všechno dotáhnout do konce, a to perfektně. Tak jsem hledala nějakou jistotu, kde jsem věděla, že nezklamám – vydržet nejíst.*“), současně však přemítala nad významem vztahu k oběma rodičům („*Tenkrát jsem přemýšlela i nad tím, jakou roli by na vzniku mé druhé anorexie mohl hrát vztah k tátovi nebo k mámě.*“). Oproti charakteristikám své osobnosti, jejichž rolí na vzniku anorexie si byla téměř jista, v tomto případě odpověď stále hledala („*Ve vztahu k tátovi jsem cítila něco jako odloučení, možná to trvalo ještě z dětství. Ale příčinnou souvislost jsem v tom tenkrát neviděla. Tu jsem spíš, když už, viděla ve vztahu k mámě – i když úplně jistá jsem si tím tenkrát nebyla.*“). Zásadní vliv informací - které o PPP v té době měla - na názor týkající se příčin druhé anorexie sama Edita zpochybňuje („*Nemyslím si, že by mě tenkrát v úvahách nad příčinami druhé anorexie nějak zásadně ovlivnilo to, co jsem o PPP věděla – respektive co jsem věděla o příčinách těch poruch.*“), co ji vedlo k úvahám o vztahu k matce jako o možné příčině, zdůvodňuje v souvislosti se zkušeností z období první anorexie („*Nad vztahem k mámě jako možnou příčinou jsem spíš uvažovala proto, že od doby první anorexie jsem s ní – dalo by se říct – neustále tak nějak bojovala.*“).

V souvislostech se vztahem k otci a partnerovi tehdy nahlížela na příčiny tří onemocnění anorexií také **Markéta**, obdobně jako tehdy Jana na příčiny své bulimie; dle Markétina tehdejšího názoru byla příčinou jejího prvního onemocnění anorexií touha po otcově lásce a náklonnosti („*Tehdy jsem měla pocit, jakoby se mi táta vzdaloval. On mi byl sice nablízku fyzicky, ale v citové rovině mi byl strašně daleko. Chtěla jsem vrátit minulost, aby mi jeho láska a náklonnost patřily tak, jako kdysi. Tehdy jsem byla přesvědčená o tom, že když budu odmítat jídlo, že mě za to táta bude mít zase rád.*“). Obdobný pohled měla Markéta na příčiny své druhé anorexie („*Tenkrát jsem věděla, že se opakuje stejná situace. Věděla jsem, že k anorexii mě opět dovedla touha po lásce ze strany otce.*“); dle jejího tehdejšího přesvědčení byla otcova láska nedostupnou a její zisk něčím podmíněn („*Brala jsem to tak, že jakýkoli projev citu ze*

strany otce si musím zasloužit, že pro to, abych mohla získat jeho náklonnost a lásku, musím něco udělat. Něco za něco.“). Naproti tomu ve vztahu k matce Jana obdobné pocity neměla (*„Nikdy jsem neměla pocit, že o cit z matčiny strany musím usilovat. Ale že by mi matka mohla nahradit tolik postrádanou lásku a náklonnost ze strany otce, to nešlo.“*). Rovněž vznik třetí anorexie si Markéta tehdy vykládala v souvislosti s touhou po citu; nikoli však již ze strany otce, nýbrž ze strany partnera (*„V třetí anorexii v mých devatenácti letech jsem zase viděla důsledek touhy po lásce, uznání a náklonnosti. Ale už ne ze strany otce, ale ze strany partnera.“*). Stejně tak byla opět přesvědčena, že partnerovu – nedostupnou - lásku si musí zasloužit (*„Partner jako muž mi patřil, ale nepatřila mi jeho láska v takové podobě, ve které jsem ji chtěla já. Tu, po které jsem toužila, tu jsem si opět musela zasloužit.“*). Jak Markéta sama uvádí, podnětem k zahájení psychoterapie bylo až poslední onemocnění anorexií (*„Teprve třetí vlna anorexie pro mne byla natolik silným podnětem, abych si mnohé věci - pro mne zásadní - začala urovnávat za pomoci psychoterapie.“*); od psychoterapie očekávala především utvoření si ucelenějšího pohledu na svou situaci, nikoli změny v nahlížení na svá opakovaná onemocnění (*„Jen jsem si potřebovala všechno to, co bylo roztržité, poskládat dohromady. Já jsem věděla přesně, co stojí na pozadí každého mého onemocnění anorexií. Proto jsem na ně nechtěla nahlížet z jiného pohledu, abych si uvědomila jiné souvislosti.“*).

4.1.3 Soudobé subjektivní vnímání vlastního onemocnění PPP

4.1.3.1 Současné stanovisko k pravděpodobným příčinám onemocnění poruchou příjmu potravy včetně interpretace onemocnění optikou respondentek

Značná různorodost charakterizovala výpovědi respondentek týkající se současného pohledu na příčiny jejich onemocnění. V některých případech dospěly respondentky k výrazným názorovým změnám, v jiných se naopak přikláněly ke správnosti tehdejšího přesvědčení. Častým tématem, respondentkami zmiňovaným v souvislosti s příčinami anorexie nebo bulimie, byl vztah k otci.

Jana v současném náhledu na příčiny své tehdejší bulimie zmiňuje roli sebe sama (*„Dnes jsem schopná si připustit, že určitej, a ne zrovna nevýznamej, podíl na příčině svý tehdejší bulimie mám já sama.“*), kriticky hodnotí tehdejší upnutí se na vztah k otci jako příčině onemocnění (*„Uvažovala jsem v povrchních souvislostech, když jsem ze svýho pohledu nenaplněnej vztah k tátovi povýšila na zdroj svých problémů – což byl ten nejhorší důsledek mojí nekritičnosti.“*). V jakém ohledu však Jana svůj názor nezměnila, je hodnocení vztahu k matce (*„Ve vztahu k mámě jsem nikdy příčinu bulimie neviděla. A to se nezměnilo. Ve vztahu k ní mi cit nechyběl.“*). Jak sama uvádí, přehodnotila priority; nesoustředí se na minulost, nýbrž na přítomnost (*„Stále docházím na sezení k psychologovi, ale změnila jsem žebříček hodnot. Už urputně nehledám příčiny problémů, nesnažím se o to vysvětlit si svý dřívější jednání. Namísto toho mluvím o přítomnosti.“*).

Naproti tomu **Lucie** jednoznačné stanovisko nezastává; jak sama podotýká, v této věci se stále cítí nejistá (*„Dodneška se s tím peru, mám z toho v hlavě zmatek.“*). Přestože Lucie o příčině svého onemocnění anorexií stále uvažuje v souvislosti s nevlastním otcem, v porovnání se svým dřívějším názorem již není tak radikální (*„Hubnout jsem sice začala díky tátově konstatování o mým širokým pozadí, ale vlastně už předtím jsem věděla - a všude viděla - že je potřeba bejt hubená, abych něco znamenala. A táta mi to už jen potvrdil. Takže já mu vlastně nemám mít co za zlý.“*). Ve

vztahu k nevlastnímu otci však Lucie zmiňuje další podstatné téma („*Nevlastnímu tátovi, když už, bych mohla vyčítat spíš to, že mi neukázal mužskej pohled na svět. Taky nevím, jak si mám představit budoucího partnera, jestli by měl bejt třeba jako táta. Protože vlastně ani nevím, jak je on sám.*“). Zcela jinak se ovšem Lucie vyjadřuje o názoru na příčiny svého tehdejšího přejídání; v tomto případě svůj názor oproti tehdejšímu nikterak nezměnila („*Na příčinu svého tehdejšího přejídání se dívám stále stejně, v tom se časem nic nezměnilo. Já jsem se přejídala vyloženě z nudy, pocitu prázdnoty.*“). Přestože Lucie zcela neodmítá úvahy nad tehdejší možností volby k zahánění nudy, dle jejího názoru jsou zbytečné („*Tak určitě bych se mohla ptát, proč jsem nudu zaháněla zrovna přejídáním a ne jinak, čím bych dosáhla stejného výsledku. Ale podle mne je to už dneska úplně zbytečný. Nemyslím si, že by to mělo nějaký význam.*“).

Přestože vztah s matkou **Kamila** promítá do závislosti na alkoholu, za příčinu své bulimie – stejně tak jako Jana - jej nepovažuje („*Vztah s mámou bych za příčinu nebo jednu z příčin mý bulimie nepovažovala. To samý ale nemůžu říct v souvislosti s alkoholem, se závislostí na alkoholu.*“). Dle Kamily nespočívá příčina jejího onemocnění bulimií ani v touze po štíhlé postavě („*Touhu po štíhlosti na pozadí své tehdejší bulimie nevidím. Nikdy jsem neuvažovala tak, že bych si bulimií dopomohla k lepší postavě.*“). V souvislosti se vztahem k otci, kterého nikdy nepoznala, se Kamila zmiňuje o důsledcích pro partnerský vztah, obdobně jako Lucie („*Nepřítomnost táty v dětství mě poznamenala v přístupu k mužům. Dodneska přesně nevím, jakýho muže vlastně hledám.*“). Pro Kamilu, obdobně jako tehdy pro Janu, je téma vztahu k otci stěžejní; v souvislosti s ním si vysvětluje své tehdejší onemocnění bulimií („*Dneska si to vysvětluju tak, že bulimií jsem se snažila kompenzovat tu prázdnotu ve svém životě, kterou způsobovala nepřítomnost táty. Jen tenkrát jsem to vnímala jako neurčitej pocit toho, že můj život nemá vůbec žádný smysl.*“). O svém přesvědčení Kamila nepochybuje, důkazem je pro ni celkové zlepšení situace („*Tím, že jsem si během terapie u psychologa tohle všechno sama pro sebe vyjasnila – to, co se týká vztahu k tátovi – se všechno zlepšilo. Nemám tak důvod myslet si, že příčina je jinde.*“). Rovněž k souvislosti mezi závislostí na alkoholu a bulimií dnes Kamila zaujímá jednoznačnější

postoj („*Závislost na alkoholu byla způsobem, jakým jsem řešila problémy, nebo před nima spíš utíkala. A bulimie byla odpovědí na moje marný hledání táty, který jsem si tenkrát vysvětlovala jinak. Prostě jak závislost na alkoholu, tak bulimie vycházely z jiných příčin. Proto se mi taky asi nedařilo jídlem nahradit alkohol, jak jsem tenkrát chtěla.*“).

Editin náhled na její první onemocnění anorexií se ani s odstupem času nezměnil („*Vím, co bylo příčinou mojí první anorexie a na to jsem názor nezměnila.*“), odlišný je však její názor na pravděpodobné příčiny druhé anorexie; oproti tehdejšímu názoru se dnes staví jednoznačněji ke vztahu vůči matce („*Myslím si, že právě skutečnost, že jsem dlouhodobě nevycházela s mámou, měla vliv na to, že se u mne anorexie projevila podruhé. Stejně tak jako to, že jsem vůči sobě měla nepřiměřený požadavky, chtěla jsem být ve všem dokonalá.*“), příčinu spatřuje konkrétně ve snaze vymanit se z matčina vlivu („*Mezi mnou a mámou nebyla žádná harmonie, moc jsme spolu nemluvily, vlastně ani nebylo o čem. Ale i tak jsem cítila, že mě máma neustále ovládá, že o mně musí neustále rozhodovat. Myslím, že příčinou byla moje snaha mámě se vzepřít, vymanit se z toho jejího vlivu.*“). Zcela opačně Edita nahlíží na vztah k otci; tento naopak do souvislostí s příčinami svého onemocnění nepromítá („*Můj názor je ten, že vztah k tátovi a anorexii bych nedávala do souvislosti.*“).

Obdobně jako se ani s odstupem času nezměnil Editin náhled na její první anorexii, tak se oproti tehdejšímu nijak nezměnil ani **Markétin** současný názor týkající se příčin jejího opakovaného onemocnění anorexií („*I dnes, po několika letech, mluvím o příčinách všech onemocnění anorexií stále stejně.*“). Tak jako Kamila v případě své bulimie, rovněž Markéta ve svém případě neuvažuje o příčině spočívající v touze po štíhlé postavě („*Do svých onemocnění anorexií jsem nikdy nepromítala třeba touhu po štíhlé postavě. A tuhle souvislost nevidím ani dnes.*“). O možné příčině – stejně jako Jana s Kamilou v případě bulimie - neuvažuje ani v souvislosti se vztahem k matce („*Stejně tak jsem si dodneška neuvědomila jediný důvod, proč bych měla za příčinu své opakované anorexie považovat jakoukoli část vztahu k matce.*“). Ve svém současném náhledu Markéta poukazuje na detailnější poznání kontextu tehdejší opakované anorexie („*Mnohem detailněji jsem pochopila i celý kontext mého opakovaného*

onemocnění anorexií.“); v této souvislosti se o anorexii zmiňuje jako o prostředku sloužícím k vynucování a sebetryznění, stejně jako o prostředku bránícím dospět v ženu („Nejen, že jsem anorexii používala jako prostředek, skrze který jsem si mohla vynutit otcovu, a později i partnerovu, náklonnost a lásku. Anorexie byla i prostředkem k sebetryznění. A v poslední řadě byla anorexie i prostředkem k tomu, jak se přiblížit zpět k době, kdy mi láska otce patřila – skrze odmítání jídla jsem se bránila tomu, abych dospěla v ženu.“). Jak Markéta uvádí, ke zmiňovaným vysvětlením vzhledem ke své tehdejší situaci dospěla až časem („O takovýchto pohledech na anorexii jsem také četla v knížkách, věděla jsem o nich již v době před vznikem mé druhé a třetí anorexie. Ale sama k sobě jsem si tahle vysvětlení dokázala vztáhnout až časem. Možná to bylo i díky psychoterapii, kdy jsem si postupně rovnala spoustu nedořešených věcí.“). V souvislosti s příčinami své opakované anorexie rovněž uvažuje nad rolí vlastní osoby („Dneska bych asi mohla i říct, že příčina anorexie je tak trochu i ve mně samotné. Kdybych se tehdy nedomnívala, že pro lásku musím něco obětovat...“); přesto všechno však touze po lásce a náklonnosti přisuzuje stěžejní význam („Ale i tak to stále nemění fakt, že touha po lásce a náklonnosti byla tím hlavním, nejvýznamnějším.“).

4.1.3.2 Zaujímání stanoviska k pravděpodobným příčinám onemocnění poruchou příjmu potravy optikou respondentek

Přestože si všechny respondentky v průběhu času uvědomovaly jisté - a pro ně samotné významné - skutečnosti, a dospěly tak k různorodým poznáním, ne vždy však tato poznání měla za následek změnu v názoru na příčiny jejich onemocnění. Respondentky poukazovaly především na význam terapií, které jim nejen že napomáhaly vidět jimi určená témata v jiných souvislostech, ale rovněž jim zprostředkovávaly i pocit podpory.

Jana poukazuje na názorovou změnu vlivem času, dle svého vyjádření si postupně uvědomovala význam vlastní odpovědnosti za své problémy, tedy i za problém zvaný bulimie (*„S odstupem času jsem dospěla k naprosto jinému názoru. Poznala jsem, že příčinu svých problémů – včetně bulimie – musím začít hledat u sebe, ne na straně ostatních.“*). Jak sama uvádí, nejvýznamnějšího poznání učinila ve vztahu k otci (*„Nejdůležitější ale bylo, že jsem si uvědomila spoustu věcí ve vztahu k tátovi. A přiznávám, že to nebylo zrovna příjemný.“*); v této souvislosti Jana poukazuje na vmanipulování jeho osoby do určité role, bez respektování jeho stanoviska (*„Až časem jsem si uvědomila, že jsem ho do té role viníka vlastně dotlačila, když jsem ho nutila k účasti na terapiích. A to bez toho, abych brala v úvahu jeho postoj k mému onemocnění – vlastně ani nevím, jak se k tomu stavěl.“*). Jak však poznamenává, terapie pro ni byly pouze podporou, nikoli přednastavenou cestou k uvědomění si důležitých skutečností (*„Terapie mi žádnou cestu předem neukazovaly, jen mi napomáhaly v porozumění toho, co bylo důležité pro mne samotnou. Byla to jen taková podpora k tomu, abych si to hlavní dokázala uvědomit sama.“*).

Pro **Lucii** osobně měly velký význam konzultace s psycholožkou (*„Hodně mi pomáhaly konzultace s psycholožkou. Vlastně to byl jedinej způsob, jak jsem mohla mluvit o tom, co jsem pokládala za významný.“*), které jí napomáhaly vidět možné pozadí anorexie v jiném světle (*„Ale hlavně jsem začínala vidět jiný souvislosti, když jsem se sama sebe ptala, proč jsem určitý věci tenkrát viděla zrovna tak, jak jsem je*

viděla.“). Jak Lucie sama poznamenává, o svém tehdejší přesvědčení tak začala pochybovat (*„Tenkrát jsem si myslela, že znám moc dobře pozadí své anorexie. Jenže najednou jsem se na to mohla podívat z jiného úhlu a říkala jsem si, jestli jsem se tenkrát ve svých závěrech nějak neunáhlila.“*).

Z **Kamilina** pohledu to byla právě potřeba zabývat se vztahem k otci, která pravděpodobně ovlivnila úvahy týkající se příčin bulimie (*„Bylo období, kdy jsem se potřebovala intenzivně zabývat vztahem ke svému tátovi, kterýho jsem nikdy nepoznala. A to mělo, myslím si, zásadní vliv na to, jak jsem zase začala uvažovat o příčinách bulimie.“*). Sezení s psychologem Kamile napomáhala v hlubším pochopení pocitů (*„Během sezení s psychologem jsem rozebírala pocity, který pramenily právě z touhy po tom srovnat si v hlavě vztah k tátovi.“*); přestože byly Kamile k dispozici teorie vysvětlující příčiny bulimie odkazem na vztah otce a dcery, ta se s nimi dle svých slov neztotožňovala (*„Tím, jak jsem se zaobírala vztahem otce a dcery, jsem se dostala k různým teoriím, který vysvětlovaly příčiny bulimie právě v souvislostech s tímhle vztahem. Ale já jsem se v těch teoriích neviděla – jak bych taky mohla, když jsem ani přesně nevěděla, jakéj táta vlastně je.“*).

