Univerzita Karlova

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce

Bc. Jana Choroušová

Identifikace s matkou u pacientek s mentální anorexií

Maternal Identification in Anorexia Nervosa

Praha 2021

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Markéta Niederlová, Ph.D.

Poděkování:

Ráda bych na tomto místě poděkovala všem dívkám, respektive mladým ženám, které se mnou sdílely svůj životní příběh, za jejich ochotu a otevřenost.

Také bych chtěla poděkovat MUDr. Marii Kopřivové za laskavé zhodnocení mé práce a především PhDr. Mgr. Markétě Niederlové, Ph.D. za cenné postřehy a podnětné vedení celé práce.

Velký dík také patří mé rodině – mámě, mému muži a mým dětem – za jejich podporu, pomoc a nekonečnou trpělivost.

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem diplomovou vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze, dne 14. dubna 2021

Jana Choroušová

Klíčová slova (česky)

Mentální anorexie, poruchy příjmu potravy, psychoanalýza, identifikace, mentalizace, teorie objektních vztahů, teorie citové vazby, koncept "mrtvé matky", interpretativní fenomenologická analýza

Klíčová slova (anglicky):

Anorexia nervosa, eating disorders, psychoanalysis, identification, mentalization, object relations theory, attachment theory, dead mother complex, interpretive phenomenological analysis

Abstrakt (česky)

Cílem diplomové práce „Identifikace s matkou u pacientek s mentální anorexií" je zmapovat vývojový kontext vzniku mentální anorexie u pacientek ženského pohlaví v souvislosti s utvářením vztahů k nejbližším pečovatelům a s detailním zaměřením na vztah dcery s matkou. Teoretická část nabízí průřez psychoanalytickými teoriemi, které se specificky zabývají tímto procesem. Jde zejména o teorii objektních vztahů, teorii citové vazby, či nejnovější teorii mentalizace. Výchozím předpokladem celé práce je samotná femininita a věk pacientek, kdy období dospívání a ženské pohlaví patří mezi hlavní rizikové faktory pro rozvoj onemocnění mentální anorexií a podílí se na vzniku disproporce mezi mužskými a ženskými pacienty. Podrobněji je pak popsán koncept identifikace mezi dcerou a matkou v rámci separačně-individuačního procesu jak v raném dětství, tak právě v průběhu adolescence.

Empirická část se zaměřuje na detailní prozkoumání vztahů pacientky k primárním pečovatelům a nejbližšímu okolí od dětství až do dospělosti a faktory podílející se na rozvoji onemocnění. Prostřednictvím polostrukturovaného hloubkového rozhovoru sleduje klíčové momenty psychosociálního vývoje u čtyř respondentek, přičemž se blíže věnuje především vztahu s matkou. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy pak dopodrobna analyzuje jednotlivé výpovědi.

Výsledky této práce poukázaly na dysfunkčnost rodinných vztahů u všech respondentek, nedostatečnou rodičovskou podporu a silné citové odcizení s rodiči, zejména s matkou. Jako hlavní oblasti byly identifikovány především nedostatek společně tráveného času, osamělost, nezájem a nedostatek pochopení a empatie. Výrazně narušený vztah s matkou a její odtažitý přístup může být překážkou adekvátnímu individuačně-separačnímu procesu dcery a rozvoji dostatečně silné identity v průběhu dospívání. Právě jejich důsledkem může být mimo jiné rozvoj mentální anorexie.

Abstract (in English):

The aim of the diploma thesis "Maternal Identification in Anorexia Nervosa" is to map the developmental context of the onset of anorexia nervosa in female patients related with the formation of relationships with immediate caregivers and the detailed focus on the daughter's relationship with the mother. The theoretical part offers a cross-section of psychoanalytic theories that specifically deal with such process. These are mainly the object relations theory, the attachment theory as well as the recent theory of mentalization. The initial premise of the whole work is the femininity itself, the age of the patients when the period of adolescence and female gender are amongst the main risk factors for the development of anorexia nervosa and contribute to the disproportion between male and female patients. The concept of identification between daughter and mother within the separation-individuation process is described both in early childhood and during adolescence.

