

SUBJEKTIVNÍ VÝZNAM PŘÍPISOVANÝ OKOLNOSTEM VZNIKU PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY¹

Iva Sládková, Zbyněk Vybíral

Abstrakt

Zdrojem výzkumu byla diskusní fóra na čtyřech českých a jednom slovenském portálu věnovaná zdraví a poruchám příjmu potravy. Obsahovou analýzou 378 příspěvků od 259 dívek byly získány nejčastěji zmiňované faktory podílející se na rozvoji poruch příjmu potravy (PPP) u dospívajících dívek. Kvalitativní obsahovou analýzou textů v internetových diskusích jsme hledali subjektivní významy, které faktorům vzniku onemocnění připisují samy dívky. Byly formulovány následující výzkumné otázky: Které faktory vnímaly dívky jako důležité v období vzniku nemoci? Jaké hypotézy měly / mají dívky o příčině onemocnění? Zjištění diskutujeme v kontextu jiných publikovaných, podobně zaměřených výzkumů.

Klíčová slova: internet, diskuse, poruchy příjmu potravy, anorexie, bulimie

SUBJECTIVE MEANING ATTRIBUTED TO CIRCUMSTANCES IN THE COURSE OF ESTABLISHING OF EATING DISORDER²

Abstract

Four Czech and one Slovak portal dedicated to health matters were used as a research source here. The content analysis of 378 stories collected from 259 girls was the source of the most frequently mentioned factors contributing to the development of eating disorders of adolescent girls. Using the qualitative content analysis of the texts from the discussions we have searched for subjective meaning, which the girls have assigned as the main factors of this disorder's occurrence. The research questions were formulated: Which factors were perceived by girls as important at the time of the disorder's onset? What hypotheses were used by the girls to explain the disorder's cause?

Keywords: *Internet, discussion, eating disorder, anorexia, bulimia*

Došlo do redakce: 27.10.2008

Schváleno k publikaci: 13.12.2008

¹ Stať vznikla v rámci plnění výzkumného záměru MŠMT 0021622406 "Psychologické a sociální charakteristiky dětí, mládeže a rodin" řešeného na FSS MU.

² Correspondence concerning this article should be addressed to Zbyněk Vybíral; Department of Psychology, Faculty of Social Studies, Masaryk University, Joštova 10, 602 00 Brno, Czech Republic; electronic mail may be sent to vybiral@fss.muni.cz

Úvod

Mladí lidé dnes velmi často vyhledávají informace o zdraví, lécích a možnostech terapií na internetu. Nestačí jim pouze individuální vyjádření experta (lékaře) v jejich konkrétním případě, ale potřebují si porovnat své prožívání, nejistoty i prognózy s druhými lidmi a sdílet s nimi své zkušenosti. Internet umožňuje snadný přístup k názorům desítek či stovek dalších jedinců, kteří mohou být v podobné situaci. Virtuální diskusní skupiny o zdraví, příčinách nemocí a možnostech léčby a intervencí umožňují cílený přístup ke skupinovým znalostem více lidí; ze společného sdílení pak může krystalizovat společná moudrost (*collective wisdom*; Davisonová et al., 2000). Zatímco v kontaktu s lékařem léčí pacienta odborná jednosměrná intervence (léková i sociální), v diskusních skupinách může mít léčebný efekt samo sdílení příběhů (*shared stories*). Toto sdílení odlišuje svépomoc jak od odborné medicínské pomoci, tak také od individuální či párové psychoterapie (podobnost bychom mohli najít s tradiční skupinovou psychoterapií).

Ve Spojených státech byla ve druhé polovině 90. let minulého století starost o zdraví jmenována jako jedna z hlavních motivací toho, proč si lidé zaváděli domů internet (Ferguson, 1996; in Davisonová, 2000). V České republice se v září 2006 tazatelé v rámci srovnávacího World Internet Project poprvé dotazovali respondentů rovněž na oblast zdraví, psychických problémů a internetu. Odpovědi 1690 respondentů ukázaly, že při vyhledávání informací o zdraví se internet stal zdrojem (nebo by přicházel v úvahu jako zdroj) pro téměř 60% dotázaných v České republice. 45% dotázaných by osobní problém zkusilo řešit v některé z diskusních skupin na internetu. Na internetovou psychologickou poradnu by se obrátil každý čtvrtý (Šmahel, 2007).

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) patří mezi nejzávažnější psychické nemoci mladých lidí. Léčba trvá dlouho, je složitá, předčasná ukončení léčby jsou častá a úmrtnost je vysoká (Hartmann et al., 2007). PPP zahrnují dva zřetelně vymezené syndromy: mentální anorexii a mentální bulimii, přičemž obě formy mohou přecházet jedna v druhou – viz DSM–IV (American Psychiatric Association, 1994). Mentální anorexie (dále jen MA) je charakterizována úmyslným snižováním hmotnosti, které si pacientka způsobuje a udržuje sama. Přetrvává strach z tloušťky a zkreslená představa o vlastním těle. Mentální bulimie (dále jen MB) je syndrom charakterizovaný opakujícími se záchvaty přejídání a přehnanou kontrolou tělesné hmotnosti. Přejedení s přetrvávající touhou zhubnout vedou dívku k pocitům viny a následné snaze zmírnit následky přejedení, nejčastěji formou vyvolaného zvracení. Důležité je, že nemocná si na rozdíl od MA uvědomuje chorobnost svých příznaků a mívá snahu zbavit se přejídání a následného zvracení (Krch a kol., 1999).