Edita v souvislosti se zaujímáním názoru na pravděpodobné příčiny svého opakovaného onemocnění anorexií zdůrazňuje význam vlastní zkušenosti (*„To, jak jsem svou první i druhou anorexií viděla já sama, jak jsem to všechno vnímala, tak to pro mne bylo tím hlavním, z čeho jsem vycházela.“*). O příčinách své první anorexie neměla důvod pochybovat (*„Já jsem věděla, co bylo příčinou. Mě nemělo co přesvědčovat. Ani s odstupem času jsem pro to neviděla důvod, abych hledala jiný souvislosti.“*), naopak v souvislosti s příčinami druhého onemocnění anorexií poukazuje na určitou změnu názoru v průběhu času, obdobně jako Jana v případě své bulimie (*„Můj názor na důvody příčiny anorexie se ale měnil, procházel určitým vývojem. Ne že bych zpochybňovala svůj tehdejší příliš zodpovědný přístup, to určitě ne. Ale mnohem větší význam jsem postupně přikládala vztahu s mámou.“*); jednu z příčin druhé anorexie spatřovala ve snaze o vymanění se z matčina vlivu (*„Pro mne ta snaha o vymanění se z mámina vlivu nabyla takovýho významu, že jsem v ní viděla další důvod druhý anorexie.“*). Edita ve svém názoru, který na příčiny druhé anorexie zaujala,

zpochybňuje jak vliv léčby, tak vliv informací, které o PPP v té době měla („*I když jsem s odborníky mluvila o rodině i o sobě, nemyslím si, že by mě to navedlo k tomu, abych o příčinách uvažovala tímhle směrem. Ani to, co jsem o PPP dosud věděla, pro mne, myslím, nebylo žádným vodítkem.*“), poukazuje především na význam vlastní zkušenosti („*Na příčiny mojí anorexie jsem měla svůj názor, kterej vycházel z vlastní zkušenosti.*“).

Pro **Markétu** osobně, obdobně jako pro Lucii, měla velký význam psychoterapie; dle svých slov si tak ujasňovala věci, které si po několik let nedokázala ujasnit sama („*O samoléčbu - pochopení vlastních pocitů a myšlenek - jsem se pokoušela několik let. Přečetla jsem spoustu knížek a čekala jsem, že objevím vysvětlení toho, proč mám ve vztahu vůči otci takové pocity. A právě v tomhle ohledu pro mne hodně znamenala psychoterapie.*“). Obdobně jako si Jana ujasnila mnohé věci ve vztahu k otci, rovněž Markéta změnila způsob vnímání vztahu mezi ní a otcem („*Pochopila jsem několik významných skutečností, rozpoznala jsem několik podstatných bloků a díky tomu jsem si vytvořila nový vzorec vnímání vztahu mezi mnou a otcem.*“), v důsledku čehož začala vnímat jinak rovněž vztah partnerský („*A tím pádem i vztahu partnerského, protože jsem pochopila, že vztah k otci nemůžu nepromítnout do vztahu k partnerovi.*“). Změna nastala dle Markéty rovněž ve vztahu k vlastní osobě; sebe samu začala vnímat jinak („*Časem, díky terapiím, jsem si uvědomila, jak jsem celou tu dlouhou dobu potlačovala svou jedinečnost. Jak jsem ji obětovala právě touze a snaze o zasloužení si lásky. Právě tohle uvědomění bylo podnětem k tomu, abych na sobě začala pracovat; ne pro někoho, ale sama pro sebe.*“).

4.1.4 Rodinné prostředí

4.1.4.1 Změny v rámci rodinného prostředí vlivem onemocnění poruchou příjmu potravy optikou respondentek

O změnách v rodinném prostředí se respondentky vyjadřovaly velmi různorodě. A to jak z hlediska významnosti, tak z hlediska vztahu k jednotlivým rodinným příslušníkům. Častým tématem, které se ve výpovědích respondentek objevovalo, byla komunikace.

Z pohledu **Jany** jsou to zásadní změny právě ve vztahu k otci, které vyplývají ze situace kolem její tehdejší bulimie; v této souvislosti zmiňuje především pocit uvolnění (*„Zásadní změnu vidím ve vztahu s tátou. Tam cítím neskutečný uvolnění, to je snad přímo hmatatelný.“*). Důvod této skutečnosti Jana spatřuje ve změně svého názoru na pravděpodobnou příčinu bulimie (*„Díky tomu, že jsem si konečně všechno vyjasnila a přiznala si i svou vinu za moji tehdejší bulimii, tak jsem tátovi konečně přestala ubližovat.“*). Přestože se Jana dodnes pro tehdejší názor ve vztahu k otci obviňuje (*„Já jsem ale výčitky svědomí stejně mít nepřestala, dodneška je mi strašně líto, že jsem tátovi tak ublížila.“*), on sám se dle jejích slov k celé záležitosti staví s nadhledem, bez jakýchkoli výčitek v souvislosti s minulostí (*„Táta se ale k tomu všemu staví s nadhledem, bere to hodně volně, jako kdyby se nic moc nestalo. Přesto všechno, co jsem mu provedla, mi dneska nic nevyčítá, nemá mi to za zlé. Z ničeho mě neobviňuje, i když by na to právo měl.“*). Změny ve vztahu k otci měly z pohledu Jany rovněž vliv na její vztah s matkou (*„To, že jsem si urovnala pocity ve vztahu k tátovi, mělo dopad taky na vzájemnej vztah s mámou. Nedělá si tolik starostí, řekla bych, že je vůči mně otevřenější.“*).

Z **Lucčina** pohledu je možné největší změnu zaznamenat právě na straně nevlastního otce (*„Myslím si, že největší změny v rámci naší rodiny paradoxně dosáhl táta. Nevím sice, jakej názor zastává teď - to se můžu jenom domnívat - ale chtělo by se mi věřit tomu, že už opustil teorii o mým odmítání jídla jako o dočasným pubertálním“*

rozmaru, protože jsem od něj už dlouho nic takového neslyšela.“), i když problémy ve vzájemné komunikaci dle jejích slov stále přetrvávají („*Naše vzájemná komunikace se ale oproti dřívějšímu směrem k lepšímu nijak zásadně nehnula, stále funguje jen na jakýsi formální úrovni.*“). Problémy jsou podle Lucie zřetelné také ve vztahu nevlastního otce a bratra („*Co mě ale mrzí mnohem víc, je fakt, že na formální úrovni spolu dneska komunikují taky táta s bráchou.*“), za které se Lucie cítí zodpovědná („*Já si vyčítám, že brácha má kvůli mně zkažený vztah s tátou, ale on mě zase ujišťuje, že kdyby táta o pohodovější vztah vážně stál, tak by se takhle nechoval...*“). Naopak z matčiny strany se podle Lucie mnohé nezměnilo („*Máma stále udržuje dobré vztahy s tabletkama na uklidnění, takže v tomhle ohledu se taky mnohý nezměnilo. Stejně jako to, že cestu jsme k sobě my dvě taky ještě nenašly.*“), snad až na jednu výjimku („*Ve vztahu k bráchovi je máma naštěstí vstřícnější, ale je třeba to jakžtakž udržet v tajnosti před tátou – nikdo neví, jak by mohl zareagovat.*“). Jak Lucie sama uvádí, problematičtější je v rámci rodiny především vzájemná komunikace („*Rodinná situace by se dala popsat tak, že každé z nás by sice chtěl dalším něco říct, ale bohužel si to vzájemně mezi sebou sdělit nedokážeme. Navíc si myslím, že moje anorexie tohle všechno jenom umocnila.*“), která je dle jejího názoru také příčinou přetrvávajícího odměřeného postoje rodičů („*Nemůžu říct, že bych ze strany rodičů cítila podporu. Nevidím jakejkoli náznak toho, že by při mně stáli a věřili mi, že to všechno jednou zvládnou. Myslím, že je to i kvůli té špatné komunikaci.*“)

Změnu ve vztahu s matkou, oproti Lucii, však popisuje **Kamila** („*Nejpodstatnější změny, ke kterým došlo, jsou určitě změny ve vzájemném vztahu s mámou.*“). Jak v této souvislosti uvádí, matčin postoj se stal doslova odmítavým („*I když jsem se snažila mámu ujistit, že jí nic ohledně své tehdejší bulimie nevyčítám, nepřineslo to výsledek, ve kteréj jsem doufala. Spíš naopak. Mám pocit, že se mi máma vyhýbá ještě víc než předtím, že mě doslova odmítá.*“). Kamila je z matčina chování zmatená, neví, jak by si jej měla vyložit („*Nevím, jestli si mám její chování vykládat jako odmítání ze vzteku nebo jestli to mám brát jako projev výčitek svědomí, kdy se třeba cítí provinile za to, co způsobila. Ale že si nemá co vyčítat, o tom jsem jí ujišťovala.*“). Rovněž vůči starší sestře, jak Kamila sama uvádí, se matka chová

obdobně („Podobně se chová i k sestře, se kterou přece jen vždycky vycházela líp než se mnou. Jakoby se jí chtěla mstít za to, že mě po celou tu dobu podporovala, že stála na mé straně.“). Na pozitivní změny – trvající dodnes - naopak poukazuje ve vztahu ke starší sestře („Můj vztah k sestře se během léčby prohloubil, mám takovej pocit intenzivní vzájemnosti, a to i teď, s odstupem času. Sestra mi hodně pomohla, má hlavní zásluhu na tom, že jsem všechno zvládla.“). Ve stejných termínech se však Kamila nevyjadřuje o změnách ve vztahu ke staršímu bratrovi; zde si totiž neuvědomuje změnu žádnou („Jedině ve vztahu k bráchovi si neuvědomuju, že by se něco změnilo. Od té doby, co se odstěhoval, jsme se viděli jen sporadicky, moje závislost na alkoholu a bulimie se ho vlastně dotýkaly nejmíň.“).

Obdobně jako Kamila, rovněž **Edita** poukazuje na nejvýraznější změny v souvislosti se vztahem k matce; oproti Kamile však vyzdvihuje návrat k situaci, která mezi ní a matkou byla před opětovným návratem anorexie („Co se změnilo oproti období mého druhý anorexie, je vztah s mámou. Ta změna spočívá v tom, že se všechno tak nějak vrátilo do předešlých kolejí. Zase bojuju o svůj prostor, nemám potřebu mámě něco sdělovat. Ta strohá vzájemná komunikace je naopak prostředkem k tomu, jak si můžu ubránit své soukromí.“). Dle Edity jsou to právě rozdílná očekávání každé z nich, která způsobují napětí („Mám pocit, že neplním určitý mámina očekávání. Jakoby mi máma předem nalinkovala cestu a já se tohohle směru nedržela. A to způsobuje to napětí.“). O změnách se Edita vyjadřuje také ve vztahu k sestře, tyto jsou dle jejího názoru zapříčiněny věkem („Vztah s Ivet se posunul do trochu jiný roviny, naše vzájemný pochopení jedna pro druhou je taky jiný, ale myslím, že ty změny jsou daný věkem.“). Zcela odlišné pocity - v porovnání s těmi, které vyplývají ze vztahu k matce – zmiňuje Edita ve vztahu k otci („Vůči tátovi nemám takovou potřebu bojovat za svůj prostor, z jeho strany nemám pocit nějakýho tlaku. Nemám, pocit, že by mi předem určil nějaký směr a trval na tom, abych se ho držela.“).

Pro **Markétu** osobně nastala evidentní změna ve vztahu k oběma jejím rodičům („Z mého pohledu je změna evidentní ve vztahu k oběma rodičům, a to i přesto, že vztah k otci pro mne v souvislosti s anorexií hrál významnější roli.“). Změna ve vnímání vztahu s otcem se projevila nejen v Markétiných odlišných pocitech, ale rovněž ve

způsobu komunikace („*Ve vztahu k otci jsem svobodnější, ale současně z tohoto vztahu cítím jistotu a bezpečí. To všechno mi umožnilo naučit se s otcem komunikovat.*“); dle Markéty nastaly změny taktéž na straně otce („*Myslím, že i otec tyhle změny zaznamenal. Z jeho strany vidím nejvýraznější změnu ve způsobu komunikace.*“). Na změnu v souvislosti se způsobem komunikace Markéta poukazuje rovněž ve vztahu s matkou („*Způsob komunikace se změnil také v našem vzájemném vztahu s mámou. Je mnohem uvolněnější. A toto uvolnění v komunikaci se přeneslo celkově do našeho vztahu.*“); v jejich vzájemném vztahu je dle jejích slov větší soulad („*Mezi mnou a mámou je větší harmonie, mám pocit, že díky tomu jsme se naučily naslouchat jedna druhé.*“). Z Markétina pohledu se změny dotkly rovněž partnerského vztahu, důvodem jsou dle jejího názoru změny ve vnímání vztahu s otcem („*Změny se také – i když nepřímou – dotkly mého současného partnerského vztahu. To, co jsem pochopila ve vztahu k otci, jsem také pochopila ve vztahu k partnerovi, a díky tomu mohu tento vztah vnímat jako zdroj podpory.*“).

4.1.4.2 Rodinné prostředí jako zdroj informací o problematice PPP optikou respondentek

Ani jedna z respondentek nepoukazovala na rodinné prostředí jako zdroj informací o problematice PPP; pouze jedna respondentka zmiňovala matčiny výhrůžky týkající se mentální anorexie. Ve výpovědích některých respondentek zaznívala pochybnost v souvislosti s možnými úvahami rodičů nad rizikem vzniku poruchy příjmu potravy.

Jak sama **Jana** uvádí, rodinné prostředí po ni nebylo zdrojem informací o PPP („*Nezpomínám si na to, že by se u nás doma o PPP mluvilo.*“), dle jejího názoru rodiče o možnosti onemocnění některou z PPP pravděpodobně neuvažovali („*Myslím, že rodiče vůbec nenapadlo, že by k něčemu takovému vůbec někdy mohlo dojít.*“). Obdobně jako Jana se o rodinném prostředí jako zdroji informací o PPP vyjadřuje **Lucie** („*O anorexii nebo bulimii snad doma nepadlo jediný slovo.*“); dle svých slov

zpochybňuje jakékoli zaměření se na téma PPP (*„Když už se doma o nějakých problémech mluvilo – což bylo opravdu sporadicky – tak to rozhodně nebylo na téma anorexie nebo bulimie.“*).

Taktéž **Kamila** poukazuje na absenci informací o PPP, které by získala v rodinném prostředí. Jak sama uvádí, o problematice PPP nehovořila ani s matkou (*„S mámou se sotva dalo mluvit o běžných věcech, natož o PPP. Tím spíš, když měla to svý alkoholový období.“*) a ani se sestrou (*„Ani se sestrou, než se odstěhovala, jsem se o těchle poruchách nebavila.“*).

Ani **Edita** se nezmiňuje o věnování se tématu PPP v rámci rodinného prostředí (*„Pokud vím, tak doma jsem s mámou anorexií nebo bulimií neprobírala. No a s tátou bych se o něčem takovém stejně ani nebavila.“*), obdobně jako Jana zpochybňuje, že by rodiče o možnosti vzniku poruchy příjmu potravy uvažovali (*„Já si stejně myslím, že naši tehdy o možnosti takových problémů někdy do budoucna ani neuvažovali.“*).

Markéta v této souvislosti poukazuje na matčiny občasné – jak sama uvádí - výhrůžky týkající se anorexie (*„Nejsem si jistá, do jaké míry se dá tvrdit, že mamka se mnou na téma anorexie a bulimie občas zavedla řeč. Spíše to byly jen takové občasné výhrůžky, že dopadnu jako ty anorektičky, jestliže se v tom jídle budu neustále jen tak vrtat.“*), ovšem poukazování na skutečné nebezpečí PPP prostor pravděpodobně dán nebyl (*„Ale aby mi někdy vyloženě vysvětlila, jakým nebezpečím PPP skutečnou jsou, na to si nevzpomínám. Možná to ani nepokládala za důležité.“*).

4.2 Rodinní příslušníci osob trpících poruchami příjmu potravy

Ve skupině rodinných příslušníků osob trpících PPP se jednalo o následující tematické okruhy:

- 1) Okruh *Obecný názor na problematiku PPP* byl koncipován do dvou časových rovin – období konfrontace s diagnózou dceřina/sestřina onemocnění PPP a období současného. Patří sem tehdejší informovanost, tehdejší a soudobý postoj respondentů k problematice PPP, významné faktory, které byly z jejich pohledu pro zaujmutí soudobého stanoviska podstatné.
- 2) V rámci okruhu *Tehdejší subjektivní vnímání dceřina/sestřina onemocnění PPP* vyplynuly subjektivně viděné příčiny nemoci, popis okolností a faktorů vedoucích k zaujmutí daných stanovisek.
- 3) Okruh *Soudobé subjektivní vnímání dceřina/sestřina onemocnění PPP* obsahoval popis soudobého postoje k tehdejšímu/přetrvávajícímu onemocnění včetně popisu okolností názorových změn.
- 4) V okruhu *Rodinné prostředí* jsou zmapovány případné změny – a jejich dopad – v rámci rodinného prostředí vlivem onemocnění PPP.

Autentické výpovědi jednotlivých rodinných příslušníků jsou uváděny v závorce kurzívou.