The empirical part focuses on a particular examination of the patient's relationships with primary caregivers, the immediate environment from childhood to adulthood and the factors involved in the development of the disease. Through a semi-structured in-depth interview, the study monitors key moments of psychosocial development in four cases, focusing on their relationship with mother. Using interpretative phenomenological analysis offers a detailed insight of individual statements.

The results of this work pointed out the dysfunction of family relationships in all respondents. Above all insufficient parental support, and a strong emotional alienation with parents, especially with the mother. The main areas identified were the lack of time spent together, loneliness, lack of interest, understanding and empathy. A significantly disrupted relationship with the mother and her detached approach can be an obstacle to the adequate individualization-separation process of the daughter as well as to the development of a sufficiently strong identity during adolescence. Their consequence could be, amongst other things, the onset of anorexia nervosa.

Obsah

1. Úvod ... 9
2. Teoretická část ... 10
   2.1. Mentální anorexie ... 10
      2.1.1. Definice pojmu, diagnostika ... 10
      2.1.2. Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10 ... 11
      2.1.3. Výskyt onemocnění v ČR a jeho průběh ... 12
      2.1.4. Příčiny onemocnění ... 13
      2.1.5. Osobnostní charakteristiky pacientek s mentální anorexií ... 15
   2.2. Psychoanalytický pohled na mentální anorexii ... 16
      2.2.1. Klasická psychoanalýza a ego-psychologie ... 18
         Sigmund Freud ... 19
         Anna Freudová ... 19
         René Spitz ... 20
         Margaret Mahlerová a separačně-individuační proces ... 20
      2.2.2. Teorie objektních vztahů ... 21
         Michael Balint ... 22
         W. Ronald D. Fairbairn ... 23
         Donald Woods Winnicott ... 23
         André Green a koncept „mrtvé matky“ ... 25
      2.2.3. Hilde Bruchová ... 26
      2.2.4. John Bowlby a teorie citové vazby ... 26
      2.2.5. Teorie mentalizace ... 29
         Mentalizace jako nový teoretický a terapeutický koncept ... 29
   2.3. Identifikace ... 31
      2.3.1. Primární a sekundární identifikace ... 33
      2.3.2. Projektivní identifikace ... 34
         Melanie Kleinová ... 34
         Wilfred Bion ... 35
      2.3.3. Identita jako vývojový úkol dospívání ... 36
      2.3.4. Femininita a mentální anorexie ... 38
3. Empirická část ... 40
   3.1. Cíl výzkumu ... 40
      3.1.1. Výzkumné otázky ... 40

3.2. Metody výzkumu ... 41
3.2.1. Výzkumný soubor ... 41
Způsob a kritéria výběru ... 42
Popis účastníků ... 42
3.2.2. Metoda získávání dat ... 43
Osobní polostrukturovaný rozhovor ... 43
Otázky a okruhy pro polostrukturovaný rozhovor ... 44
3.2.3. Metoda analýzy dat ... 45
Interpretativní fenomenologická analýza (IPA) ... 45
Reflexe vlastní zkušenosti s tématem výzkumu ... 46
3.3. Etika výzkumu ... 46
3.4. Výsledky a interpretace získaných dat ... 48
3.4.1. Vztahy v rodině (hlavní výzkumná otázka) ... 48
Vztahy mezi rodiči samotnými a celkové prostředí primární rodiny ... 48
Vztah s otcem ... 52
Vztah s matkou ... 53
3.4.2. Vztahy s vrstevníky ... 57
3.4.3. Rozvoj onemocnění mentální anorexií ... 59
Vliv rodiny ... 59
Vlastní postoj respondentek k onemocnění ... 64
3.5. Diskuse ... 65
3.5.1. Výzkumný soubor ... 65
3.5.2. Použité metody ... 66
3.5.3. Srovnání s jinými výzkumy ... 67
3.5.4. Praktická využitelnost výsledků práce ... 70
4. Závěr ... 72
5. Přehled literatury ... 74
Příloha A – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů ... 79