V posledních desetiletích incidence i prevalence onemocnění výrazně stoupá, a to všude ve světě (Murray, 2003). Asi 1–3% žen v rizikovém věku mezi 15–30 lety splňuje kritéria pro MB a asi 0,5–1% pro MA. V 90–95% se porucha vyskytuje u dospívajících dívek a mladých žen. Vzácněji jsou postiženi chlapci a mladí muži i děti před pubertou a starší ženy (Raboch, Zvolský a kol., 2001). Nejčastější začátek bývá mezi 14.–15. rokem a mezi 17.–18. rokem, přičemž MB začíná zpravidla v pozdějším věku.

Nemocní se velmi často sdružují do svépomocných skupin, ve kterých si navzájem pomáhají. Ve 4 metropolích USA (Chicago, Dallas, New York a Los Angeles) bylo v roce 1996 napočítáno přes 12 a půl tisíce svépomocných skupin. Nejvíce (87%) patřilo k hnutí Anonymních alkoholiků, ale například v případě MA existovalo v těchto 4 městech 54 skupin. Scházejí se spolu nemocní s astmatem, AIDS, rakovinou, diabetes, migrénou, únavovým syndromem atd. U různých onemocnění byla zjištěna různě vysoká motivovanost ke sdružování a ke společnému sdílení zkušeností, do řady skupin vymezených danou nemocí docházeli i lidé s příbuznými potížemi (Davisonová et al., 2000).

Svépomocné skupiny na internetu jsou založeny na psaní a na vypsání se ze svých zkušeností. Nedostatek kontaktu tváří v tvář a absence řady možností, jak si poskytnout podporu, vede k většímu spoléhání se na text, a tedy také často k psaní otevřenějšímu a citlivějšímu, než jak by se lidé vyjadřovali ústně. Můžeme předpokládat, že mnozí lidé vypoví v internetové skupině více, více a rychleji se zapojují do komunikace, sahají ke zvláštním prostředkům humoru apod. (Vybíral, Skorunka, 2006).

Samo vypsání a textové svěřování se může mít léčebný účinek. Výzkum Petrieiho et al. (1998) ukázal, že vypsání se z emočních stavů má krátkodobý příznivý imunologický efekt. Autoři zjistili zvýšenou cirkulaci lymfocytů (CD4 helper T lymphocytes a total lymphocytes). Naopak potlačování myšlenek a negativních emocí (ve výzkumu: nemožnost vypsání se z nich) vedlo k poklesu cirkulace T-lymfocytů. Výzkumníci tím potvrdili předchozí objevy o vlivu potlačování myšlenek na činnost sympatického nervového systému.

Virtuální prostředí je mnohdy považováno za bezpečnější prostor pro diskusi a vzájemná sdílení o onemocněních – s těmi, kdo „jsou na tom podobně“. Internetová anonymita (kterou si člověk může určovat, resp. dávkovat) a další faktory virtuálního komunikačního prostoru umožňují sdělovat a sdílet velmi intimní svěřování, dochází k tzv. pozitivní disinhibici, jinak také k odložení zábrán, překonání nesmělosti a ostychu (Vybíral, 2005; Vybíral, Skorunka, 2006).

Výzkumné otázky

Cílem výzkumu bylo shromáždit subjektivně důležité faktory, které podle dívek souvisely se vznikem onemocnění, a těmto faktorům porozumět³. Šlo nám o to, abychom získali co nejvíce subjektivně vnímaných okolností, které mohou hrát roli v období vzniku PPP⁴. Výzkum měl odpovědět na dvě otázky: Které faktory vnímaly dívky jako důležité v období vzniku nemoci? Jaké hypotézy měly/mají dívky o příčině onemocnění?

Metody

K zodpovězení výzkumných otázek jsme zvolili kvalitativní empirické zkoumání textů. Metoda spočívala v obsahové analýze dokumentů⁵. S dalšími výzkumníky sdílíme přesvědčení, že každá individuální zpráva (o nemoci) je příspěvkem k tomu, co můžeme nazvat kolektivní narace (=o nemoci) (Davisonová, 2000). Náš postup je možno považovat za formu narativního výzkumu.

Zdrojem dat se staly příspěvky dívek nemocných některou z PPP, které dívky zveřejnily na veřejně přístupných na internetových stránkách. Jednalo se o diskusní fóra na čtyřech českých a jednom slovenském portálu věnovaných zdraví a specificky poruchám příjmu potravy, a to: www.pppinfo.cz; www.anabell.cz; www.doktorka.cz; www.anorexie.cz

³ Subjektivně důležitými faktory myslíme všechna témata, která se v příspěvcích v internetové diskusi objevují jako „sémantický trs“, a tudíž předpokládáme, že jsou pro autorku příspěvku důležitá.

⁴ Období vzniku onemocnění je specifikováno jako období, které bezprostředně předchází samotnému onemocnění, popř. dívka toto období s nemocí výslovně spojuje. Dále jsme se zabývali obdobím počátku onemocnění, ve kterém již lze zachytit všechny příznaky PPP. Toto období nelze časově vymezit. Často jsme tedy byli nuceni toto období vymezit až hranicí počátku některého způsobu léčby či zlepšováním stavu nemocné.