4.2.1 Obecný názor na problematiku PPP

4.2.1.1 Informovanost o problematice PPP včetně pohledu na tuto problematiku v době konfrontace s diagnózou dceřiny/sestřiny poruchy příjmu potravy optikou rodinných příslušníků

Rozdílné byly výpovědi rodinných příslušníků jak v souvislosti s informovaností o problematice PPP, tak v souvislosti s názorem na zmiňované poruchy, včetně jejich příčin. Oproti skupině respondentek nedominovala v jejich výpovědích jako příčina PPP touha po štíhlosti; zmiňováno bylo rovněž rodinné prostředí. Pro rodinné příslušníky respondentek s opakovanou mentální anorexií bylo první onemocnění podnětem ke zjišťování podrobnějších informací o PPP.

V době, kdy se **Janin otec** dozvěděl o bulimii své dcery, neměl dle svých slov veskrze žádné takové informace, na základě kterých by byl schopen si o této nemoci utvořit detailnější obraz (*„O týchle nemoci, a vlastně o PPP obecně, jsem tenkrát nevěděl vůbec nic, teda snad jen to, že se týká jídla, problémů s jídlem. A tím jsem končil.“*); informovanější byla v tomto směru jeho žena (*„Manželka na tom v tomhle ohledu byla líp než já, o PPP nějaké informace měla, a tak mohla přece jen zaujmout určitý stanovisko.“*).

V porovnání s Janiným otcem měl **bratr Lucie** v době, kdy inicioval sestřinu návštěvu u psycholožky, o PPP určité informace (*„O PPP jsem v té době něco málo věděl, ale asi to bylo jen to nejzákladnější.“*); zmiňované poruchy si dával do souvislosti především s hubnutím (*„Anorexii a bulimii jsem měl spojený hlavně s hubnutím, myslím jako s nesprávným, který se nějak vymkne kontrole nebo tak nějak. A taky si myslím, že rozdíl mezi těma dvěma chorobama mi byl jasnej.“*) Svůj tehdejší názor týkající se PPP považoval Lucčin bratr za shodný s názorem všeobecným (*„Myslím, že spousta lidí si to myslí stejně, že tohle je takový všeobecně známý. Protože tak se o tom všude mluví. Právě tohle jsem taky běžně slyšel. A to mi tak nějak stačilo, vědět, co to je.“*).

Kamilina sestra, jak sama uvádí, rovněž určité informace o PPP – v době, kdy byla Kamila hospitalizována v psychiatrické léčebně – měla; zdrojem těchto informací byly především nejrůznější tituly časopisů pro ženy (*„Nemůžu říct, že bych tehdy o bulimii a anorexii věděla nějak moc, ale určitou představu jsem měla. Alespoň na základě toho, co jsem o nich běžně četla v různých ženských časopisech nebo jsem tak porůznu slyšela kolem sebe.“*), příčinu PPP spatřovala v touze po štíhlosti (*„Tenkrát jsem se k tomu stavěla tak, že bulimie i anorexie jsou důsledkem neúměrné touhy po štíhlosti. A že ta touha po štíhlosti je taky jejich příčinou.“*).

Editina sestra neměla v době Editiny prvního onemocnění anorexií o PPP žádné detailnější informace, důvod této skutečnosti přičítá svému tehdejšímu věku (*„Když měla Edita svou první anorexii, tak mně bylo kolem devíti let. Je asi celkem logický, že jsem o PPP nic moc nevěděla. Jen jsem asi tak přibližně tušila, o co by se mohlo jednat. Každopádně se to dneska těžko hodnotí, je to už pár let.“*); tehdejší zkušenost však Editinu sestru ovlivnila v názoru na PPP (*„Když jsem pak někdy slyšela o PPP nebo jsem četla něco na tohle téma, vždycky jsem si vzpomněla právě na boj mezi mámou a Editou. Pokud šlo o možné příčiny anorexie a bulimie, popravdě řečeno jsem se přikláněla k rodinnému prostředí.“*). V době, kdy Edita onemocněla anorexií podruhé, její sestra již o PPP měla mnohem podrobnější informace (*„V době Editiny druhý anorexie jsem už o PPP věděla, myslím, celkem dost. Koneckonců její první nemoc byla důvodem, proč jsem o tomhle tématu chtěla vědět víc. Takže jsem četla i docela odborný knížky.“*). Jak však poznamenává, od rodičů se jí žádného vysvětlení ohledně PPP nedostalo (*„Doma se o PPP, když to nebylo nevyhnutelně nutné, nemluvalo. Naši se o tom prostě nechtěli bavit, asi si to nechtěli připomínat.“*).

V době, kdy byla **Markétina matka** konfrontována s diagnózou anorexie své dcery, na PPP nahlížela jako na onemocnění vznikající v důsledku nepřiměřených rodičovských očekávání a požadavků (*„Když Markéta onemocněla anorexií - což bylo poprvé ve třinácti letech - tak jsem PPP pokládala za nemoci, které se vyskytují hlavně v rodinách, kde si ambiciózní rodiče sobecky přejí dceřinu dokonalost a očekávají úspěch v mnoha oblastech.“*); rovněž v časopisech byly dle jejích slov PPP líčeny v obdobných souvislostech (*„Hlavně v časopisech jsem četla různé příběhy různých*

holčin nebo už dospělých žen - a co je podle nich k PPP dovedlo, byly právě požadavky rodičů na jejich úspěch.“). Dceřina anorexie byla pro Markétinu matku, podobně jako pro Editinu sestru, podnětem ke zjišťování podrobnějších informací (*„S Markétinou první anorexií přišel zájem znát podrobnosti. Četla jsem knížky, ptala se doktorů, psychologů. Sháněla jsem kontakty na jiné rodiny, které řešily stejný problém.“*); a rovněž tak jako Editina sestra, také Markétina matka měla již v době druhého dceřina onemocnění anorexií podrobnější informace o PPP (*„Při Markétině druhé anorexii jsem již měla mnohem podrobnější – a především odbornější - informace.“*).

4.2.1.2 Současný pohled na problematiku PPP optikou rodinných příslušníků

Každý z respondentů poukazoval na více či méně výraznou změnu v názoru na problematiku PPP; pokud respondenti spatřovali jednu z příčin PPP v touze po štíhlé postavě, přikládali jí rozdílný význam. Oproti tehdejšímu pohledu zmiňovali respondenti vícero možných faktorů vzniku PPP.

Janin otec se v současném pohledu na PPP – přiklání k celé řadě faktorů, které mohou stát na pozadí těchto poruch; odmítá především spojitost PPP s rodičovskými rolami (*„Můj současnej pohled na PPP je takovej, že bych tyhle poruchy nespojoval výhradně ani s jednou z rodičovských rolí. Myslím, že je tu celá řada vlivů. V tomhle ohledu bych se k ničemu konkrétnímu nepřikláněl.“*). Vzhledem k zaujímání jednoznačných stanovisek poukazuje na jejich proměnlivost v čase (*„Můj názor je takovej, že v tomhle ohledu žádný jednoznačný stanovisko platit nemůže. Navíc si myslím, že by to byla jen časová záležitost. Jinak by se mi jevila situace teď a jinak za pět let.“*).

Současný pohled **Lucčina bratra** na problematiku PPP obecně se dle jeho slov příliš neliší od pohledu, který měl na PPP v době Lucčina prvotního sezení u psycholožky (*„V týhle věci jsem svůj názor ani po čase nijak zásadně nezměnil. V podstatě se na anorexii a bulimii pořád dívám jako na nemoci, který jsou způsobeny hlavně snahou o přílišný zhubnutí. V tom vidím ten hlavní a nejpodstatnější důvod.“*);

kromě úsilí o zhubnutí však připouští i další možné příčiny PPP, i když jejich podíl na vzniku onemocnění je dle jeho názoru nevýrazný („*Tak určitě tam můžou bejt i jiný příčiny, třeba přání se zviditelnit, nebo když někdo chce někomu nějak nepřímo ublížit, tak to udělá pomocí anorexie nebo bulimie. Ale nemyslím si, že by se tyhle příčiny na vzniku těch nemocí podílely nějak výrazně.*“). Rovněž problémovým vztahům v rámci rodiny připisuje Lucčin bratr v obecném pohledu na možné příčiny PPP nepatrnou roli („*Obecně si myslím, že problematický vztahy v rodině se na vzniku anorexie a bulimie můžou taky podílet, ale nejspíš to taky bude jen v nepatrný míře.*“).

Kamilina sestra v obecném pohledu na příčiny PPP připisuje význam sociálním faktorům („*Ale když to vezmu obecně, tak si myslím, že právě ty sociální faktory jsou tím hlavním, co způsobuje vznik anorexie nebo bulimie. Podle mne společnost vytváří velkej tlak na vzhled.*“); jak podotýká, její pohled se oproti dřívějšímu zásadně nezměnil („*V tomhle směru se můj obecný názor na PPP vlastně nějak moc nezměnil.*“).

Stejně tak jako Kamilina sestra, také **sestra Edity** zmiňuje vliv společenských faktorů v souvislosti s obecným názorem na příčiny PPP; v tomto ohledu však svůj názor oproti tehdejšímu – v porovnání s Kamilinou sestrou – pozměnila („*Dřív jsem o příčinách PPP neuvažovala v souvislosti s kultem štíhlosti, s tlakem společnosti na vzhled a tak podobně. Ne že bych to úplně opomíjela, ale tak nějak jsem to přecházela. Spíš jsem se přikláněla k rozhodujícímu vlivu rodiny. Dneska už tam vidím i ty společenské faktory.*“).

Ve svém současném pohledu na problematiku PPP – oproti tehdejšímu – poukazuje **Markétina matka** na odlišnosti („*Dnes se na PPP dívám trochu jinak, než tomu bylo tenkrát.*“), nicméně názor týkající se nepřiměřených rodičovských očekávání jako jedné z možných příčin PPP zastává stále („*Samozřejmě si pořád myslím, že jednou z příčin anorexie a bulimie mohou být – a myslím, že často i jsou – nereálná přání rodičů ohledně automaticky očekávaných úspěchů jejich dcer.*“). Dle Markétiny matky jsou však PPP především důsledkem problematických vztahů („*Hlavně se ale na PPP dívám jako na onemocnění, která vznikají kvůli problémům v jakýchkoli vztazích – v rodině, v partnerství.*“). Obdobně jako Kamilina a Editina sestra, také Markétina matka obecně uvádí jako možnou příčinu PPP rovněž touhu po žádanou postavě („*Za*

PPP určitě stojí i přání mít takovou postavu, která je v médiích prezentovaná jako žádoucí a jediná možná pro to, aby žena mohla být krásná.“); nicméně nepovažuje ji za nejvýznamnější („Ale podle mne není tahle příčina významnější než problémové vztahy.“).

4.2.1.3 Zaujímání stanoviska k problematice PPP optikou rodinných příslušníků

Jak je patrné z výpovědí respondentů, cesta, kterou každý z nich dospěl ke svému soudobému stanovisku k problematice PPP, byla značně individuální; přesto převažoval vliv vlastní zkušenosti. Nelze však tvrdit, že každý z respondentů své stanovisko s odstupem času pozměnil.

Janin otec dle svých slov postupně získával vhled do problematiky PPP („V průběhu času se moje informovanost o PPP, původně hodně bídná, zlepšovala. Informace jsem hledal na internetu, dokonce i v knížkách.“). V průběhu času víceméně uvažoval nad různými teoriemi, avšak zcela jednoznačné stanovisko k příčinám PPP nezastával („Když už, tak jako nejpříjemnější se mi zdálo vysvětlení, že na vzniku PPP se podílí celá řada faktorů, pak zase bylo období, kdy jsem celkem inklinoval k názoru, že hlavní příčina je na straně společnosti. Ale abych pravdu řekl, jednoznačně jsem se nepřikláněl k žádný z těch teorií.“); taktéž s teorií spatřující příčinu ve vztazích se neztotožňoval („Teorii o neurovnaných a nenaplněných vztazích jsem vážně moc nerozuměl, nebylo mi jasné, jaká by v tom vůbec mohla být souvislost.“). Naopak vlastní zkušenosti byly důvodem pro to, aby k otázce příčin PPP zaujal jiný názor („Já jsem se nikdy k ničemu konkrétnímu úplně nepřikláněl, protože mě ani nic úplně nepřesvědčilo. Proto si díky vlastní zkušenosti myslím to, co si myslím – nekonkretizovat. Od každého něco v různý míře.“).

Jak sám **Lucčin bratr** poznamenává, další možné příčiny PPP - kromě přílišného úsilí o zhubnutí – zohlednil na základě informací z odborné literatury („Celkem dost jsem si o PPP přečetl v různých odborných knížkách a na internetu. Tam

byla popsaná celá řada možných důvodů, ze kterých můžou PPP vzniknout. I když můj přesvědčení o tom hubnutí jako hlavní příčině to nezměnilo.“).

Rovněž **Kamilina sestra** pátrala po podrobnějších informacích („Teprve během Kamiliny hospitalizace v léčebně jsem se začala o bulimii zajímat víc do hloubky a začala jsem si shánět různé informace z knížek, internetu nebo nějakých odbornějších časopisů.“). Jak však poznamenává, tyto informace ji v jejím názoru nijak zásadně neovlivnily („I když jsem se dostala k zajímavým informacím nejen o bulimii, ale i o anorexii – který mi nabízely různorodý vysvětlení těchto poruch – nemůžu říct, že by měly na můj dosavadní názor nějaký zásadní vliv.“).

Editina sestra pozměnila náhled na možné příčiny PPP na základě zkušenosti s kamarádkinou – pravděpodobnou – anorexií („U mojí kamarádky, která – s největší pravděpodobností – trpí anorexií, je právě touha po štíhlosti, kterou společnost tak vyžaduje, řekla bych, tou nejpravděpodobnější možnou příčinou. Každopádně díky této zkušenosti jsem ve větší míře uznala tlak společnosti na štíhlost a touhu po jejím dosažení za příčinu toho, proč PPP vznikají. Myslím, že v tomhle ohledu není rozdíl mezi anorexií a bulimií.“).

Markétina matka poukazuje na vliv tehdejšího názoru, který se do jejího současného postoje k problematice PPP promítá dodnes („Můj soudobý pohled na PPP je zajisté ovlivněn mým tehdeším názorem. Protože mé přesvědčení o významu nereálných rodičovských očekávání jako příčiny anorexie a bulimie mi zůstalo dodnes.“); význam přičítá rovněž vlivu osobních zkušeností a odborných informací o PPP („Časem však přibyly zkušenosti s Markétinou třikrát opakovanou anorexií a také informace, které jsem o PPP získala díky knížkám a dotazům na odborníky.“). Dceřin názor byl dle slov Markétiny matky podnětem k zaujmutí postoje, na jehož základě považuje PPP za důsledek problematických vztahů („Markétin názor na příčinu její první i druhé anorexie – i když já se k němu úplně nepřikláním – mne určitě ovlivnil v tom směru, že PPP obecně vnímám jako důsledek problémů ve vztazích.“), význam v tomto ohledu přičítá rovněž vlastní zkušenosti i odborným informacím („K tomu se ještě přidala zkušenost se třetí Markétinou anorexií, která byla výsledkem problémů v jejím tehdeším partnerském vztahu. A jedny z možných příčin PPP byly také

v knížkách zmiňovány v souvislosti se vztahy. Takže jsem se vlastně nepřikláněla k něčemu, co by nebylo vůbec ničím podloženo.“).

4.2.2 Tehdejší subjektivní vnímání dceřina/sestřina onemocnění PPP

4.2.2.1 Tehdejší stanovisko k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění PPP v době konfrontace s diagnózou optikou rodinných příslušníků

Výpovědi rodinných příslušníků charakterizovaly odlišnosti. Rodinní příslušníci respondentek s neopakovanou diagnózou tehdy k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění nezaujímalí žádné jednoznačné stanovisko (vyjma manželky jednoho z respondentů). Jinak se vyjadřovali rodinní příslušníci respondentek s opakovanou mentální anorexií; přestože k příčinám prvního dceřina/sestřina onemocnění rovněž nezaujímalí žádné jednoznačné stanovisko, s dalším onemocněním se již obdobná situace neopakovala. První onemocnění bylo rovněž podnětem ke zjišťování podrobnějších informací o PPP.

Jak **Janin otec**, tak jeho žena se pokoušeli nalézt vysvětlení dceřiny bulimie, pravděpodobnou příčinu („*Oba jsme se samozřejmě ptali po důvodech Janina onemocnění. Proč k tomu vlastně došlo, co k tomu vedlo.*“). Postoj každého z nich byl v tomto ohledu odlišný. Manželka se dle Janina otce přikláněla k vlivu společenských faktorů, dceřině vysvětlení nakloněna nebyla („*Manželka však Janino vysvětlení s neuspokojujícím partnerským vztahem nepovažovala za relevantní, dle jejího názoru byly PPP výsledkem takzvaný společenský demagogie. A záleželo na člověku, jestli takzvaně půjde se stádem. Jak se zdálo, manželka se přikláněla k názoru, že Jana se stala tím stádním jedincem.*“); Janin otec v této souvislosti naopak žádný vyhraněný názor nezastával, a to pro nedostatek informací („*Pro mne osobně bylo v tu chvíli nemožný zaujmout jakýkoli stanovisko, protože jsem neměl z čeho vycházet.*“). Manželčin názor, vzhledem k nemoci dcery, Janin otec zpochybňoval („*Tak nemůžu tvrdit, že bych v tomto ohledu nedal manželce za pravdu – teda pokud se týká tý*

společenský demagogie – ale že by Jana podlehla nějakému společenskému vlivu, to mi k ní nesedlo.“).

Přestože **Lucčin bratr** v obecném pohledu na PPP určitý názor ohledně faktorů vzniku onemocnění zastával, na pravděpodobnou příčinu sestřiny anorexie si tehdy odpovědět nedokázal (*„Nevěděl jsem o ničem, o čem bych mohl říct, že je to zrovna příčina Lucčiný nemoci. Na tohle jsem teda vážně odpověď neznal.“*).