⁵ Za účelem validizace výsledků obsahové analýzy jsme využili jeden z postupů triangulace. Užili jsme další, odlišnou metodu – nestrukturovaný rozhovor s dívkou hospitalizovanou v psychiatrické léčebně s diagnózou mentální anorexie.

(původní stránky „anorexie.wz.cz“) a www.anorexia.sk. Příspěvky byly shromažďovány v období leden – únor 2004. První skupinu textů tvořily příběhy nemocných dívek, které byly zveřejněny na daném portálu a zachycovaly většinou období počátku nemoci. Druhou skupinu tvořily příspěvky do diskuse. Diskusní příspěvky byly většinou kratší a týkaly se často konkrétního subtématu. Jedna dívka tak mohla být autorkou více než jednoho příspěvku. Podmínkami toho, aby byl text použit pro výzkum, byla dvě stanovená kritéria: a) příspěvek byl napsán v první osobě; b) autorka sama sebe označovala jako nemocnou mentální anorexií nebo bulimií. Výsledkem hledání byly příspěvky od 259 dívek v celkovém počtu 378 textů.

Všechny příspěvky byly vytištěny a důkladně přečteny. Následoval proces *otevřeného kódování textů*, jednotka analýzy byla definována jako „sémantický trs“, který se mohl skládat z pouhého jednoho slova, ale také celé věty či vět, záleželo na charakteru formulace důležitých informací. Dále byly vytvářeny *seznamy kódů* a psány tzv. *reflektující poznámky* k jednotlivým příspěvkům ve smyslu „co mě zaujalo, v čem je příspěvek jiný než ostatní příspěvky, který jev je v něm dobře popsán apod.“ Následovalo *třídění* a zkoumání těchto materiálů (seznamů kódů a poznámek) s cílem identifikovat podobné sekvence, pravidelnosti a obměňující se jevy vztahující se ke stejnému tématu. Poté *shlukování* s cílem vytvořit přehled nejdůležitějších a nejčastěji se opakujících množin tvrzení vztahujících se k jednotlivým obecnějším kategoriím, dále *štěpení* neboli dimenzionalizace kategorií za účelem odhalení možných kombinací znaků, zjišťování, ve kterých ohledech se mohou lišit jevy patřící do stejné kategorie. Na závěr proběhlo *zkoumání* každé kategorie a jejich dimenzí za použití původního materiálu k jasnějšímu porozumění obsaženým tématům.

Výsledky I: Okolnosti související s osobností dívky

Analýzou textů jsme identifikovali sémantické trsy a seskupili je do 31 kategorií s více než 100 subkategoriemi – dílčími tématy. Všechna dílčí témata, která se vyskytla v příspěvcích dívek, jsme shrnuli do 9 základních tématických skupin:

1. témata související s průběhem nemoci, 2. vztah k jídlu, 3. osobnost pacientek, 4. vnímání a hodnocení vlastního těla, 5. druhy a důležitost reakcí širšího okolí, 6. reakce rodiny, 7. krátkodobé důsledky nemoci, 8. vztah k nemoci a její prezentace, 9. téma smrti a umírání.

Jako další krok jsme provedli analýzu všech vyjádření týkajících se toho, v čem autorka příspěvku sama vidí příčinu svých obtíží. Uvedeme některé z kategorií s doslovnými vyjádřeními dívek.

Analýzu jsme začali u **touhy po zhubnutí** a u příčin (důvodů), které k takovým myšlenkám vedou. Alespoň zmínka o hubnutí se objevovala téměř ve všech příspěvcích. Dívky uvádějí **pocit nespokojenosti** s tím, jak vypadají a kolik váží. Přání být štíhlejší se pohybovala od přímých vyjádření „trochu zhubnout“, „být hezčí“, *nespokojenost s proporcemi, s postavou, tlustými stehny* až po vyjádření „*touhy po extrémní hubenosti až vychrtlosti*“. Dívky si někdy přejí zhubnout kvůli **příteli**, respektive kvůli tomu, aby si jich všiml, aby si ho udržely, či aby se jim vrátil. „*V té době se se mnou rozešel kluk, který se mnou byl už od oněch tanečních. Pochopila jsem, že musím začít něco dělat...zhubnout.*“ Důležitou roli

často hrály také kamarádky nebo sestry, se kterými se dívky **porovnávaly**. Touha hubnout často pramení také z touhy **být dokonalá**, být nejlepší ve všem, tedy i mít nejlepší postavu. Dívky velmi často přiznávají **inspiraci modelkami** či herečkami, část z nich se dokonce modelingu věnovala nebo věnuje. Některé z nich také aktivně sportují a zhubnutí viděly jako nutnost. *„Ahoj... jsem anorektička. Jo, přesně tak. Vždycky jsem obdivovala vychrtlý modelky a snažila se být jako ony, vlastně se pořád snažím...“*

Častá je touha zhubnout na základě **signálů**, které dívky dostávají (nebo si samy „přečtou“) z okolí. Dotknou se jich narážky, posměšky, někdy i zcela neoprávněná a bolestivá sdělení od jejich rodičů, sourozenců, spolužáků apod. *„Nenáviděla jsem své tělo!... Poslední kapkou byla poznámka od mé nevlastní matky. Jednou mi řekla podívej se ta tvoje kamarádka, jakou má krásnou postavu. Myslela jsem si já hloupá, že když budu štíhlá, konečně mě bude mít ráda!“*