Obdobně jako Lucčin bratr, rovněž **Kamilina sestra** v obecném pohledu na PPP určitý názor na faktory vzniku onemocnění zastávala, v Kamilině případě se však s touhou po štíhlosti jako příčinou neztotožňovala (*„Že by byla příčinou Kamiliny bulimie právě ta touha po štíhlosti, tak to se mi tenkrát nezdálo.“*), sestra podle ní neměla důvod hubnout (*„Kamila měla vždycky hezkou postavu, hubnout rozhodně nepotřebovala. A ani ona sama si na svou postavu nikdy nestěžovala.“*). O pravděpodobné příčině sestřiny bulimie však tehdy neměla ponětí (*„Co ale mohlo stát za Kamilinou bulimií, tak to jsem tenkrát nevěděla. Vůbec jsem neměla ponětí.“*).

Editina sestra o možné příčině sestřiny tehdejší anorexie v té době pravděpodobně neuvažovala (*„Já jsem tenkrát moc nerozuměla tomu, proč sestra nechce jíst. Její anorexii jsem vnímala hlavně skrze napětí a hádky, ke kterým mezi ní a mámou docházelo. Ale po nějaký příčině jsem s největší pravděpodobností nepátrala. Těžko říct.“*). Jiná byla situace o několik let později, kdy Edita onemocněla anorexií podruhé; její sestra již zastávala jednoznačnější názor (*„Podle mne to byl hlavně její dlouhodobě problematickej vztah s mámou, kterej byl tou příčinou. Taky jsem si ale myslela, že určitou – a nezanedbatelnou – roli sehrálo to, jaká vlastně Edita byla. Chtěla všem kolem sebe dokázat, že co si předsevzala, to taky zvládne.“*). Současně zpochybňuje, že by tehdy o příčinách uvažovala pod vlivem zkušenosti s Editinou první anorexií (*„Nemyslím si, že bych tenkrát ve vztahu Edity a mámy viděla příčinu jen proto, že jsem právě s jejich vztahem měla spojenou sestřinu první anorexii. Podle mne hrál jejich vztah v případě Editiny druhý anorexie vážně význam.“*).

Jak **Markétina matka** uvádí, odpověď na příčinu dceřina onemocnění tehdy neznala (*„Tehdy jsem opravdu nevěděla, co si o tom mám myslet. Do té doby jsem si myslela, že za PPP mohou příliš ambiciózní rodiče. Ale v Markétině případě jsem tomu*

nerozuměla.“); v obdobné situaci byl tehdy rovněž manžel, čímž se jejich situace odlišovala od situace Janiných rodičů (*„Manželova reakce byla stejná jako ta moje. Také nevěděl, kde by mohl hledat důvod.“*). Příčinu tehdy spatřovala v problémech období dospívání (*„V Markétině druhé anorexii jsem viděla výsledek nahromaděných a nevyřešených problémů spojených s obdobím dospívání.“*), v případě třetí dceřiny anorexie se naopak přikláněla k příčinám spočívajícím v partnerském vztahu (*„Třetí Markétina anorexie byla evidentně důsledkem dlouhotrvajících problémů v partnerském vztahu.“*).

4.2.3 Soudobé subjektivní vnímání dceřina/sestřina onemocnění PPP

4.2.3.1 Soudobé stanovisko k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění poruchou příjmu potravy optikou rodinných příslušníků

Výpovědi respondentů charakterizovala odlišnost. Rodinní příslušníci respondentek s neopakovanou diagnózou se k pravděpodobným příčinám onemocnění vyjadřovali v jiných termínech, než tomu bylo tehdy. Naopak výpovědi rodinných příslušníků respondentek s opakovanou anorexií zahrnovaly - vzhledem k jejich předchozím tvrzením - jak názorovou shodu, tak rozdílnost.

Současný pohled **Janina otce** na dceřinu bulimii je shodný s pohledem, který zastává k PPP obecně – rovněž se přiklání k celé řadě faktorů, které mohou stát na pozadí Janina tehdejšího onemocnění (*„Mezi tím, co si myslím o Janině bulimii a PPP obecně, není žádné zásadní rozdíly. Podle mě stojí za jejím onemocněním celá řada faktorů, určitě se tam podílela celá řada vlivů, který bych stejně s největší pravděpodobností ani nedokázal pojmenovat. Proto se ani k ničemu konkrétnímu nepřikláním.“*).

Lucčin bratr, přestože v obecném pohledu na PPP připisuje problémovým vztahům v rámci rodiny jako faktoru vzniku onemocnění pouze nepatrnou roli, spatřuje hlavní příčinu anorexie své sestry právě v problematickém vztahu matky a dcery (*„U*

Lucky si myslím, že právě špatnej vztah mezi ní a mámou stál za vznikem její anorexie. Tam jsem přímo viděl, že ten vztah je problémovej. Ale je to jen jeden případ, kterej jsem takhle zažil. Proto je můj obecněj pohled na příčiny PPP v tomhle odlišnej.“); i přes vědomí sestřiny tehdejší interpretace příčin jejího onemocnění tedy zastává jiný názor („Dozvěděl jsem se o tom, jakej názor měla na příčinu anorexie sama sestra. Ale nevlastního tátu bych s tím v žádným ohledu nespojoval. Problémy ve vztahu s mámou byly podle mého názoru závažnější než ty ve vztahu s nevlastním tátou.“).

Kamilina sestra pochybuje nad zástupnou rolí jídla vzhledem k alkoholu („*Já osobně si nemyslím, že by jídlo hrálo v Kamilině případě jen zástupnou roli namísto alkoholu.“*), v souvislosti se sestřinou tehdejší závislostí na alkoholu a bulimií zmiňuje naprosto rozdílné příčiny („*Podle mého názoru jsou příčiny její závislosti na alkoholu a bulimie naprosto rozdílný. Já to vidím tak, že závislost na alkoholu je jen důsledkem toho, že Kamila opakovala chování, který běžně vidala u mámy. V případě bulimie si myslím, že skrze přejídání Kamila vyjadřovala - obrazně řečeno - nenasycenost matčinou láskou, vlastně i láskou otcovskou, po který tak toužila, ale nikdy jí nedosáhla. No a zvracením pak skrytou nenávist vůči matce, která jí neposkytla to, po čem Kamila toužila a současně nenávist vůči otci, kterej byl tak daleko a nebyl jí k dispozici.“*). Vliv dalších možných faktorů na pozadí bulimie Kamilina sestra nevyklučuje, avšak nepřikládá jim takový význam jako právě vztahu k matce a k otci („*Tím nechci tvrdit, že se na sestřině bulimii nemohly podílet nějaký další faktory, ale myslím si, že rozhodně nehrály tak výraznou roli jako vztah k matce a k otci.“*). Dle Kamiliny sestry na pozadí bulimie výrazně nefigurovaly ani faktory sociální („*Zrovna u Kamiliny bulimie bych osobně velkej význam neviděla ani u faktorů sociálních.“*);

Pro **Editinu sestru** je obtížné vyjádřit se k pravděpodobným příčinám Editiny první anorexie („*Těžko říct, co bych dneska považovala za příčinu Editiny první anorexie.“*); a to i přesto, že dnes již ví o Editině názoru týkajícího se právě zmiňovaných příčin („*Dneska už samozřejmě vím, jak na svou první anorexii – co se příčin týká – nahlíží Edita. Já si ale nemyslím, že to můžu posoudit. Tenkrát mi bylo devět, já jsem věci vnímala úplně jinak.“*). Naopak o příčinách Editiny druhé anorexie uvažuje v konkrétních termínech; její současný názor se dle jejích vlastních slov nijak

zásadně neodlišuje od tehdejšího („*Můj názor, co se příčin Editiny druhý anorexie týká, se dodneška nijak zásadně oproti tomu, kterej jsem měla tenkrát, nezměnil. V podstatě si myslím to samý. Podle mne byly tou zásadní příčinou problémy ve vztahu s mámou. A k tomu se ještě přidala Editina přílišná cílevědomost, nedokázala se smířit s neúspěchem nebo kritikou. Vztah k tátovi bych s možnou příčinou nespojovala, tam takový napětí jako v případě vztahu k mámě nebylo.*“). Obdobně jako Kamilina sestra, také sestra Edity nepřičítá na vzniku Editiny anorexie význam společenským faktorům („*Že by mohlo být příčinou sestřiny anorexie to, že by Edita podlehla nějakému společenskému tlaku na štíhlost nebo na dodržování zdravýho životního stylu, tak o tom pochybuju.*“).

O příčinách dvou dceřiných onemocnění anorexií se **Markétina matka** vyjadřuje v souvislosti s rozpaky („*Z Markétiny první i druhé anorexie - pokud jde o důvody, pro které k tomu došlo - jsem trochu v rozpacích.*“). Dceřina interpretace příčin onemocnění je Markétině matce známa, k jejímu názoru se však staví odlišně („*Vím, jak se k příčinám svého onemocnění staví Markéta, znám její názor. Ale nemyslím si, že příčina jejich dvou nemocí anorexií byla tak úplně v problémech v jejím vztahu vůči manželovi - myslím mému.*“). Změny si je Markétina matka vědoma v názoru na příčiny dceřiny první anorexie („*Oproti minulosti jsem si ujasnila, co stálo za Markétinou první anorexií.*“), jak sama podotýká, příčiny obou onemocnění spočívají v problémech spojených s hledáním identity („*Podle mne se na vzniku její první i druhé anorexie podepsaly především problémy, které vyplývaly z hledání identity, vlastního sebepojetí. Jen s tím rozdílem, že vzhledem k věku byly v případě druhé anorexie trochu odlišného charakteru. A s tím samozřejmě souvisely i občasné konflikty ve vztahu k manželovi a obecně konflikty ve vztazích.*“). Na změnu názoru však Markétina matka nepoukazuje v souvislosti s příčinami třetí dceřiny anorexie, obdobně jako Editina sestra v případě názoru týkajícího se příčin druhé Editiny anorexie („*Na důvod vzniku dceřiny třetí anorexie mám stejný názor jako tehdy – neuspokojující partnerský vztah.*“); problémy v partnerském vztahu však dle jejího názoru nebyly přímým důsledkem problémů dceřina vztahu k otci („*Ale nepřikláněla bych se k tomu, že problémy, které měla ve vztahu s partnerem, vyplývaly přímo z problémů, které měla ve vztahu k otci.*“).

4.2.3.2 Zaujímání stanoviska k pravděpodobným příčinám dceřina/sestřina onemocnění poruchou příjmu potravy optikou rodinných příslušníků

V souvislosti se zaujímáním stanoviska k příčinám dceřina/sestřina onemocnění byly výpovědi respondentů značně rozdílné. Oproti předchozím výsledkům již nebyl patrný evidentní rozdíl mezi rodinnými příslušníky respondentek s neopakovanou a opakovanou diagnózou: výpovědi zahrnovaly jak vliv vlastní zkušenosti, tak vliv odborných informací.

Janin otec se neztotožňoval s teorií spatřující příčinu PPP ve vztazích, v důsledku čehož považoval dceřinu interpretaci onemocnění za nepochopitelnou (*„Jenže pak mě Jana postavila před hotovou věc - její nenaplněný vztah k partnerovi vychází z nenaplněného vztahu k otci – tedy mně. A bulimie je vlastně jen důsledkem, kompenzačním mechanismem toho vztahového strádání. To mi přišlo naprosto nepochopitelný.“*). Přesvědčení Janina otce neovlivnily ani terapie a sezení, kterých se sám účastnil (*„Společný terapie a sezení, kterých jsem se pak účastnil, mi sice pomohly pochopit, proč to Jana viděla tak, jak to viděla, ale můj názor to nezměnilo.“*).

Z pohledu **Lucčina bratra** to byl právě informace z odborné literatury, které mu poskytly vysvětlení pro příčinu sestřiny anorexie (*„V knížkách jsem se taky dozvěděl, že PPP můžou být důsledkem neurovnaných rodinných vztahů. To pro mne bylo taky nový zjištění. Navíc hodně z toho, co se tam psalo, na vztah Lucky a mámy sedělo.“*). Naopak vztah mezi Lucií a nevlastním otcem za příčinu jejího onemocnění nepovažuje; důvodem je skutečnost, že vztah mezi matkou a dcerou pokládá pro sestru samotnou za důležitější (*„Tak ono i na vztah mezi nevlastním tátou a Luckou poměrně dost z toho, co se v knížkách psalo, platilo. Ale podle mého názoru je pro Lucku jako ženu určující právě ten vztah k mámě.“*).

Poté, co **Kamilina sestra** zamítla příčinu spočívající v touze po štíhlosti – pročez měla odůvodnění – začala se zabývat teoriemi vysvětlujícími bulimii v souvislostech se vztahem matky a dcery (*„Pravdou je, že když jsem jako možnou příčinu vyškrtla touhu po štíhlosti, protože Kamila byla hubená vždycky a se svojí*

postavou si nikdy starosti nedělala, tak jsem se zaměřila na její vztah s matkou. Taky v literatuře jsem našla informace, který přičítaly vznik bulimie problematickému vztahu matky s dcerou nebo naopak s otcem.“). Jak však uvádí, její názor ohledně příčin Kamiliny bulimie nepodléhal vlivu zmiňovaných teorií („Nemyslím si, že by mě tyhle teorie v mém mínění nějak zásadně ovlivnily, spíš mi daly vysvětlení.“), určující pro ni byla vlastní zkušenost („Že měla Kamila ve vztahu s mámou problémy, to jsem věděla. A vlastně i ve vztahu s tátou, protože v tomhle ohledu si v sobě nesla spoustu nedořešených věcí. Takže bych řekla, že jsem k tomu názoru o příčinách, který mají původ v rodině, dospěla na základě vlastní zkušenosti.“).

Editina sestra taktéž, obdobně jako sestra Kamily, zpochybňuje ve svém názoru vliv teorií vysvětlujících anorexii v souvislosti se vztahy v rámci rodiny („*Já jsem si dávala anorexii, a vlastně i bulimii, do souvislosti s rodinným prostředím už od doby Editiny první anorexie. Takže jsem se k tomu, co se psalo v knížkách, pak už jen přiklonila.“*); jinak se však vyjadřuje o vlivu teorií považujících za možnou příčinu anorexie osobnostní faktory („*V teoriích, který zmiňovaly jako příčinu anorexie vlastnosti a osobnost, jsem viděla Editu. Neměla jsem důvod, abych pak taky v jejích vlastnostech neviděla příčinu její druhý anorexie.“*). Ke zpochybnění příčin, které by spočívaly ve vlivu společenských faktorů, vede Editinu sestru právě Editina osobnost („*Edita nikdy nějakým módním trendům nebo nějakému nesmyslnému pachtění se za štíhlostí nepodléhala, ona měla a má na věci svůj vlastní názor. Proto v jejím případě o takových možných příčinách ani neuvažuju.“*).

Markétina matka zmiňuje v souvislosti se zaujímáním stanoviska ohledně příčin první dceřiny anorexie vliv odborné literatury („*V knížkách jsem běžně nacházela vysvětlení pro anorexii i bulimii právě v souvislostech s problémy v dospívání a začínala jsem o tom přemýšlet i v případě Markétiny anorexie.“*), stejně jako vliv informací poskytnutých odborníky („*Ani odborníci, když jsem jim řekla o tomto svém názoru, mi ho přímo nevyvrátili.“*). Naopak k příčinám druhého a třetího dceřina onemocnění zaujímala Markétina matka konkrétní stanovisko již tehdy („*Příčiny Markétiny druhé anorexie jsem si odůvodnila již tehdy, tudíž v tomto případě jsem o ničem jiném dlouze nepřemýšlela. A o příčině její třetí anorexie jsem neměla důvod*

nijak pochybovat, tam to bylo zcela evidentní, navíc neuspokojivý partnerský vztah jako možný důvod vzniku PPP nezpochybňovaly ani knížky.“).

4.2.4 Rodinné prostředí

4.2.4.1 Změny v rámci rodinného prostředí vlivem dceřina/sestřina onemocnění poruchou příjmu potravy optikou rodinných příslušníků

Ve výpovědích respondentů hodnotících změny v rámci rodinného prostředí zaznívala různorodá vyjádření, každý z respondentů vyzdvihoval jiné faktory. Někteří respondenti přikládali změnám podstatný význam, jiní naopak v tomto ohledu vyjadřovali pochybnosti.

Dle názoru **Janina otce** je význam, který změnám přisuzuje každý z rodiny, rozdílný (*„Já jsem toho názoru, že změny jsme zaznamenali všichni. Ale s tím rozdílem, že každý z nás přikládá těm změnám jinou váhu.“*). Změny jsou dle Janina otce podmíněny dceřiným uvědoměním si příčin své tehdejší bulimie (*„Jana dospěla k jinému poznání ohledně příčin své tehdejší bulimie a to si myslím, že je ten hlavní důvod veškerých změn.“*); sám Janin otec však vůči těmto změnám zastává odlišný postoj než jeho dcera (*„Ona to bere tak, že může přičíst vinu za bulimii sama sobě a že díky tomu může začít napravovat vztah ke mně, že se tím vůči mně nějak odčiní. Ale já jsem to takhle stejně nikdy nevnímal, Jana se mi za nic omlouvat nemusí, nemám jí co odpouštět.“*). Jak Janin otec poznamenává, jeho ani manželčin vztah vůči dceři se na základě Janina poznání nijak nezměnil (*„Pro mne se v našem vztahu nic nemění. Jana je moje dcera a rád ji budu mít vždycky stejně, ať mi něco vyčítá nebo ne. Myslím, že manželka je na tom v tomhle ohledu stejně.“*).

Lucčin bratr vyjadřuje v souvislosti s možnými změnami pochybnosti (*„Tak já nevím, jestli se o nějakých změnách dá vůbec mluvit. Mně to přijde, že se skoro nic nezměnilo. Ale možná je to taky tím, že jsem se odstěhoval a jsem tak trochu mimo dění. Doma jsem jen občas.“*). Dle jeho názoru se přístup nevlastního otce k Lucii nijak

výrazně nezměnil („*Táta sice trochu polevil, ale jinak se mi nezdá, že by se na jeho straně ve vztahu k Lucce něco zásadně změnilo.*“), o změně je však přesvědčen v souvislosti s otcovým náhledem na sestřinu anorexii („*Já jsem přesvědčenej, že táta svůj názor na Lucčinu anorexii změnil, že v tomhle ohledu je jinej. Ale že neví, co s tím dál, tak tu svou nejistotu pořád skrejšvá za tím svým nezúčastněným postojem.*“). Naopak matka dle vyjádření Lucčina bratra svůj názor pravděpodobně nezměnila („*S mámou si myslím, že je to stejný jako předtím. Ani se mi nezdá, v porovnání s tátou, že by třeba alespoň změnila názor. Nic tomu nenasvědčuje.*“). Změny nespatřuje Lucčin bratr ani ve vztahu se sestrou („*Mezi mnou a Luckou to vidím tak, že je všechno taky tak nějak nastejno. Myslím, že moc dobře ví, že jsem tady pro ni kdykoli.*“). O možných budoucích změnách ze strany rodičů pochybuje („*Popravdě teda vůbec nevím, jestli se dá doufat, že se u našich v tomhle ohledu někdy něco změní.*“), v kladném případě uvažuje o změnách spíše ze strany otce („*A jestli snad, tak větší šance dávám tátovi.*“).

Rovněž **Kamilina sestra**, obdobně jako Lucčin bratr, vyjadřuje nad možnými změnami pochybnosti („*Nejsem si jistá, do jaký míry se dá v souvislosti s Kamilinou bulimií mluvit o možných změnách v rodinných vztazích.*“). Dle jejího názoru se ani bratra a ani otce zmiňované změny netýkají („*Bratr se před lety odstěhoval, občas se sice zastaví, ale žije úplně jiným způsobem života, naše problémy se ho vlastně ani nedotýkají. A otec – to je vlastně ten samej případ; jak by se ho vůbec mohla Kamilina bulimie dotknout, když Kamilu vlastně ani nikdy neviděl?*“), naopak o vztahu se sestrou se vyjadřuje v souvislosti se změnami trvajících dodnes („*Co se týká našeho vzájemýho vztahu, tak její nemoc nás hodně sblížila, Kamila ve mně cítí oporu a má ve mne důvěru; to se, myslím, ani dodnes nezměnilo.*“). Očekávaná změna z matčiny strany dle Kamiliny sestry nepřišla („*Samostatnou kapitolou je máma. Na vysvětlení, že Kamila si nemyslí, že onemocněla bulimií z toho důvodu, že ona jako matka svou roli nezvládala, nijak pozitivně nereagovala.*“), jak sama uvádí, pro matčino chování nemá vysvětlení („*Spíš se mi zdá, že je ještě odměřenější než kdy dřív. Vůči Kamile i vůči mně. Nevím, vážně nevím, jak si mám tohle její chování vysvětlit.*“).

Editina sestra spatřuje významné změny ve vzájemném vztahu Edity a matky. V této souvislosti zmiňuje zásadní změnu v době Editiny hospitalizace v psychiatrické

léčebně („Z mého pohledu prošel velkou změnou vztah mámy a Edity. Když byla Edita v psychiatrický léčebně, tak byla vůči mámě mnohem přístupnější. I na mámě bylo znát, že je ráda, že si s Editou začínají rozumět.“), avšak v tomto ohledu došlo dle Editiny sestry opět k obratu („Jenže co bylo, už není. To porozumění, který mezi nima bylo, to se úplně vytratilo.“). V úvahách nad možnými příčinami napětí ve vztahu Edity a matky zmiňuje sestřinu odlišnou interpretaci matčina přístupu („Mně se třeba nezdá, že by máma Editu v něčem nějak omezovala, spíš má neustále strach, aby se u ní třeba zase neobjevila anorexie nebo nějaký jiný problém. A Edita si možná její starost vykládá jinak, třeba i tohle považuje z máminy strany za nějakou tlak.“); naopak Editin vztah k otci popisuje zcela jinak, dle jejího názoru zde nefiguruje takové napětí („V Editiným vztahu k tátovi se mi nezdá, že by oproti době, kdy byla Edita v léčebně, došlo k takovému zpátečnímu obratu, tátovi nedává najevo takovou odpor.“), a to pravděpodobně z důvodu otcova odlišného přístupu („Ale možná je to i tím, že táta její situaci moc neřeší. Ne že by se vůbec nezajímal, ale nemá potřebu se nějak moc angažovat, což Editě pravděpodobně vyhovuje.“). Jak sama Editina sestra uvádí, v jejím vztahu vůči Editě, obdobně jako v sourozeneckém vztahu mezi Lucií a jejím bratrem, se žádná významná změna neudála („Já s Editou vycházím stejně tak jako předtím, mezi náma se žádná zásadní změna nestala. Je mezi náma takový sesterský porozumění.“).

Markétina matka poukazuje na dceřin posun v terapii, který má dle jejího názoru obecně dopad na vztahy uvnitř rodiny („Myslím si, že Markéta se teprve díky terapiím přenesla přes problémy, které v sobě držela od doby před vznikem první anorexie – což se samozřejmě odrazilo v jejím vztahu vůči mně i manželovi. A v jejím vztahu vůči sobě samé.“). Ve vztahu dcery k otci poukazuje Markétina matka na aspekt důvěry („Myslím, že celkově má v manžela mnohem větší důvěru, když ví, že jeho náklonnost vůči ní není postavena na nějakých zásluhách nebo obětech.“), naopak ve vztahu k ní samotné na harmonii a lepší komunikaci („Markéta je otevřenější, sebejistější a i upřímnější, proto se můžu zaměřit na to, o čem opravdu vím, že o to stojí. Mezi mnou a Markétou je mnohem větší harmonie a klid. Umíme spolu mluvit.“). Změna v dceřině vnímání partnerského vztahu je však dle názoru Markétiny matky zapříčiněna spíše změnou dceřina pohledu na sebe sama, než změnou ve vnímání vztahu

s otcem („Já si spíš myslím, že ta změna v tom, jak vnímá vztah k partnerovi, je důsledkem toho, že lépe poznala sama sebe. Podle mne to není na základě toho, že si vyjasnila určitá úskalí ve vztahu k manželovi.“).

5 DISKUSE

Na základě studia dostupných odborných zdrojů věnujících se problematice poruch příjmu potravy lze konstatovat, že vzhledem k otázce jejich etiologie je dnes k dispozici množství hypotéz, přístupů a způsobů výkladu; etiologie poruch příjmu potravy je stále předmětem zájmu mnoha klinických studií. Proto nelze očekávat jednoduché zdůvodnění jejich vzniku, o čemž svědčí rovněž tvrzení Krcha, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 57): „Diferencovanost problému PPP a dynamika jejich vývoje vylučují jednoduchou odpověď na tak složitou otázku.“

Mnozí autoři (např. Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 79; Marádová, E., 2007, s. 15; Papežová, H. in Höschl, C. – Praško, J. – Seifertová, D., 2004, s. 336; Stárková, L., 2005, s. 15, online) poukazují na multifaktoriální podmíněnost PPP; tento konsenzus o multifaktoriální podmíněnosti PPP se dle Krcha, F. D. (2004, s. 14, online) postupně ustálil v posledních dvaceti letech.

V rámci mého kvalitativního výzkumu bylo jedním z cílů zmapovat subjektivní názory respondentů jak vzhledem k etiologii PPP obecně, tak vzhledem k vlastnímu či dceřině/sestřině onemocnění.

V souvislosti s poukazováním odborníků na multifaktoriální podmíněnost PPP jsem na základě kvalitativní analýzy výpovědí respondentů dospěla k obdobným zjištěním. Ze skupiny osob trpících PPP se ve svých výpovědích přímo k souhře mnoha faktorů tvořících pozadí vzniku PPP přikláněly dvě respondentky; vždy se však jednalo o soudobý náhled na problematiku PPP obecně, žádná z respondentek se k tomuto tvrzení nepřikláněla ve vztahu k vlastnímu onemocnění, ať již v minulosti či v současnosti. Ze skupiny rodinných příslušníků se jednalo o jednoho respondenta, který se – nejen v pohledu na PPP obecně, ale rovněž v pohledu na dceřinu bulimii – přikláněl k celé řadě faktorů stojících za vznikem onemocnění.

Je nesporným faktem, že v rámci otázky etiologie PPP je diskutována role rodinného prostředí. Jak podotýkají Shekter-Wolfson, L. a Woodside, D. B (2003, online), stálým předmětem diskuse je role rodiny v rozvoji a průběhu onemocnění PPP, a to v nejrůznějších podobách.

V závislosti na přístupu odborníků k problematice PPP je však význam, který připisují právě rodinnému prostředí, velmi rozdílný. Chvála, V. a Trapková, L. (1997, online) vysvětlují PPP přímo z hlediska vývoje rodinného systému; mentální anorexii a bulimii považují za typické, nikoli však jediné možné komplikace období stagnace ve vývoji rodiny. K rodinnému prostředí jako jednomu z mnoha klíčových faktorů přispívajících k rozvoji anorektického a bulimického chování se přiklání rovněž Gillett, K. S. et al. (2009, s. 160, online), obdobně Skálová, S. (in Zeptali jsme se..., 2006, s. 6) poukazuje vzhledem k rozvoji PPP na určující vliv rodiny a výchovy. Roli rodinného prostředí v etiologii PPP nezpochybňuje ani Krch, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 65): „Velká část pacientů, jejich rodin i terapeutů popisuje počátek a rozvoj mentální anorexie nebo bulimie v termínech různých rodinných událostí.“ Faktor rodiny či výchovy zmiňuje rovněž Kulhánek, J. (in Zeptali jsme se..., 2006, s. 6), avšak současně upozorňuje, že ne ve všech případech tyto dva faktory za vznik PPP přímo mohou, a to pro velmi širokou oblast potíží, kterou tyto poruchy jsou.

Z konfrontace informací z odborných zdrojů se závěry vyplývajícími z mé kvalitativní analýzy výpovědí respondentů - v souvislosti s tematikou rodinného prostředí jako faktoru vzniku PPP - vyloučilo několik podstatných zjištění.

1. Z obecného pohledu, výsledky mého výzkumu nejvíce korespondují právě s výše zmiňovaným tvrzením Krcha, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 65), neboť velká část respondentů rovněž spatřovala příčinu či jednu z příčin onemocnění poruchou příjmu potravy (v závislosti na skupině respondentů buď vlastního nebo dceřina/sestřina onemocnění) právě na straně rodinného prostředí; někteří z respondentů se k rodinnému prostředí jako příčině onemocnění PPP přikláněly rovněž v obecném náhledu na problematiku těchto poruch. Nelze však jednoznačně konstatovat, že by závěr ilustroval pouze soudobé postoje respondentů – faktor rodinného prostředí figuroval rovněž v jejich tehdejších stanoviscích, navíc postupem času někteří z respondentů svá stanoviska pozměnili.

Z pohledu jedné respondentky ze skupiny rodinných příslušníků to byla právě nepřiměřená rodičovská očekávání, která považovala – za jednu z možných příčin vzniku PPP, a to jak v tehdejší, tak i soudobém pohledu na problematiku těchto

poruch obecně. Na zmiňovaný faktor je poukazováno rovněž v odborné literatuře. Dle Pavlové, B. (in Papežová, H., 2010, s. 41) se opakovaně ukazuje, že onemocnění mentální anorexií předchází vleklé problémy v rodině. Autorka poukazuje na „neadekvátní tlak“, jež může být způsoben – mimo jiné – například rodičovským odhodláním dovést dcery k akademickým či sportovním výkonům bez ohledu na jejich schopnosti. V obdobných termínech se vyjadřuje rovněž Krch, F. D. (in Zeptali jsme se..., 2006, s. 5), kdy poukazuje na některými autory uváděná nadměrně vysoká očekávání rodičů v souvislosti s rozvojem PPP.

2. Stejně tak, jako jsou patrné rozdíly v připisování významu rodinnému prostředí jako faktoru vzniku PPP na straně odborníků, byly rovněž v této souvislosti patrné rozdíly na straně respondentů (jednalo-li se o soudobý pohled na problematiku PPP obecně) v rámci mého výzkumu. Obdobně jako připisuje zcela zásadní vliv na vývoj PPP rodinnému prostředí Chvála, V. (in Zeptali jsme se..., 2006, s. 5), se rovněž jedna respondentka ze skupiny osob trpících PPP, která anorexií onemocněla opakovaně, přikláněla k rodině jako ke klíčovému faktoru; konkrétně poukazovala na stěžejní význam vztahů uvnitř rodiny. Zcela odlišné stanovisko naopak zastával respondent ze skupiny rodinných příslušníků - problémovým vztahům v rámci rodiny připisoval v obecném pohledu na možné příčiny PPP pouze nepatrnou roli, a to i přesto, že právě v problematickém vztahu matky a dcery spatřoval hlavní příčinu anorexie své sestry.

3. Respondenti, kteří se o rodinném prostředí vyjadřovali v souvislosti s příčinami svého či dceřina/sestřina onemocnění, poukazovali na různorodé aspekty, kterým přisuzovali hlavní význam v rozvoji (a popřípadě udržování) poruchy příjmu potravy; z pohledu respondentů byly tyto aspekty především obsahem vztahů k jednotlivým členům rodiny.

Četná vysvětlení vzniku a udržování PPP v souvislosti se vztahy k rodičům či sourozencům (včetně jejich charakteristik) zmiňuje rovněž odborná literatura. V souvislosti se sourozeneckými vztahy v případě dívek s MA poukazuje Krch F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 66) na vlastní zjištění, kdy mnoho z hospitalizovaných pacientek na Psychiatrické klinice v Praze (1988) uvádělo rivalský vztah ke své sestře.

O možných aspektech vzniku MA, spočívající ve vztahu mezi sourozenci, se zmiňuje rovněž Pavlová, B. (in Papežová, H., 2010, s. 41): „Pacientky s AN⁵ zažily ve své rodině rok před propuknutím onemocnění mnohem častěji chronické problémy se sourozencem. V tomto kontextu může být jejich onemocnění interpretováno jako snaha získat zpět rodičovskou pozornost, kterou na sebe strhl „problematický“ sourozenec.“

V rámci mého výzkumu jsem dospěla k obdobnému zjištění v případě jedné respondentky ze skupiny osob trpících PPP. Tato respondentka, která onemocnění anorexií prodělala dvakrát, spatřovala (jak tehdy, tak v současnosti) příčinu svého prvního onemocnění v touze po pozornosti a zájmu rodičů – skrze anorexii se pokoušela přiblížit se mladší sestře, které se z jejího pohledu oné pozornosti dostávalo. Ostatní respondentky ze skupiny osob trpících PPP (ať se jednalo o MA nebo MB), které sourozence měly, se o možné příčině svého onemocnění v těchto souvislostech nezmiňovaly, stejně tak jako respondenti ze skupiny rodinných příslušníků, kterých by se tato tematika týkala.

Zcela odlišný je závěr mého výzkumu ve vztahu k informacím z odborné literatury, ke kterým odkazuje Černá, R. (online). Dle autorky zmiňovaná literatura upozorňuje na mladší sestry anorektiček jako na rizikovou skupinu ohroženou právě tímto onemocněním, neboť tyto se tak údajně – skrze anorexii - snaží získat pozornost rodičů, která je soustředěna na starší nemocnou sestru. Jak ve výpovědích respondentky s opakovanou MA – které jediné by se daná situace mohla týkat - tak ve výpovědích její mladší sestry jakákoli zmínka o této skutečnosti nezazněla.

Značnou pozornost v souvislosti s rozvojem onemocnění PPP věnují odborné zdroje nejen charakteristice osobnosti matky nebo otce nemocných dívek, ale rovněž charakteristikám vzájemných vztahů. Kocábová, Z. (2006, s. 3) poukazuje na negativní emoce dívek s diagnózou MA pramenící z nadměrné starostlivosti matek; toto zjištění vyplývá ze závěrů výzkumu, na jehož realizaci se autorka spolupodílela. V souvislosti s charakteristikou vzájemného vztahu dcery a matky odkazuje Černá, R. (online) na

⁵ anorexia nervosa; mentální anorexie

nevyřešený, ambivalentní vztah jako na důležitý dynamický faktor vzniku mentální anorexie.

Rovněž v rámci mnou realizovaného výzkumu vyzdvihovala v souvislosti s příčinami svého onemocnění jedna z respondentek (přestože s diagnózou MA se výzkumu účastnily respondentky tři) význam vztahu k matce, a to v případě druhého onemocnění anorexií (jednalo se o soudobý pohled, v době své druhé anorexie si vztahem k matce jako jednou z příčin zcela jistá nebyla). Tato respondentka poukazovala na snahu vymanit se z matčina vlivu, matku vnímala jako někoho, kdo ji omezuje. Taktéž respondentčina sestra se o vztahu k matce zmiňovala jako o podstatném faktoru vzniku a udržování onemocnění mentální anorexií (jak tehdejší, tak soudobém pohledu). Obdobný byl soudobý pohled dalšího z rodinných příslušníků – přestože se sama respondentka přikláněla spíše ke vztahu k otčímovi jako faktoru vzniku své anorexie, její bratr zmiňoval právě vztah k matce.