Počátek PPP doprovází rozdílně dlouhé období, kdy mají pacientky **pocit kontroly** nad svou váhou a pocit, že mohou kdykoliv s redukcí hmotnosti skončit. Většinou to předchází samotnému uvědomění si toho, že jde o nemoc. Někdy navíc bývají přesvědčené, že ony by nikdy PPP ne onemocněly. Jistě zajímavý je prvek pozdějšího distancování se od naivních představ o tom, že mám vše pod kontrolou. *„Je to asi měsíc a půl, co jsem psala na tyto stránky svůj příběh. Můj příběh byl o tom, jak se dostávám do bulimie, jak chci díky tomu zhubnout, jak ji mám pod kontrolou a tak. Takový blbosti.“* Dívky mívají na začátku často **jasně stanovené cíle**, kolik chtějí zhubnout kilogramů. Jsou většinou přesvědčeny, že až cíle dosáhnou, všeho nechají a vrátí se k normální stravě. Nicméně po dosažení cíle jim to přestává stačit. Svůj ideál posunují dál a dál, **chtějí víc a víc**. Ztrátu kontroly často dokazují opakující se **pokusy přestat**, které se objevují v individuálně dlouhé době od počátku onemocnění. Projevují se typickými stále se opakujícími sliby, že od zítřka dívka začíná nový život a s nemocí skončuje. *„A každý den si říkám - dnes naposledy! Naposledy! Ale to jsem si říkala i včera a za pár hodin opouštěla záchod!“*

S PPP se často pojí tzv. **černobílé myšlení**, tedy pocit, že buď dívka nebude jíst a bude štíhlá, či naopak bude jíst, ale zákonitě bude velmi silná (tlustá). Dívky to mohou formulovat jako strach z nekonečného přibírání. *„Mám teď 55 kg a jsem docela spokojená, ale ještě nejsem schopná sníst normální oběd. Myslím si, že pak bych ztloustla o 10 kilo.“*

Analýza **myšlenek vztahujících se k jídlu** přinesla očekávané výsledky. Jídlo jako takové hraje v mysli obrovskou roli. Některé dívky uvádějí, že na jídlo **neustále myslí**. Paradoxně se snaží jídlu vyhýbat, zdá se ale, že čím více se mu vyhýbají, tím častěji na něj musí myslet. *„Chtěla bych být hubenější, mít menší konfekční velikost, někdy si to opakuji celý den jako největší přání a modlitbu. Zabírá mi to můj veškerý volný čas. Myslím, že už se toho nikdy nezbavím a že jídlo bude vždycky ovlivňovat mou mysl.“* Vztah k jídlu může být velmi negativní, zvláště u dívek s MA, u nichž často nabývá podoby fobie. Může být ale také pozitivní. Jídlo někdy řeší problémy, uklidňuje a někdy také dívkám něco nahrazuje. *„... s každým otevřením ledničky, kdy skutečně nemám hlad si říkám, tam TO nenajdeš. A vůbec nejlepší je se ptát. Co tam hledám... Když jsem k sobě upřímná, zjistím, že hledám lidi, věci a nejvíce své vlastní pocity ... a ta lednička je taky upřímná – NIKDY MI NEDÁ TO, CO SKUTEČNĚ HLEDÁM.“*

S PPP bývá spojována touha po dokonalosti a **perfekcionistické** rysy pacientek. *„... otevřu časopis, vidím hubenou modelku a chci být jako ona, a nejen to – ještě lepší...“* Dívky popisují pocity méněcennosti a uvádějí extrémně negativní vztah k sobě samotné.

Řada z nich explicitně zmiňuje to, že se **nenávidí**. Odtud poté zbývá pouze krok k auto-agresivním sklonům a **sebepoškozování**. „Na konci prázdnin jsem začala upadat do depresí a přemýšlela jsem, že z toho kruhu mi pomůže jen sebevražda. Sem tam můj problém odplavila krev, která tekla z mé kůže, avšak nechtěla jsem být moc zjizvená.“ Na druhé straně se ale objevují pocity **výjimečnosti** a hrdosti na sebe sama. „Mám dojem, že bez týhle nemoci fakt nemůžu žít! Vždyť co by ze mě pak bylo?... To se mi na mé nemoci líbí asi nejvíc, že jsem tím alespoň trochu výjimečná! Nikdy jsem v ničem nebyla tak dobrá, jako v tomhle.“ K PPP patří **zkreslené vidění svého těla**. Sdělení podobného typu se vyskytovala také v našich příspěvcích. Dívky referují o tom, jak se vidí tlusté, přestože jim jejich okolí říká něco zcela jiného.

Výsledky II: Okolnosti související se vztahy a disociací (dvojím životem)

Analýza příspěvků potvrdila, že důležitý vliv na rozvinutí a průběh nemoci mají **reakce**, které dívka vyvolává ve svém okolí poté, kdy začnou její pokusy o redukci hmotnosti. Vysledovali jsme zde dvě základní fáze. V první fázi okolí reaguje pozitivně, dívku **chválí**, obdivuje její silnou vůli. V důsledku toho dívka pokračuje ve svém chování. Ve druhé fázi již dívka nevzbuzuje obdivné pochvaly, naopak lidé ji **upozorňují**, dávají najevo, že nevypadá dobře. Nejbližší lidé ji nutí do jídla. Zde již reakce dívek nebývají tak jednoznačné. První skupina dívek uvádí, že jim tato sdělení do menší či větší míry **pomohla**, minimálně je přiměla přemýšlet, zda opravdu nemají problém. Většina dívek okolí nevěřila a/nebo na tato upozornění nijak **nereagovala**. Dále pokračovaly v redukci hmotnosti. Často se vmlouvaly, že vlastně ani dietu nedrží. Do třetí skupiny lze zařadit dívky, které reagovaly vztekem a často ještě větší **zatvrzelostí**.