Zcela jiné charakteristiky – v porovnání s charakteristikami vztahů matek a dcer anorektiček – jsou zmiňovány v souvislosti se vztahy matek a dcer bulimiček. Kocábová, Z. (2006, s. 3) poukazuje na chladný, kritický a odmítající postoj matek, které svým dcerám neposkytují dostatek opory; tato zjištění opět vyplývají ze závěrů výzkumu, na jehož realizaci se autorka spolupodílela.

Závěry mnou provedeného výzkumu naznačují shodu v případě jedné z respondentek, která rovněž poukazovala na matčin chladný, odtažitý postoj, a to jak v době před vznikem onemocnění, tak v době jeho průběhu. Přestože tato respondentka nespatořovala ve vztahu k matce příčinu svého onemocnění (jak v tehdejší, tak soudobém pohledu), její sestra v soudobém pohledu na citovou nenaplněnost plynoucí právě ze vztahu k oběma rodičům jako na příčinu onemocnění poukazovala. Druhá respondentka s MB se naopak ve vztahu k matce zmiňovala o souladu, pocitu pochopení a porozumění.

Zcela odlišné závěry však přinesla analýza výpovědí respondentek ze skupiny osob trpících PPP v souvislosti s tematikou vztahu k otci/otčímovi; právě určité aspekty tohoto vztahu figurovaly v jejich výpovědích ohledně příčiny či příčin onemocnění

nejčastěji, a to především v tehdejších stanoviscích; výjimkou byla v tomto ohledu jedna z respondentek, která roli vztahu k otci zpochybňovala.

Jak je patrné z dostupných zdrojů (např. Černá, R., online; Kocábová, Z., 2006, s. 3; Krch, F. D. in Krch, F. D. et al., 2005, s. 66; Štichová, Z. in Vodáčková, D. et al., 2007, s. 452) výčet charakteristik osobností otců je poměrně bohatý, výjimkou nejsou ani charakteristiky zcela protichůdné.

Respondentky se však nezaměřovaly přímo na charakteristiku osobnosti otce/otčíma, nýbrž na charakteristiku pocitů ve vztahu k němu. V tomto ohledu se pocity respondentek s MA nejvíce shodovaly s pocity uváděnými Kocábovou, Z. (2006, s. 3), která poukazuje především na lítost pramenící z časté nedostupnosti otce, jeho odtažitosti, nezájmu a neschopnosti přijmout dceru takovou, jaká je. V rámci mého výzkumu však obdobné pocity ve vztahu k otci – které zmiňuje Kocábová, Z. (2006, s. 3) - popisovaly rovněž respondentky s MB. Navíc poukazovaly na vzdálenost a nepřítomnost otce, a to nejen v rovině citové, ale rovněž fyzické (především respondentka, která svého otce nikdy nepoznala); v tomto ohledu jejich vyjádření v určitých bodech korespondovala s popisem Štichové, Z. (in Vodáčková, D. et al., 2007, s. 452), která rovněž zmiňuje vzdálenost otce, ať pro přílišnou zaměstnanost, nepřítomnost či neschopnost navázat pevný vztah; autorka však daný popis otce nespécifikuje výhradně pro rodiny dívek s diagnózou MB. Naopak pocity dívek s MB, které zmiňuje Kocábová, Z. (2006, s. 3), tedy pocity strachu a úzkosti pramenící z nejistoty a nevyzpytatelnosti otcova chování, respondentky v rámci mého výzkumu neuváděly. Rovněž příliš blízký vztah otce a dcery v raném dětství, který se narušuje počátkem puberty – na nějž v případě bulimiček odkazuje Krch, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 66) – v rámci mého výzkumu u respondentek s MB prokázán nebyl. Naopak, v obdobných termínech se vyjadřovala respondentka s opakovaným onemocněním mentální anorexií. Přestože byl pro tuto respondentku v souvislosti s příčinami jejích dvou onemocnění anorexií stěžejní právě vztah k otci (v případě třetí anorexie se jednalo o vztah k partnerovi), soudobé stanovisko respondentčiny matky bylo odlišné; ve vztahu dcery a otce a onemocnění anorexií přímou souvislost nespátřovala. Názorová odlišnost byla patrná rovněž v případě respondentek s MB a

jejich rodinných příslušníků. Sestra respondentky, pro kterou byl významným faktorem vzniku onemocnění právě vztah k otci, poukazovala na vztah k oběma rodičům, nejen k osobě otce. Zásadně odlišný byl názor otce druhé respondentky s MB: tento se v souvislosti se vznikem onemocnění (nejen dceřina, ale i obecně) jednoznačně nepřikláněl k žádnému konkrétnímu faktoru, tedy ani vztahu dcery k němu samotnému.

Respondentky s MB rovněž popisovaly souvislosti mezi pocity pramenícími ze vztahu k otci a potřebou přejedení se, jež bylo následováno zvracením. Obdobně, jako se o zmiňovaných souvislostech vyjadřovaly respondentky, se vyjadřuje rovněž Poněšický, J. (in Růžička, J., 2006, s. 78), který poukazuje na přání bulimiček získat konečně to, čeho se nedostává, na touhu po lásce, podpoře, porozumění a naplnění, které je vedou k přejedení, a poté na zklamání, které vede ke zvracení.

Analýza výpovědí respondentek, pro které bylo významné téma vztahu k otci, přinesla nepřehlédnutelné zjištění: právě vztah k otci byl z jejich pohledu určujícím pro kvalitu vztahu partnerského. Respondentky poukazující na nemožnost bližšího poznání otce v dětství nespátřovaly příčinu svého onemocnění na straně partnerského vztahu. Naopak pro respondentky poukazující na pocit citového nenaplnění ve vztahu k otci (přestože jim byl otec fyzicky nablízku), který si dle svých slov následně přenášely do vztahu partnerského (byť jedna z respondentek v těchto souvislostech původně neuvažovala), představoval partnerský vztah a pocity z něho plynoucí faktor vzniku onemocnění poruchou příjmu potravy. S tímto (druhým) zjištěním mého výzkumu koresponduje vyjádření Uzla, R. (2006, s. 12): „Vztahové problémy ostatně bývají často uváděny nikoliv jako následek, ale v mnohých případech i jako příčina těchto nemocí.“

Přestože je v odborných zdrojích v souvislosti se vznikem a udržováním PPP mnohdy zmiňován význam osobnosti a dalších psychických charakteristik, v rámci mého výzkumu se přímo k těmto faktorům jako jedné z příčin onemocnění přikláněly dvě respondentky – a to respondentka, která anorexií onemocněla opakovaně, a poté její sestra. Ve výpovědích respondentek bylo poukazováno na cílevědomost, kladení si vysokých požadavků na sebe sama, stejně jako na neschopnost vyrovnat se s kritikou, neúspěchem. Přestože přání být ve všem dokonalá přímo zmiňovala pouze sama

respondentka, domnívám se, že výpověď její sestry na tento aspekt rovněž - byť nepřímo – poukazuje.

Na predisponující osobnost anorektiček a bulimiček poukazují obdobně v termínech ambicióznosti a pocitech viny Baštecký, J. - Šavlík, J. - Šimek, J. (1993, s. 241). Dle Krcha, F. D. (in Krch, F. D. et al., 2005, s. 73) je v souvislosti s rozvojem nejen anorektické, ale také bulimické symptomatologie často zmiňován perfekcionismus. Na perfekcionistické rysy – mimo jiné - jako na premorbidní obdobně poukazuje Papežová, H. (in Höschl, C. – Libiger, J. – Švestka, J., 2004, s. 613). Jak však podotýkají Kocourková, J. a Koutek, J. (2001, s. 109, online), vzhledem k charakteristikám uváděným u anorektiček a bulimiček je otázkou, zda se skutečně jedná o premorbidní osobnostní charakteristiky nebo o osobnostní změny v důsledku trvajících poruch. Této otázce věnuje pozornost rovněž Wonderlich, S. A. (in Fairburn, Ch. G. – Brownell, K. D., 2002, s. 205-206); dle autora výsledky studií naznačují, že perfekcionismus – ve velké míře se vyskytující u pacientů s mentální anorexií – má tendence k tomu přetrvávat ještě dlouhou dobu po uzdravení.

Dalším z cílů mého kvalitativního výzkumu bylo zmapování cesty, kterou respondenti dospěli ke svým stanoviskům a závěrům, tedy kterým aspektům přikládali význam, z čeho vycházeli; v této souvislosti bylo mapováno dlouhé časové období, a to od doby před vznikem poruchy příjmu potravy až po období současné. Předmětem této části diskuse je konfrontace zjištění vyplývajících z analýzy výpovědí respondentů s teorií sociální konstrukce reality, a to ve vztahu k problematice PPP.

Analýza výpovědí respondentek ze skupiny osob trpících PPP přinesla zjištění, o kterém se domnívám, že jeho význam umocňuje právě názorová homogenita. V tehdejších postojích téměř všech respondentek k problematice PPP figurovala touha po štíhlosti jako nejvýznamnější faktor vedoucí ke vzniku a rozvoji těchto poruch. Některé respondentky rovněž poukázaly na štíhlou postavu jako na společností žádanou, ba dokonce vyžadovanou. Názorová homogenita naopak nebyla patrná ve výpovědích respondentů ze skupiny rodinných příslušníků: touha po štíhlosti jako

nejvýznamnější faktor vedoucí ke vzniku a rozvoji PPP figurovala ve výpovědích pouze dvou z nich.

Domnívám se, že některými respondenty obou skupin zmiňovaný společenský požadavek štíhlosti reflektuje Novákovo, M. (2010, s. 47, 57) poukazování na dnešní společností kladené rovnítko mezi krásu a štíhlost, která je kulturně stanoveným pozitivním termínem; dle autora pak není těžké pochopit, proč tolik dívek trpí symptomy PPP.

Na vliv společenských požadavků ve vztahu k ideálnímu tělesnému vzhledu obdobně poukazuje Janebová, R. (2006, s. 82). V obecnějších termínech se vyjadřuje Valdřová, J. (2006, s. 18), která poukazuje na diktát společnosti proměňující to, co je právě společností konstruováno.

Dle mého názoru je zde opět možno prezentovat určitou shodu se zjištěním mého výzkumu: uvážím-li, že tělesný vzhled – mimo jiné míry a hmotnost - odpovídá povaze společenského konstrukt (Berger, P. L. - Luckmann, T., 1999, s. 106), pak je tento konstrukt, jak uvádí právě Valdřová, J. (2006, s. 18), proměňován diktátem společnosti; tedy společnost „diktuje“ štíhlost nebo naopak plné tvary – a některé z respondentek poukazovaly právě na společností žádanou, „diktovanou“ štíhlost.

Rozdílné závěry však přináší konfrontace zjištění mého výzkumu s tvrzeními Janebové, R. (2006, s. 82-85). Přestože autorčino poukazování na význam sociálně konstruktivistických faktorů v souvislosti se vznikem PPP odkazuje ke shodě s vyjádřením zmiňovaných respondentů - neboť tito rovněž vyzdvihovali roli společenských požadavků na vzhled, konkrétně na štíhlost – v případě tvrzení, že vznik PPP není primárně připisován touze po žádaném vzhledu těla, však již na shodu s vyjádřením respondentů odkazovat nelze. Zatímco respondenti primárně na touhu po štíhlosti poukazovali, Janebová, R. (2006, s. 85) v této souvislosti naopak vyzdvihuje spíše snahu dostat definici ženy jako pečovatelky, neboť pečovatelská role je dle autorky kontraproduktivní agresivním projevům chování a ženy jsou tak vychovávány k potlačování agrese, což ústí v autoagresivní chování, konkrétně do anorexie a bulimie.

Jak vyplynulo z analýzy výpovědí, respondentky – ženy obou skupin - svůj tehdejší postoj k problematice PPP zaujímaly na základě informací, jež pocházely

především z nejrůznějších titulů časopisů pro ženy a dívky, zmiňovány byly rovněž informace tzv. „z doslechu“, na které poukazoval rovněž respondent – muž ze skupiny rodinných příslušníků; zmiňované zdroje tak představovaly základ pro utvoření si obrazu o problematice PPP. Pokud se jedná o respondenty zmiňované informace tzv. „z doslechu“, tedy informace zprostředkované ostatními, lze uvažovat nad shodou se Salmonovým, P. (s. 230, online) poukazováním na skutečnost, že v důsledku vlivu ostatních inklinujeme k tomu myslet jinak.

Jedná-li se o informace pocházející přímo z tisku, je dle mého názoru možné konstatovat, že zjištění mého výzkumu nezpochybňuje Czechovo, L. (2010, online) a ani Pelouškovo, M. (2006, s. 10) poukazování na vliv médií vzhledem k utváření našich názorů a postojů.

Osobně se domnívám, že analýza výpovědí respondentek ze skupiny osob trpících PPP přinesla velice důležitý nále. Přestože respondentky – ještě než samy onemocněly anorexií či bulimií – považovaly za hlavní faktor vzniku PPP obecně touhu po štíhlosti (příčemž své postoje zaujímaly nejčastěji na základě informací z časopisů pro ženy a dívky – viz dále), v případě vlastního onemocnění tuto nezmiňovaly; v jejich tehdejších stanoviscích naopak dominovalo rodinné prostředí, byť jeho role byla proměnlivá. Jak dále z analýzy jejich výpovědí vyplynulo, k rodinnému prostředí se stavěly především na základě vlastního přesvědčení - rodinné události pro ně tehdy měly natolik stěžejní význam, že vznik vlastního onemocnění spatřovaly právě v těchto souvislostech. Vliv odborných informací ve svých tehdejších stanoviscích (jako tomu bylo v případě obecného pohledu na PPP) respondentky zpochybňovaly.

Rozdílná a zcela protichůdná zjištění však přinesl můj výzkum vzhledem k otázce takzvaných významných druhých, tedy – dle pojetí Czecha, L. (2010, online) - v podstatě institucí socializujících jedince; jednou z těchto institucí jsou dle autora rovněž média. Jak již bylo uvedeno, respondentky (ženy ze skupiny osob trpících PPP) roli médií na utváření svých tehdejších názorů vzhledem k problematice PPP obecně potvrdily. Naopak však v tomto ohledu nepotvrdily roli nejvýznamnější společenské instituce, a sice rodiny; rodinné prostředí (a tedy významní druzí) nebylo ani pro jednu z respondentek zdrojem informací o dané problematice. Přestože jedna respondentka

zmiňovala matčiny výhrůžky týkající se mentální anorexie, obeznámení s PPP jako takovými zpochybňovala.

Někteří respondenti se rovněž vyjadřovali v termínech shody svého postoje s všeobecným názorem vzhledem k problematice PPP – respondenti byli toho názoru, že na PPP jako na důsledek touhy po štíhlosti – kromě nich samotných - nahlíží rovněž společnost. Dle mého názoru vyjadřoval pohled respondentů konsenzus, který Chiu, CH. - Torelli, C. J. - Wan, CH. (2010, s. 423-424, online) označují jako intersubjektivní; dle autorů se jedná o *sdílenou realitu*, tedy celkové vědění, které je přijato jako známé a sdílené taktéž ostatními, přičemž intersubjektivně důležitá hodnota je konstruktem sociálním nebo kulturním, zatímco subjektivní je konstruktem osobním.

Osobně se domnívám, že různorodost v postojích respondentů ze skupiny rodinných příslušníků byla podmíněna různorodostí této skupiny jako takové, jak z hlediska věku, tak z hlediska pohlaví. Dle mého názoru je v této souvislosti rovněž možné uvažovat nad pozicí respondentů v rámci rodinného systému: celou situaci vnímají jinak sourozenci osob trpících PPP a jinak rodiče takto nemocných dcer.

Můj osobní názor na problematiku PPP se od doby, kdy jsem se k této tematice vyjadřovala na stránkách své bakalářské práce, nijak zásadně nezměnil. PPP vnímám především jako onemocnění, které vzniká spolupůsobením celé řady faktorů; osobně se přikláním k multifaktoriální povaze PPP, stejně tak jako někteří z odborníků a respondentů, které jsem ve své práci citovala. Dle mého názoru je role rodinného prostředí na vzniku a udržování PPP nezpochybnitelná; toto stanovisko zaujímám především na základě opakované zkušenosti s onemocněním poruchami příjmu potravy ve svém nejbližším okolí. Dle mého názoru jsou PPP vyjádřením především problematického vztahu k matce, otci, či oběma rodičům současně; význam přiřítám rovněž problematickým sourozeneckým vztahům, především soupeření o pozornost a zájem ze strany rodičů. Překážky v komunikaci, mnohdy zmiňované jako jeden z významných faktorů vzniku a udržování PPP, považuji především za důsledek oněch problematických vztahů. Jak jsem však poznamenávala, osobně se přikláním k multifaktoriální povaze PPP; domnívám se tedy, že pouze rodinné prostředí samo o

sobě (jako izolovaný faktor) rozvoj poruchy příjmu potravy nevyvolá – podstatná je dle mého názoru interakce rodinného prostředí s dalšími faktory.

Domnívám se, že problematika PPP je širokou veřejností redukována na asociaci s tlakem společnosti, která dosažení životního štěstí a úspěchu podmiňuje „vlastnictvím“ štíhlé a atraktivní postavy. Důvodů k této „zreduované“ asociaci je zajisté celá řada. Dle mého názoru je to rovněž otázka absence kritického myšlení, kdy lidé pouze pasivně přijímají to, co jim je jinými (tedy společností obecně) předkládáno. Taktéž na tuto otázku lze dle mého názoru nahlížet optikou teorie sociální konstrukce reality. Pokud nás společnost sice určuje, avšak na druhé straně je současně určována i námi, členy samotnými (Berger, P. L., 2003, s. 133; Reichel, J., 2004, s. 76), pak není těžké zdůvodnit, proč je stále zdůrazňován onen společenský tlak. Dokud budou členové společnosti (zejména ženy) přijímat diktát určovaný jinými členy – a navíc budou dělat vše proto, aby jeho podmínkám vyhověli – pak budou jen potvrzovat jeho správnost; například tedy: dokud budou ženy usilovat o takovou postavu, aby se mohly oblékat do návrháři a módními koncerny protěžované velikosti 34-36, budou tak tento „diktát malých velikostí“ jen potvrzovat a nadále udržovat.

V souvislosti s tehdejšími pohledem na problematiku PPP obecně poukazovali někteří z respondentů na shodu vlastního názoru s všeobecným míněním společnosti. Domnívám se, že se ztotožnili s pohledem, který jim předkládala společnost a který by společností pravděpodobně zpětně prezentovali a v konečném důsledku i potvrdili. Nicméně přišla osobní zkušenost s onemocněním poruchou příjmu potravy (vlastní či dceřinou/sestřinou) a obecný názor – většiny – respondentů na problematiku PPP se změnil; dnes již společnosti nabízí jiný pohled, než jaký tehdy přijali. Dle mého názoru lze opět – i na tomto místě – konstatovat, že společnost nás sice určuje, avšak na druhé straně je současně určována i námi, členy samotnými (Berger, P. L., 2003, s. 133; Reichel, J., 2004, s. 76).

6 ZÁVĚR

V průběhu bakalářského výzkumu se jako velmi důležité téma - jak ve výpovědích pacientek, tak ve výpovědích odborníků - ukázala být rodina. Současně však vyvstala další témata, kterým jsem přikládala význam v řešení problematiky PPP; jedním z těchto témat byly subjektivně viděné faktory podstatné pro vznik onemocnění, a to jak z pohledu samotných osob trpících PPP, tak jejich rodinných příslušníků.

Diplomovou prací jsem se zaměřila na detailní rozpracování výše zmiňovaného tématu. Zajímalo mne nejen to, jakým faktorů v rozvoji a udržování PPP přikládají význam samy osoby těmito poruchami trpící a jejich rodinní příslušníci a jakou roli dle jejich názoru zaujímá rodinné prostředí, ale rovněž to, jakým způsobem ke svým stanoviskům dospěli, odkud své názory na PPP vzali; jsou tyto respondentem přinášeny jako vlastní téma, nebo jako téma přijaté „odjinud“? Teoretickým rámcem práce byla sociální konstrukce reality, koncept tvrdící, že realita – coby sociálně vytvářený a podmíněný fenomén – je jedincem vnímána tak, jak mu ji prezentují „mocenské struktury“ společnosti. Bylo tedy otázkou, zda respondentem uváděný názor na PPP není pouze reprodukován na základě předchozího ovlivnění „mocenskými strukturami“.

Cílem diplomové práce tak bylo zmapovat, které faktory považují osoby trpící poruchami příjmu potravy a jejich rodinní příslušníci za podstatné pro vznik onemocnění a jakou cestou k zaujetí svých stanovisek dospěli. Za účelem co možná nejkompaktnějšího zmapování dané problematiky sloužil kvalitativní výzkum; požadavku co možné největší komplexnosti napomáhalo mapování problematiky ve dvou časových rovinách – tehdejší a soudobé. Obdobně byly mapovány další dvě zdánlivě nesouvisející roviny – obecná a konkrétní.

Na počátku kvalitativního výzkumu byly formulovány dílčí cíle, a sice: 1. zmapovat osobami trpícími PPP subjektivně viděné faktory vzniku jak svého onemocnění, tak onemocnění poruchami příjmu potravy obecně, s důrazem na rodinné faktory, 2. zmapovat rodinnými příslušníky subjektivně viděné faktory vzniku jak deřina/seřřina onemocnění, tak onemocnění poruchami příjmu potravy obecně,

s důrazem na rodinné faktory, 3. zmapovat, na základě čeho respondenti svá stanoviska zaujali.

Výzkumnou otázkou bylo, zda faktory, uváděné osobami trpícími PPP ve vztahu ke vzniku vlastního onemocnění, jsou shodné s faktory, které tyto osoby uvádí ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně. Žádná z respondentek nepoukazovala ve svém tehdejší pohledu na faktory, které by byly shodné. Respondentkami nejčastěji zmiňovaným faktorem ve vztahu ke vzniku vlastního onemocnění byl faktor rodinného prostředí, především vztah k otci; ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně se jednalo především o faktor touhy po štíhlé postavě. Respondentky s opakovanou mentální anorexií v průběhu času (od svého prvního onemocnění) svá stanoviska vzhledem k problematice PPP obecně pozměňovaly; shodné faktory následně zaznívaly ve výpovědích jedné z nich. Naproti tomu v soudobém pohledu (týká se i soudobého pohledu na každé z opakovaných onemocnění mentální anorexií) některých respondentek již shodné faktory figurovaly; u dvou respondentek zcela, další dvě respondentky poukazovaly ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně na vícero faktorů, některé však byly identické s těmi, které uváděly ve vztahu ke vzniku vlastního onemocnění.

Obdobně byla stanovena výzkumná otázka pro respondenty ze skupiny rodinných příslušníků, a sice zda faktory, uváděné rodinnými příslušníky ve vztahu ke vzniku dceřina/sestřina onemocnění, jsou shodné s faktory, které tyto respondenti uvádí ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně. Žádný z rodinných příslušníků nepoukazoval ve svém tehdejší pohledu na faktory, které by byly shodné; přestože ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně někteří z nich na určité faktory poukazovali (nejčastěji se jednalo o faktor touhy po štíhlosti), ve vztahu ke vzniku dceřina/sestřina onemocnění nedokázal kterýkoli z respondentů určit žádný konkrétní faktor. Rodinní příslušníci (sestra, matka) respondentek s opakovanou mentální anorexií v průběhu času (od dceřina /sestřina prvního onemocnění) svá stanoviska vzhledem k problematice PPP obecně pozměňovali; shodný faktor následně figuroval ve výpovědi jedné respondentky. V soudobém pohledu (týká se i soudobého pohledu na každé z dceřina/sestřina opakovaných onemocnění mentální anorexií) se ke

zcela identickým faktorům přikláněl jeden z respondentů, určité shodné faktory figurovaly ve výpovědích dvou respondentek.

Třetí výzkumnou otázkou bylo, kterým aspektům v procesu zaujímání stanovisek přikládali respondenti určující význam. Tehdejší stanovisko ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně zaujímaly respondentky ze skupiny osob trpících PPP vesměs na základě informací pocházejících z nejrůznějších titulů dívčích časopisů a časopisů pro ženy; lze konstatovat, že názory respondentek byly přijaté „odjinud“ a ovlivněné tím, jaký obraz podávala o PPP média. Tehdejší stanoviska všech respondentek k příčinám vlastního onemocnění (včetně opakovaného onemocnění mentální anorexií) vycházela z jejich osobního přesvědčení; předchozí vliv informací respondentky zpochybňovaly. Soudobé stanovisko ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně zaujala každá z respondentek na základě vlastní zkušenosti. Respondentky, které ve vztahu k příčinám vzniku vlastního onemocnění svá stanoviska s odstupem času pozměnily, poukazovaly především na vliv psychoterapie, která jim napomáhala vidět onemocnění v jiných souvislostech, vliv odborných informací zpochybňovaly; právě důraz odborníků na jiné faktory, pod jejichž vlivem respondentky svou situaci zpracovávaly, může být vysvětlením pro ústup rodinného prostředí do pozadí, neboť toto oproti bakalářské práci již tolik nedominovalo. Naopak respondentky, které svá stanoviska ani s odstupem času nezměnily, poukazovaly na stálý vliv svého tehdejšího přesvědčení.

Rodinní příslušníci, kteří tehdy ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně zaujímali určité stanovisko (někteří tehdy žádné stanovisko ani nezaujímali), tak činili především na základě informací pocházejících z časopisů pro ženy či informací tzv. „z doslechu“; opět lze konstatovat, obdobně jako v případě respondentek, že jejich názory byly přijaté „odjinud“ a ovlivněné tím, jaký obraz podávala o PPP společnost. Zcela bez zaujetí jakéhokoli stanoviska byly charakterizovány tehdejší postoje všech rodinných příslušníků ve vztahu k příčinám vzniku dceřina/sestřina onemocnění. Rodinní příslušníci respondentek s opakovaným onemocněním mentální anorexií zaujali svá stanoviska jak ve vztahu k příčinám vzniku každého dalšího dceřina/sestřina onemocnění, tak ve vztahu k příčinám vzniku

onemocnění poruchami příjmu potravy obecně na základě kombinace vlastního přesvědčení či zkušenosti a odborných informací, přičemž názory a stanoviska odborníků měly v tomto případě na postoje respondentů přímý vliv, nesloužily pouze k utvrzení se v předem zastávaném názoru. Soudobá stanoviska rodinných příslušníků (kteří tato s odstupem času pozměnili) ve vztahu ke vzniku onemocnění poruchami příjmu potravy obecně jsou založena na zkušenosti s dceřiným/sestřiným (či kamarádčíným) onemocněním, obdobně tak stanoviska ve vztahu k příčinám vzniku dceřina/sestřina onemocnění byla zaujímana primárně na základě vlastního přesvědčení či zkušenosti, odborná literatura sloužila pouze k potvrzení správnosti vlastního názoru; přímý vliv odborné literatury potvrzoval pouze jeden z respondentů. Lze však konstatovat, že respondenti si některá svá tehdejší stanoviska, původně ovlivněná názory odborníků, přenesli do soudobých pohledů. Respondenti, kteří svá stanoviska ani s odstupem času nezměnili, poukazovali na stáletrvající vliv svých tehdejších přesvědčení.

Kvalitativní analýzou výpovědí respondentů bylo dosaženo předem stanovených dílčích cílů, výzkumné otázky byly zodpovězeny. Jak dílčí cíle, tak jednotlivé výzkumné otázky nebylo nutné v průběhu výzkumu upřesňovat; taktéž nevyvstala potřeba od některých zcela upustit. Domnívám se, že problematika subjektivně viděných faktorů podstatných pro vznik onemocnění poruchou příjmu potravy, včetně zdůvodnění, byla zmapována co možná nejkomplexněji; k danému stanovisku mne vede především skutečnost zaměření se na danou problematiku ve dvou časových rovinách.

Domnívám se, že přínos diplomové práce spočívá v detailním rozpracování problematiky subjektivně viděných faktorů podstatných pro vznik onemocnění PPP, s důrazem na rodinné prostředí, z pohledu výše zmiňovaných skupin respondentů. Diplomová práce se zaměřila na téma, které se v bakalářské práci jeví jako významné, avšak vzhledem k jejímu zaměření nebyl tomuto tématu dán větší prostor.

Realizovaný výzkum z mého pohledu poukázal na několik podstatných náležitostí: 1. V otázce etiologie poruch příjmu potravy je nutné zohlednit komplexní povahu těchto poruch. 2. Pozornost a péče odborníků by se měla zaměřovat na rodinu nemocných s PPP jako na aktivní a dynamický systém; do řešení problematiky

onemocnění PPP je nejen přínosné, ale také nezbytné zapojit rodinu nemocného. 3. Ke každému případu onemocnění poruchou příjmu potravy je nezbytné přistupovat individuálně. 4. Bylo by účelné zaměřit se na zmapování informovanosti o problematice PPP u rizikových skupin, a to za účelem efektivního nastavení preventivních programů.

Problematika poruch příjmu potravy nepochybně zasahuje oblast zdravotně sociální; pozornost si žádá především otázka prevence těchto poruch, a to na všech úrovních.

Těžištěm primární prevence by měla být výchova k pravidelnému a vyváženému stravování, stejně tak jako podpora utváření pozitivního náhledu na celkový tělesný vzhled a jeho hodnocení. V tomto ohledu zastává významnou roli právě rodinné prostředí, které je určující pro zprostředkovávání hodnot a formování názorů a postojů. Rodinné prostředí by mělo být rovněž zdrojem informací o povaze a důsledcích onemocnění poruchami příjmu potravy; tento aspekt však nelze naplnit, nebudou-li sami rodiče dostatečně informováni a nebudou-li zaujímat postoj, že tato problematika se jejich – převážně – dcer netýká. Domnívám se, že význam tohoto bodu prevence umocňuje jeden z výsledků mého výzkumu, dle kterého nebylo rodinné prostředí ani pro jednu z respondentek trpících PPP zdrojem relevantních informací o problematice těchto poruch; někteří z rodičů si tento problém údajně ani nepřipouštěli.

Předmětem sekundární prevence by měla být účelná depistáž včetně co nejčasnějšího zahájení péče odpovídající individuálním potřebám nemocných s PPP. V této souvislosti vyvstává do popředí především role lékaře či jiného odborníka dostávajícího se do prvního kontaktu s těmito nemocnými. Takovýmto odborníkem může být rovněž sociální pracovník; je proto nutné, aby problematice PPP byla věnována dostatečná pozornost jak v rámci výuky, tak v rámci dalšího vzdělávání.

Terciární prevence by měla být zaměřena na odstraňování či minimalizaci důsledků onemocnění poruchami příjmu potravy, snahou by mělo být dosažení co nejvyšší možné kvality života.

V oblasti prevence zastává významnou roli informovanost – a to jak rizikových skupin, tak široké veřejnosti. Povaha zprostředkovaných informací o problematice PPP by měla reflektovat charakteristiku cílové skupiny.

7 SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

BALON, J. *Sociologická teorie: Příběh krize a fragmentace – projekt obnovy a rekonstrukce*. 1. vyd. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2007. 168s. Ediční řada Studie, 48. svazek. ISBN 978-80-86429-72-4.

BALON, J. – ŠUBRT, J. *Soudobá sociologická teorie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 232s. ISBN 978- 80-247-2457-7.

BAŠTECKÝ, J. – ŠAVLÍK, J. – ŠIMEK, J. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. 368s. ISBN 80-7169-031-7.

BERGER, P. L. *Pozvání do sociologie: Humanistická perspektiva*. Přel. J. Ogrocký. 2. vyd. Brno: Barrister & Principal – Studio, 2003. 200s. Edice Studium. Přel. z: Invitation to Sociology. ISBN 80-85947-90-0.

BERGER, P. L. – LUCKMANN, T. *Sociální konstrukce reality: Pojednání o sociologii vědění*. Přel. J. Svoboda. 1. vyd., dotisk. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury, 1999. 216s. Přel. z: The Social Construction of Reality: A Treatise in the Sociology of Knowledge. ISBN 80-85959-46-1.

CACHELIN, F. M. – STRIEGEL-MOORE, R. H. Etiology of Eating Disorders in Women. *The Counseling Psychologist* [online]. 2001, Vol. 29, No. 5, pp. 635–661 [cit. 2010-11-26]. Dostupné z: <<http://tcp.sagepub.com/content/29/5/635.short>>. ISSN 0011-0000.

CISNEROS-PUEBLA, C. A. – GERGEN, K. The Deconstructive and Reconstructive Faces of Social Construction: Kenneth Gergen in Conversation with César A. Cisneros-Puebla. With an Introduction by Robert B. Faux. *Forum: Qualitative Social Research* [online]. 2008, Vol. 9, No. 1 [cit. 2010-11-26]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=30&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>. ISSN 1438 – 5627.

CLEMENCY, C. E. – RAYLE, A. D. Hitting Closer to Home: A Multiple Family Prevention Group for Adolescent Disordered Eating. *The Journal for Specialists in Group Work* [online]. 2006, Vol. 31, No. 3, pp. 219 – 245 [cit. 2010-12-12]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

CZECH, L. Společenské důsledky medializace skutečnosti. *Inflow: information journal* [online]. 2010, roč. 3, č. 8 [cit. 2011-07-26]. Dostupné z: <<http://www.inflow.cz/spolecenske-dusledky-medializace-skutecnosti>>. ISSN 1802-9736.

ČERNÁ, R. *Mentální anorexie v kontextu rodinného systému* [online]. 2002 - 2010 Anabell o.s. [cit. 2010-12-03]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/352-mentalni-anorexie-v-kontextu-rodinneho-systemu>>. Ročníková práce FF UK.

DOČKAL, J. *Člověk v současném světě: Než začneme studovat sociální práci*. Středokluky: Zdeněk Susa, 2008. 160s. ISBN 978-80-86057-53-8.

FAIRBURN, CH. G. – BROWNELL, K. D. *Eating Disorders and Obesity: A Comprehensive Handbook*. 2nd ed. New York: The Guilford Press, 2002. 633s. ISBN 1-57230-688-2.

FUNDA, O. Analytický dekonstruktivismus v díle Iana M. Hackinga. In *Sborník prací Filozofické fakulty Brněnské univerzity: Studia Minora Facultatis Philosophicae Universitatis Brunensis* [online]. 2005. s. 25-40. B 52, Studia Philosophica. [cit. 2010-11-18]. Dostupné z: <http://is.muni.cz/do/phil/Pracoviste/5082854/5082856/5082899/B52_03Funda_2005.txt>.

GILLETT, K. S. et. al. Implicit Family Process Rules in Eating-Disordered and Non-Eating-Disordered Families. *Journal of Marital and Family Therapy* [online]. 2009, Vol. 35, Iss. 2, pp. 159-174 [cit. 2010-11-08]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=35&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

HARRINGTON, A. et al. *Moderní sociální teorie: Základní témata a myšlenkové proudy*. Přel. H. Loupová. 1. vyd. Praha: Portál, 2006. 496s. Přel. z: *Modern Social Theory: An Introduction*. ISBN 80-7367-093-3.

HAWORTH-HOEPFNER, S. The Critical Shapes of Body Image: The Role of Culture and Family in the Production of Eating Disorders. *Journal of Marriage and Family* [online]. 2000, Vol. 62, Iss. 1, pp. 212-227 [cit. 2010-12-19]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

HENDL, J. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005. 408s. ISBN 80-7367-040-2

HERMAN, C. P. – POLIVY, J. Causes of Eating Disorders. *Annual Reviews Psychology* [online]. 2002, Vol. 53, pp. 187-213 [cit. 2011-01-09]. Dostupné z: <<http://comp.uark.edu/~nlwilli/polivy02.pdf>>.