Hned ve třech různých rovinách jsme identifikovali určitý jev **disociace** ve smyslu rozštěpení psychické jednoty. První rovinou je **dvojí život** některých dívek: navenek se chovají v souladu s očekáváním okolí, ale v soukromí se zcela změní. Není pro ně přípustné projevit své utrpení. Může to souviset s nadměrnou seberegulací, kterou dívky mívají následkem vnitřní nejistoty. Druhou rovinu disociace lze spatřit v rozdvojení na bázi „**já a moje tělo**“. V převážné většině případů se tyto dvě složky osobnosti dostávají u nemocných dívek do rozporu, každá chce něco jiného. Nemocné mohou mít pocit, že se jim tělo doslova mstí, podvádí je. „...jako feťák potřebuje drogu ... tak moje tělo potřebuje jídlo ... a má mysl ...můj pitomej mozek a strach ho tam prostě nechtěj!“ Do třetice sem lze zařadit jakýsi **vnitřní hlas** (někdy také „bulimický hlas“), o kterém dívky referují. Často například popisují rozhovory, které vedou samy se sebou. Nemoc také často vystupuje jako „kamarádka“. Tento jev jsme nazvali **personalizací**, nemoc nabývá vlastností živých bytostí. „Miluje tě, proto je stále s tebou, jsi její malá holčička...Sbíráš zbytky své sebeúcty a snažíš se plnit její poslání...bez dovolení se vloudila do tvé mysli, smazala všechny šťastné vzpomínky a přesvědčovala tě, že nesmíš ztratit kamarádství, které v ní máš.“ V příspěvcích dívky také popisují **externalizaci**: nahlíží na svou nemoc jako na něco odděleného od sebe sama. Stejnou techniku cíleně využívají rodinní terapeuti. Příspěvky dokládají, že dívky tento způsob boje s nemocí někdy používají samy od sebe.

Výsledky III: Subjektivní vysvětlení

Dívky tvoří vlastní hypotézy vysvětlující, z jakého důvodu se právě u nich daný typ nemoci rozvinul. Tyto informace považujeme za zásadní s ohledem na prevenci i terapii PPP. Vedle vyjádřené touhy být štíhlejší se objevila kategorie příčin, kterou bychom mohli nazvat jako **potřeba něco si dokazovat**. Příčinou bývají pocity méněcennosti, touha po dokonalosti, po ovládnutí se, dokázání si pevné vůle. „...že asi úplně ten nejhlavnější motor mi taky bylo – ovládnout se. Ježíš, jakou já měla radost, když jsem si něco odepřela ... To byl můj denní „chleba“ ... Odpírat si, odpírat a odpírat ...“

Za rozvinutím nemoci může stát také **frustrace některé z důležitých potřeb**. Dívky uvádí, že vlastně toužily nebo touží po lásce, po lítěsti, po pohlazení, po pozornosti, které se jim, především od rodičů, nedostávalo. Někdy rozvinutí choroby předcházelo **obtížné životní období**. Takovou zátěží mohl být jakýkoli stres, ponížení, osamělost, šikana, partnerské problémy a další. „Asi to všechno začalo ve druháku na vejšce, kde mě strašně dusil a potápěl jeden pan profesor, který mi dával jasně najevo, že jsem úplně blbá a ženská na strojárně nemá co dělat. A tak jsem si řekla, když blbá, tak aspoň krásná a štíhlá.“ Bezprostředním podnětem pro rozvinutí nemoci byla u celé řady dívek **narážka**, posměšek nebo upozornění někoho z blízkého okolí na dívčinu postavu. Dívky někdy uvádějí jako přímou příčinu vzniku onemocnění vztah s **matkou**. Matka může vystupovat jako ta, která vypadá tak, jak dívka nikdy vypadat nechce, nebo je právě tou, která neustále drží diety a dívka ji tedy začne napodobovat. Mnohé dívky také uváděly, že jejich matky jsou **perfekcionistické**, mají na ně vysoké nároky, máloco ocení. Právě takové rodinné zázemí se pak stává podhoubím pro pocity méněcennosti i rozvinutí nemoci. Někdy si dívky stěžují na rodinu, ve které se zásadně **neprojevovaly žádné city**.

V celé řadě příspěvků se objevil **motiv msty** či trucu, a to nejen v počátcích nemoci, ale také v jejím průběhu, kdy často brání zlepšování stavu. Důležité se stává neustoupit, neprojevit se jako slaboch, být hrdá před ostatními i před sebou. „Chci být prostě hodně vychrtlá, aby se o mě báli...je to hnusné, že?! Já vím, ale neumím to přemoci.“ U řady dívek se také objevilo téma **strachu z dospívání**, z odchodu z rodiny. Tyto dívky bývají silně fixované na rodiče, touží se osamostatnit a z nějakého důvodu jim to nejde, proto se rozvíjí patologické chování v souvislosti s jídlem (potřebují mít nějakou oblast života, kterou mohou ovládat).