HERZOG, W. et al. Family Perception of Interpersonal Behavior as a Predictor in Eating Disorders: A Prospective, Six-Year Followup Study. *Family Process* [online]. 2000, Vol. 39, No. 3, pp. 359 – 374 [cit. 2010-11-19]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=39&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

HÖSCHL, C. – LIBIGER, J. – ŠVESTKA, J. *Psychiatrie*. 2., doplněné a opravené vyd. Praha: Tigris, 2004. 884s. ISBN 80-900130-7-4.

HÖSCHL, C. – PRAŠKO, J. – SEIFERTOVÁ, D. *Postupy v léčbě psychických poruch*. 1.vyd. Praha: Academia Medica Pragensis, 2004. 480s. ISBN 80-86694-06-2.

CHIU, CH. – TORELLI, C. J. – WAN, CH. Intersubjective Consensus and The Maintenance of Normative Shared Reality. *Social Cognition* [online]. 2010, Vol. 28, No. 3, pp. 422–446 [cit. 2011-01-22]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&hid=105&sid=d6b8c9b7-94ef-42d5-a79c-6734e11e0c53%40sessionmgr112>>.

CHVÁLA, V. – TRAPKOVÁ, L. *Poruchy příjmu potravy z hlediska vývoje rodinného systému: Eating Disorders in Aspect of Development of Family System* [online]. 1997 [cit. 2010-12-03]. Dostupné z: <<http://www.sktlib.cz/publikace/kritfalt.htm>>.

CHVÁLA, V. – TRAPKOVÁ, L. *Rodinná terapie psychosomatických poruch*. 1.vyd. Praha: Portál, 2004. 224s. ISBN 80-7178-889-9.

JANEBOVÁ, R. *Sociální problémy z aspektu gender*. 1. vyd. Hradec Králové: Gaudeamus, Univerzita Hradec Králové, 2006. 106s. Texty k sociální práci. ISBN 80-7041-512-6.

KLAJBAN, M. Sociální konstrukce reality Petera Bergera a Thomase Luckmanna. *Inflow: information journal* [online]. 2011, roč. 4, č. 6 [cit. 2011-07-26]. Dostupné z: <<http://www.inflow.cz/socialni-konstrukce-reality-petera-bergera-thomase-luckmanna>>. ISSN 1802-9736.

KNOBLAUCH, H. Book Reviews. *American Journal of Sociology* [online]. pp. 1459-1461 [cit. 2010-11-06]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

KOCÁBOVÁ, Z. Výzkum: Rodinné prostředí dívek s poruchami příjmu potravy. *Zpravodaj Anabell*, 2006, č. 4, s. 3 – 4.

KOCOURKOVÁ, J. – KOUTEK, J. Specifika poruch příjmu potravy u dětí a adolescentů: Diagnostické a terapeutické otázky. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2001, č. 3, s. 109–111 [cit. 2011-02-02]. Dostupné z: <<http://www.sekceppp.eu/doc/010300.pdf>>

KRANZOVÁ, R. – MALONEY, M. *O poruchách příjmu potravy*. Přel. J. Krchová. 1.vyd. Praha: Lidové noviny, 1997. 160s. Linka důvěry. Přel. z: Straight Talk About Eating Disorders. ISBN 80-7106-248-0.

KRCH, F. D. *Mentální anorexie*. 1. vyd. Praha: Portál, 2002. 240s. ISBN 80-7178-598-9.

KRCH, F. D. Poruchy příjmu potravy: Rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2004, č. 1, s. 14–16 [cit. 2011-07-26]. Dostupné z: <<http://www.sekceppp.eu/doc/040100.pdf>>.

KRCH, F. D. et.al. *Poruchy příjmu potravy*. 2.vyd. Praha: Grada Publishing, 2005. 256s. Psyché. ISBN 80-247-0840-X.

LATZER, Y. et al. Attachment Style and Family Functioning as Discriminating Factors in Eating Disorders. *Contemporary Family Therapy* [online]. 2002, Vol. 24, No. 4, pp. 581-599 [cit. 2011-04-16]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=36&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

LEIBOLD, G. *Mentální anorexie: Příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Přel. L. Běhounková. 1.vyd. Praha: Svoboda, 1995. 144s. Přel.z: Magersucht; Ursachen, Verlauf und neue Behandlungsmethoden. ISBN 80-205-0499-0.

MARÁDOVÁ, E. *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2007. 32s. ISBN 978-80-86991-09-2.

NEČAS, E. et al. *Obecná patologická fyziologie*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2000. 380s. Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 80-246-0051-X.

NĚMEČKOVÁ, P. Poruchy příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 2007, č. 4, s. 155–157 [cit. 2010-12-09]. Dostupné z: <<http://www.sekceppp.eu/doc/070401.pdf>>.

NOVÁK, M. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství Cerm, 2010. 106s. ISBN 978-80-7204-657-7.

OLIVERI, M. E. – REISS, D. The Family's Construction of Social Reality and Its Ties to Its Kin Network: An Exploration of Casual Direction. *Journal of Marriage and the Family* [online]. 1983, pp. 81-91 [cit. 2010-12-13]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=15&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

PAPEŽOVÁ, H. *Bulimie a anorexie – informace o léčbě* [online]. Ideální.cz: Portál o poruchách příjmu potravy, informace a služby s odbornou garancí [cit. 2011-05-23]. Dostupné z: <http://pppinfo.cz/clanek_show.asp?id=31>.

PAPEŽOVÁ, H. Poruchy příjmu potravy. *Postgraduální medicína – příloha* [online]. 2005_a, č. 5, s. 45–51 [cit. 2011-05-23]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina-priloha/poruchy-prijmu-potravy-272929>>.

PAPEŽOVÁ, H. Poruchy příjmu potravy a mezioborová spolupráce. *Postgraduální medicína* [online]. 2005_b, č. 1, s. 94–100 [cit. 2011-05-23]. Dostupné z: <<http://www.zdn.cz/clanek/postgradualni-medicina/poruchy-prijmu-potravy-a-mezioborova-spoluprace-165297>>.

PAPEŽOVÁ, H. *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2010. 424s. 8s. přílohy. ISBN 978-80-247-2425-6.

PELOUŠEK, M. Očima televize. *Zpravodaj Anabell*, 2006, č. 5, s. 10.

PETRUSEK, M. *Společnosti pozdní doby*. 1. vyd., dotisk 2007. Praha: SOCIOLOGICKÉ NAKLADATELSTVÍ, 2007. 464s. ISBN 978-80-86429-63-2.

PLAŇAVA, I. *Manželství a rodiny: Struktura, dynamika, komunikace*. 1. vyd. Brno: DOPLNĚK, 2000. 296s. ISBN 80-7239-039-2.

PSYCHIATRICKÁ KLINIKA, LÉKAŘSKÁ FAKULTA MU A FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO. *Zdravotnická péče* [online]. [cit. 2011-05-23].

Dostupné z: <<http://www.pk-brno.cz/index.php?pg=zdravotnicka-pece>>.

REICHEL, J. *Kapitoly systematické sociologie*. 1. vyd. Praha: Eurolex Bohemia, 2004. 264s. Edice Andragogika. ISBN 80-86432-80-7.

RŮŽIČKA, J. et al. *Psychosomatický přístup k člověku*. 1.vyd. Praha: Triton, 2006. 320s. Psyché. ISBN 80-7254-750-X.

SALMON, P. *Reviews* [online]. pp. 229-236 [cit. 2010-11-04]. Dostupné z: <<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=34&did=1780062491&SrchMode=1&sid=9&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1290759164&clientId=45236>>.

SEKCE PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY PŘI ČESKÉ PSYCHIATRICKÉ SPOLEČNOSTI JEP. *Program pro léčbu poruch příjmu potravy a dalších psychosomatických poruch*. [online]. Sekce PPP 2007 [cit. 2011-05-23]. Dostupné z: <<http://www.sekceppp.eu/osekci.htm>>.

SHEKTER-WOLFSON, L. – WOODSIDE, D. B. *Families and Eating Disorders* [online]. National Eating Disorders Information Centre 2003 [cit. 2011-01-12]. Dostupné z: <<http://www.nedic.ca/knowthefacts/documents/Familiesandeatingdisorders.pdf>>.

SCHRAG, F. Essay Review: Searle on the construction of social reality. *J. Curriculum Studies* [online]. 1997, Vol. 29, No. 2, pp. 233–240 [cit. 2011-01-12]. Dostupné z: <<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=18&hid=105&sid=23fb7508-3f48-491e-96e9-3bb37595341e%40sessionmgr111>>.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, J. *Tři Pé aneb poruchy příjmu potravy od A do Zet* [online]. 2002 – 2010 Anabell o.s. [cit. 2011-04-14]. Dostupné z: <<http://www.anabell.cz/index.php/clanky-a-vase-pribehy/poruchy-prijmu-potravy/10-obecn-o-poruchach-pijmu-potravy/91-ti-pe-aneb-poruchy-pijmu-potravy-od-a-do-zet>>.

STÁRKOVÁ, L. Poruchy příjmu potravy: Psyché a soma. *Pediatric pro praxi* [online]. 2005, č. 1, s. 11–15 [cit. 2010-11-18]. Dostupné z: <<http://www.sekceppp.eu/doc/050100.pdf>>.

ŠUBRT, J. et al. *Soudobá sociologie II: Teorie sociálního jednání a sociální struktury*. 1. vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, Nakladatelství Karolinum, 2008. 394s. 12 Učební texty Univerzity Karlovy v Praze. ISBN 978-80-246-1413-7.

UZEL R. Vztahy, partnerství a sexualita nemocných s poruchami příjmu potravy. *Zpravodaj Anabell*, 2006, č. 8, s. 12-13.

VALDROVÁ, J. *Gender a společnost*. 1. vyd. Ústí nad Labem: Univerzita J. E. Purkyně, 2006. 236s. Edice Skripta. ISBN 80-7044-808-3.

VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007. 544s. ISBN 978-80-7367-342-0.

VÝROST, J. – SLAMĚNÍK, I. *Sociální psychologie*. 2., přepracované a rozšířené vyd. Praha: Grada Publishing, 2008. 408s. Psyché. ISBN 978-80-247-1428-8.

Zeptali jsme se uznávaných odborníků v České republice „Jaký má podle Vás vliv rodina či výchova na vznik poruch příjmu potravy?“ *Zpravodaj Anabell*, 2006, č. 4, s. 5-6.

8 KLÍČOVÁ SLOVA

Mentální anorexie

Mentální bulimie

Poruchy příjmu potravy

Rodinné prostředí

Sociální konstrukce reality

9 PŘÍLOHY

Příloha č. 1 – Okruhy pro účel hlubokých semistrukturovaných rozhovorů vedených s osobami trpícími PPP

1. Období před nástupem onemocnění PPP

1. a) Informovanost o problematice PPP před vlastním onemocněním

Měla jste před vlastním onemocněním o PPP nějaké informace? Odkud tyto informace pocházely? Považovala jste tyto informace za relevantní? Jaký obraz dle Vašeho názoru tyto informace o PPP podávaly? Mluvil se u Vás doma o PPP?

1.b) Stanovisko k problematice PPP před vlastním onemocněním

Jaký byl Váš tehdejší názor na PPP? Co jste považovala za hlavní důvod vzniku PPP? Co bylo dle Vás určující pro to, abyste si o PPP myslela právě toto? Zastával obdobný názor rovněž někdo jiný ve Vašem okolí? Co jste si myslela, že se běžně o PPP tvrdilo? Domnívala jste se, že Váš názor byl v něčem podobný/shodný/rozdílný? Setkala jste se s někým, kdo měl s PPP osobní zkušenost? Jaký byl jeho názor na PPP? Podnítilo Vás to k tomu, abyste o PPP začala přemýšlet jinak/abyste o PPP chtěla vědět více?

2. Období průběhu onemocnění PPP (včetně každého z opakovaných onem. PPP)

2.a) Stanovisko k vlastnímu onemocnění PPP

Jak jste vnímala své onemocnění? Co stálo dle Vašeho názoru za vznikem onemocnění? Co Vás vedlo k tomu uvažovat právě tímto směrem? Věděla jste již předtím, že právě toto může stát za vznikem onemocnění PPP? Porovnávala jste své onemocnění s tím, co jste o PPP věděla? Existovalo něco, o čem jste si říkala, že je úplně jinak, než jste se doposud domnívala?

2.b) Pozadí stanoviska k vlastnímu onemocnění PPP

Bylo pro Vás onemocnění podnětem k tomu, abyste o PPP začala hledat podrobnější informace? O jaké zdroje informací se jednalo? Nacházela jste v těchto zdrojích vysvětlení pro své onemocnění? Z jakého důvodu jste se právě k tomuto vysvětlení přikláněla? Existovalo něco, s čím jste zásadně nesouhlasila? Připadalo Vám, že některé témata jsou v souvislosti s PPP zmiňována na úkor jiných? Přemýšlela jste nad tím, z jakého důvodu se tak děje?

3. Období současné

3.a) Stanovisko k problematice PPP obecně

Jaké je Vaše soudobé stanovisko? V čem spatřujete nejzásadnější změnu? Co bylo podnětem k této změně? Co vše se promítá do Vašeho soudobého stanoviska? Kde/v čem je původ těchto Vašich názorů? Co si myslíte, že mělo na Váš názor nejzásadnější vliv? Jak dnes hodnotíte postoj společnosti k PPP? Existuje něco, s čím se ztotožňujete/s čím nesouhlasíte?

3.b) Stanovisko k vlastnímu onemocnění PPP včetně pozadí tohoto stanoviska

Spatřujete ve svém soudobém stanovisku nějaké změny? Co je příčinou těchto změn? Čemu přikládáte určující význam? Co se domníváte, že stojí za vznikem Vašeho onemocnění? Z jakého důvodu se tak domníváte? Věděla jste již dříve, že toto může stát za vznikem PPP? Na základě čeho jste k tomuto názoru dospěla? Existuje něco, co Vám poskytlo vysvětlení Vašeho onemocnění/k čemu jste se přiklonila, protože jste v tom viděla svou situaci?

3.c) Rodinné prostředí

Domníváte se, že Vaše onemocnění nějakým způsobem ovlivnilo život rodiny? V jakém ohledu? Přetrvává tento vliv stále? Změnilo se něco? V čem tyto změny spočívají konkrétně? Kterých členů rodiny se dotýkají – jakým způsobem? Domníváte se, že pohledy ostatních členů rodiny jsou obdobné/rozdílné?

Příloha č. 2 – Okruhy pro účel hlubokých semistrukturovaných rozhovorů vedených s rodinnými příslušníky osob trpících PPP

1. Období konfrontace s diagnózou dceřina/sestřina onemocnění PPP

1.a) Informovanost o problematice PPP

Měl/a jste v té době o PPP nějaké informace? Odkud tyto informace pocházely? Považoval/a jste tyto informace za relevantní? Jaký obraz dle Vašeho názoru tyto informace o PPP podávaly?

1.b) Stanovisko k problematice PPP

Jaký byl Váš tehdejší názor na PPP? Co jste považoval/a za hlavní důvod vzniku PPP? Co bylo dle Vás určující pro to, abyste si o PPP myslel/a právě toto? Co jste si myslel/a, že se běžně o PPP tvrdilo? Domníval/a jste se, že Váš názor byl v něčem podobný/shodný/rozdílný?

1.c) Stanovisko k dceřině/sestřině onemocnění PPP (včetně každého z opakovaných onemocnění PPP)

Jak jste vnímal/a dceřino/sestřino onemocnění? Co stálo dle Vašeho názoru za vznikem jejího onemocnění? Co Vás vedlo k tomu uvažovat právě tímto směrem? Věděl/a jste – na základě informací, které jste o PPP měl/a - že právě toto může stát za vznikem onemocnění PPP? Poskytly Vám tyto informace vysvětlení pro její onemocnění? Z jakého důvodu jste se právě k tomuto vysvětlení přikláněl/a? Porovnával/a jste dceřino/sestřino onemocnění s tím, co jste o PPP věděl/a?

2. Období současné

2.a) Stanovisko k problematice PPP obecně

Jaké je Vaše soudobé stanovisko? V čem spatřujete nejzásadnější změnu? Co bylo podnětem k této změně? Co vše se promítá do Vašeho soudobého stanoviska? Kde/v čem je původ těchto Vašich názorů? Co si myslíte, že mělo na Váš názor nejzásadnější vliv? Jak dnes hodnotíte postoj společnosti k PPP? Existuje něco, s čím se ztotožňujete/s čím nesouhlasíte?

2.b) Stanovisko k dceřině/sestřině onemocnění PPP, včetně pozadí tohoto stanoviska

Spatřujete ve svém soudobém stanovisku nějaké změny? Co je příčinou těchto změn? Čemu přikládáte určující význam? Co se domníváte, že stojí za vznikem dceřina/sestřina onemocnění? Z jakého důvodu se tak domníváte? Věděl/a jste již dříve, že toto může stát za vznikem PPP? Na základě čeho jste k tomuto názoru dospěl/a? Existuje něco, co Vám poskytlo vysvětlení dceřina/sestřina onemocnění? Existuje něco, k čemu jste se přiklonil/a pro podobnost dceřiny/sestřiny situace?

2.c) Rodinné prostředí

Domníváte se, že dceřino/sestřino onemocnění nějakým způsobem ovlivnilo život rodiny? V jakém ohledu? Přetrvává tento vliv stále? Změnilo se něco? V čem tyto změny spočívají konkrétně? Kterých členů rodiny se dotýkají – jakým způsobem? Domníváte se, že dceřin/sestřin pohled je obdobný/rozdílný?