Část dívek vznik své nemoci přičítá větší či menší mírou **módním ideálům**, trendům, které propagují štíhlost, tlaku společnosti. „Je mi smutno a zároveň se cítím bezpečně. Jsem sama na pokoji odtržená od běžného života. Dívám se na sebe do zrcadla. Klára je tlustá, slyším posměch ostatních. Pořád a pořád, neodchází to. „Ticho!“ křičím. „Prosím, budte zticha!“ Lehám si na postel a zavírám oči. Nechci se tam vrátit. Nechci se vrátit do společnosti, která trpí nadváhovým rasismem. Musíš zhubnout! Štíhlá nebo mrtvá? Jak se rozhodneš, Kláro?...“

Diskuse

Jsme přesvědčeni, že výzkum výpovědí nám umožnil nahlédnout do vnitřního světa nemocných dívek. Za výhodu považujeme možnost získání výpovědí tzv. z první ruky („*first-hand experiences*“), o nichž lze předpokládat, že obsahují autenticky vnímané okolnosti vzniku nemoci. Řada výzkumů se shoduje v tom, že dívky, u nichž se rozvine PPP, potřebují mít pocit kontroly a že je u nich patrný perfekcionismus. Naše zjištění to potvrzují

s tím, že u řady nemocných nemusí jít o hlavní subjektivně vnímané okolnosti vzniku jejich nemoci.

Výzkumný design vzdáleně podobný naší studii zvolili Dignon, Beardsmoreová, Spain a Kuanová (2006), kteří rovněž vyšli z autentických výpovědí. Podstatný rozdíl byl v participujících osobách. U Dignona et al. (2006) šlo o pacientky a pacienty z oddělení pro poruchy příjmu potravy všeobecné nemocnice, tedy o vysoce „vybraný“ vzorek (*a highly selected group*). Autoři nechali rekonstruovat počátek MA 15 hospitalizovaných pacientů (13 žen a 2 muže). Všichni měli možnost volně odpovědět na otázku „Jaké podle vás byly příčiny vašeho onemocnění? (*What would you say were the causes of your illness?*). Odpovědi kategorizovali a analyzovali na základě zakotvené teorie. Zjistili souvislost vzniku onemocnění s tím, že pacienti a pacientky trpěli silným pocitem, že nejsou šťastní a že jim něco schází. Jejich prožitky měly různé příčiny. Anorexie se jim nabízela jako kompenzace. Zaměření na stravu jim umožnilo prožívat si dobrý pocit z toho, že se dokážou ovládnout, že jsou schopni disciplíny – našli si oblast, ve které na sebe mohli být hrdí. Snahy udržet si tuto kázeň je pak vedlo k roztočení spirály odírání si jídla a kontroly váhy („Her/his efforts to maintain this discipline were therefore re-doubled and the anorexic became caught in a spiral of food restriction and weight control.“) – Dignon, Beardsmore, Spain, Kuan 2006: 945.

Murrayová (2003) seřadila hlavní psychologické příčiny rozvinutí poruchy příjmu potravy následovně: 1. zabývání se jídlem, potravou, váhou, tím, jak vypadám; 2. perfekcionismus, resp. maladaptivní forma perfekcionismu; 3. další faktory jako narušený tělesný sebeobraz (*distorted body image*), snadno zranitelné vnímání sebe sama (*fragile sense of self*) či negativní vnímání sebe sama; 4. prožitky bezmoci, které vedou k potřebě něco ovládat. Tato čtvrtá skupina příčin se shoduje se zjištěními Dignona a spoluautorů. Zdá se, že rozvinutí mentální anorexie či bulimie nabízí jedinci kompenzatorní, resp. iluzorní přesvědčení o tom, že má *alespoň něco* pod kontrolou a v něčem není bezmocný.

Na základě našich zjištění se přikláníme k pojetí PPP jako formě návykového jednání⁶. Leibold (1995) popisuje PPP jako maniakální poruchy vztahu k jídlu. Místo drog a omamných látek používají nemocní potravu jako omamný prostředek tím, že ji přijímají v nadměrném nebo nedostatečném množství. Stejně jako závislost na omamných látkách tak také PPP postupně vede ke vzrůstající izolaci od realistického vyrovnávání se s nároky života a ke stálému srůstání se závislostí. Některé dívky uvádějí, že si život bez své anorexie nebo bulimie ani nedokáží představit. Nemoc se někdy stává součástí jejich identity, bez ní jakoby nebyly ničím. To vysvětluje často přinejmenším ambivalentní postoj k pokračování nemoci, kdy případné změny ve stravovacích návycích a vyléčení by znamenaly sesypání vlastního sebepojetí (viz také Reindl, 2001).

Dívky trpící PPP častěji využívají nezralých forem obran, resp. obranných mechanismů (Blaase, Elklit, 2001). Z hlediska funkce obranných mechanismů může být, dle našich zjištění, zásadním momentem ve vývoji nemoci změna reakcí druhých lidí na dívčinu postavu. Ve chvíli, kdy okolí přestane chválit a obdivovat, jen malá část pacientek reaguje tak, že se pokusí s problémem něco dělat. Naopak většina dívek, ač jim často záleží na tom, co říkají druzí, reaguje jiným způsobem. Na scénu zřejmě přichází racionalizace („*A tak si hledáte důvody, lžete samy sobě, že přibrat kilo by byl ústupek někomu, kdo Vás podrazil.*“), popření (např. zjevné skutečnosti, že se dívky již nelíbí svému okolí), nebo dokonce agrese proti druhým a hlavně proti sobě. Obrany dále upevňují nezdravé chování.

⁶ Výzkumné studie (Piran, Gadalla, 2006) dokládají významný vztah mezi PPP a závislostmi jiného charakteru (např. na alkoholu).

Do jisté míry můžeme potvrdit často formulované teze o důležitosti módních trendů a propagaci štíhlých těl v médiích. Dívky uvádějí inspiraci modelkami, herečkami, uvádějí, že cítí silný tlak společnosti. Ten hraje většinou roli jako spouštěcí faktor onemocnění (Stice, 2002). Nicméně podobně jako varuje Groganová (2000), i naše zjištění nejsou jednoznačná a podporují spíše tvrzení, že kult štíhlosti jako takový bývá někdy neprávem považován za nejdůležitější nebo dokonce za jediný faktor působící na vznik PPP.

Uvědomujeme si i to, že podle teoretiků zastávajících sociálně konstrukcionistické nebo diskurzivně psychologické stanovisko jsou každá, tedy i laická vysvětlení sociálně konstruována: nerodí se v mysli jedince, ale jsou inter-subjektivně tradována a posilována (viz Benvenisteová et al., 1999). Důležité je to, jak do mysli dívky vstupuje již zavedený diskurz především tam, kde je doprovázen mocenskými praktikami – tedy například ve zdravotnických institucích, ale i v odborných knihách, v osvětě, v populárních časopisech, v televizních pořadech. Tento diskurz poté konstituuje individuální způsoby myšlení o anorexii a dokonce konstituuje, produkuje subjektivitu. Lidé jsou i jazykově fixováni v jistých pozicích „přesvědčených“ lidí či lidí přesvědčovaných. (srov. Benvenisteová et al., 1999).

Na základě našeho výzkumu se přikláníme k pojetí, které považuje MA a MB za velmi podobné poruchy, někdy dokonce za jediný syndrom s odlišným projevem (Polivy, Herman, 2002). Můžeme říci, že se dívky s MA jeví jako méně schopné vyjadřování jakýchkoliv emocionálních prožitků (např. v souvislosti se vztahem k sobě). Vztah k jídlu je často spojen se strachem a výčitkami, oproti dívkám s MB, které jídlo a jeho konzumaci používají jako zdroj intenzivních pozitivních emocí. Naproti tomu – ve vztahu k sobě samotným – dívky s MA často prožívají pozitivní emoce: radost z hubnutí a hrdost na sebe sama. MB výrazně častěji způsobuje stud, osamělost, zoufalství, bezmoc i nenávisť sama sebe (spolu s autoagresí). Zdá se, že MB častěji onemocní dívky, které jsou vystaveny tlaku okolí, touží zhubnout, protože jim někdo naznačuje, že jsou tlusté, snaží se udržet si zhubnutí po prodělané somatické nemoci či se nechají inspirovat pořadem nebo článkem o PPP. Jakoby pro MA bylo potřeba ještě „něčeho víc“ – touhy po dokonalosti a kompenzaci pocitů méněcennosti, ale možná také potřeby upozornit a „ovládat“ své okolí.

Jsme si vědomi možných zkreslení ve výpovědích, založených na zpětné rekonstrukci okolností, což je riziko všech výzkumů založených na vzpomínkách. Ve výzkumu jsme neodlišovali, jak dlouhý časový odstup má osoba od období (=vzniku nemoci), které popisuje.

Jistým limitem výsledků v námi předkládané analýze je jistě to, že třídění příspěvků uskutečnila pouze autorka sama pod supervizí spoluautora. Uvědomujeme si, že spolehlivost roztržidění a analýzy by v podobných typech výzkumů mohla zvýšit spolupráce více hodnotitelů, včetně měřitelné shody v kódování.

Během doby, která uplynula od našeho výzkumu, se virtuální prostředí věnované PPP rozrostlo do gigantických rozměrů. Zadáním relevantního pojmu do vyhledávače obdržíme odkaz na stovky stránek věnovaných PPP⁷. Vedle odborných i méně odborných článků na dané téma nejčastěji najdeme právě diskusní fóra či sekce „Můj příběh“. Zde uveřejněné příběhy či diskuse na chatech mají velmi podobný charakter jako měly příspěvky v období, kdy jsme výzkum provedli. Dívky (či v menším počtu také chlapci a mladí muži) sem píšou intimní výpovědi o průběhu nemoci, sdělují niterné pocity často také s cílem pomoci druhým, neméně často také volají sami o pomoc. „*Co mám dělat? Prosim, jsem tak nešťastná..!!*“.

⁷ Nově se vedle MA a MB začíná objevovat ortorexia nervosa jako označení pro patologickou posedlost zdravou výživou.

Jisté nebezpečí sledujeme v rozmnožujících se zprávách, které naopak mladé lidi ohrožují. Atraktivita internetových diskusí a přitažlivost snadného sdílení postojů s druhými lidmi vedla nedávno k vytváření a následně jistě k nezanedbatelnému dopadu internetových prostředí s rizikovým či sporným obsahem⁸. V oblasti PPP se rozšířily diskuse na pro-anorektických stránkách, kde krédem je persuzivní heslo „Anorexie není nemoc, ale životní styl“. V mluvě účastnic a účastníků je z anorexie učiněna familiární „ana“, z bulimie „mia“, dívky se dělí o inspirace, jak být štíhlé („*thinspiration*“), přičemž diskutující se povzbuzují v tom, že je normální shazovat. Mulveenová a Hepworthová (2006), které chtěly pochopit pohnutky a názory účastnic a účastníků v internetovém pro-anorektickém prostředí, zdůraznily, že internetové stránky, které se nám mohou zdát jako deviantní (bizarní), přitahují větší pozornost než stránky konvenční. Navíc pro-anorektické prostředí nabízí velmi silné a působivé sociální dopady: demarginalizaci, podporu životnímu způsobu a pohledu na svět, potvrzení pro změněnou identitu či nabídku identity on-line.

Literatura

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Benveniste, J., Lecouteur, A., & Hepworth, J. (1999). Lay Theories of Anorexia Nervosa. A Discourse Analytic Study. *Journal of Health Psychology*, Vol. 4(1), 59–69.
- Blaase, H., & Elklit, A. (2001). Psychological characteristics of women with eating disorders: Permanent or transient features? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 467–478.
- Davison, K. P., Pennebaker, J. W., & Dickerson, S. (2000). Who Talks?: The Social Psychology of Illness Support Groups. *American Psychologist*, 55(2), 205–217.
- Dignon, A., Beardsmore, A., Spain S., & Kuan, A. (2006). *Journal of Health Psychology*, Vol. 11(6), 942–956.
- Grogan, S. (2000). *Body image. Psychologie nespokojenosti s vlastním tělem*. Praha: Grada Publishing.
- Hartmann, A., Wirth C., & Zeeck, A. (2007). Prediction of failure of inpatient treatment of anorexia nervosa from early weight gain. *Psychotherapy Research*, 17(2), 218 –229.
- Krch, F., D. a kol. (1999). *Poruchy příjmu potravy*. Praha: Grada.
- Leibold, G. (1995). *Mentální anorexie, příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda.
- Mulveen, R., & Hepworth, J. (2006). An Interpretative Phenomenological Analysis of Participation in a Pro-anorexia Internet Site and Its Relationship with Disordered Eating. *Journal of Health Psychology*, Vol. 11(2), 283–296.
- Murray, T. (2003). Wait Not, Want Not: Factors Contributing to the Development of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *The Family Journal*, Vol. 11(3), 276–280.

⁸ Zmíněné stránky nesou názvy typu Pro-anorexia, či zkráceně Pro-ana. Dále např. DyingToBeThin, či české a slovenské www.pro-ana.ic.cz, www.dhab.webgarden.cz. Dívky se zde navzájem podporují a vytvářejí jistý druh komunity lidí, které spojuje hladovění a cílený tělesný image.

- Petrie, K. J., Booth, R. J., & Pennebaker, J. W. (1998). The Immunological Effects of Thought Suppression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75(5), 1264–1272
- Piran, N., & Gadalla, T. (2006). Eating disorders and substance abuse in Canadian women: a national study. *Addiction*, 102, 105–113
- Polivy, J., & Herman, P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53, 187.
- Raboch, J., Zvolský, P. a kol. (2001). *Psychiatrie*. Praha: Galén.
- Reindl, S., M. (2001). *Sensing the Self. Women's Recovery from Bulimia*. Londýn: Harvard University Press.
- Stice, E. (2002). Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A MetaAnalytic Review. *Psychological Bulletin*, 5. p. 825-848.
- Šmahel, D. (2007). Spasí internet české zdravotnictví? ISDN server, 9. 5. 2007 [cit. 25. 10. 2007]. [Nedostupné].
- Vybíral, Z. (2005). *Psychologie komunikace*. Praha: Portál.
- Vybíral, Z., & Skorunka, D. (2006). Positive aspects of disinhibited process in online training group. *International Journal of Psychotherapy*, 10 (2), 61-68.

O autorech:

Iva Sládková (1981) vystudovala v Brně Fakultu sociálních studií Masarykovy univerzity. V současnosti pracuje jako klinický psycholog v ambulanci pro děti s poruchou řeči a na Palatě – Domově pro zrakově postižené. Zabývá se také skupinovou psychoterapií dospívajících z dětských domovů.

Kontaktní údaje:

Palata - Domov pro zrakově postižené, Na Hřebenkách 737/5, Praha 5,
sladkova@palata.cz

Zbyněk Vybíral (1961) je docentem sociální psychologie na Fakultě sociálních studií MU, od roku 2005 vedoucím katedry psychologie. Je autorem několika knih, např. *Psychologie komunikace* (2005) nebo *Psychologie jinak* (2006). Zabývá se psychoterapií a garantuje nový magisterský obor *Psychoterapeutická studia*.

Kontaktní údaje:

Katedra psychologie FSS, Masarykova univerzita v Brně, Joštova 10, 602 00 Brno,
vybiral@fss.muni.cz

Sládková, I., & Vybíral, Z. (2008). Subjektivní význam připisovaný okolnostem vzniku poruchy příjmu potravy. *E-psychologie* [online], 2(4), 13-23 [cit. vložte datum citování]. Dostupný z WWW: <http://e-psycholog.eu/pdf/slادkova_etal.pdf>. ISSN 1802-8853.