1. Úvod

Z poruch příjmu potravy se stalo během posledních padesáti let společenské téma. Neznamená to, že by dříve tato onemocnění neexistovala, jen šlo zřejmě o ojedinělé výskyty, případně s ohledem na celospolečenskou situaci byla na okraji zájmu, rodiny nevyhledávaly odbornou pomoc. Je však patrné, že meziročně dochází k nárůstu nových případů a že jde již o téma, které se těší zvětšujícímu se zájmu médií a které se dokonce stalo součástí kulturního průmyslu. Můžeme je považovat za civilizační onemocnění, jelikož je jejich výskyt sledován zejména v západních, vyspělých kulturách, častěji ve vyšších společenských vrstvách. Přesto je však potřeba zdůraznit všeobecný a všeprostupující tlak na kult velmi štíhlého těla, které se v západních společnostech týká všech etnik i společenských vrstev a zároveň i díky novým médiím snadnou dostupnost informačních zdrojů. Dívky sdílejí informace, návody, fotky svých vyhublých ideálů, mnohé celebrity a modelky vypadají i v pokročilém věku jako o pár desítek let mladší ženy – takovému tlaku je velmi těžké odolávat. Jakmile k tomu připočteme osobnostní a rodinné faktory, dostáváme komplexní obrázek o profilu potenciální pacientky s poruchou příjmu potravy.

Tlak kultury a společnosti na ideál krásy však není možné klást mezi prvotní příčiny onemocnění už jen z toho důvodu, že jsme mu vystaveni všichni a nemoc postihuje jen malý zlomek ve srovnání s celkovou populací. Samotné onemocnění vychází především z velmi hlubokých a niterných psychologických základů, které se týkají pacientky samotné. Avšak můžeme připustit, že tento společensky daný imperativ, týkající se především žen, zcela jistě pomáhá k tomu, aby se pacientka díky progredujícímu onemocnění, a tedy následné ztrátě hmotnosti cítila minimálně v počátcích posílena úspěchem a chválou okolí, díky poznámkám směřujícím k jejímu vzhledu a faktu, „jak pěkně zhubla“.

Tedy ne u každé dospívající dívky, která je nespokojená se svou postavou a rozhodne se držet dietu, nutně musíme předpokládat riziko rozvoje mentální anorexie. Nicméně zhruba u třetiny dívek může toto chování vést k chronickému držení diet, kde už je riziko vzniku poruchy příjmu potravy jednoznačné (Krch, 2005).

2. Teoretická část

V teoretické části bych se ráda věnovala jednak definici pojmu mentální anorexie, dále diagnostice nemoci a také širším souvislostem, které se podílejí na vzniku a rozvoji onemocnění. S ohledem na zaměření práce se pak blíže soustředím na chápání mentální anorexie z psychoanalytického hlediska. Tedy zejména na nevědomé procesy, které jsou součástí vývoje lidské psychiky a které utvářejí osobnost a charakterově-motivační podklad, na jehož základě může následně dojít k rozvoji onemocnění. Součástí této literárně-přehledové části bude zejména přehled jednotlivých teoretických směrů, které se v rámci psychoanalýzy rozvíjely a přispěly k detailnějšímu pochopení psychogenního rámce onemocnění.

2.1. Mentální anorexie

Mentální anorexie je onemocnění mnoha příčin a mnoha konsekvencí. Vedle psychologických a psychiatrických obtíží zahrnuje i celou řadu fyziologických, respektive zdravotních komplikací, od kardiovaskulárních, přes renální, gastrointestinální, kosterní, endokrinní, hematologické, neurologické, metabolické, až po dermatologické komplikace. Ačkoliv zdravotní obtíže nejsou předmětem této práce a nebude jim věnována detailní pozornost, je třeba zdůraznit, že tvoří nedílnou součást profilu pacientky a že bez celkové péče, tedy psychologické, psychiatrické, ale i čistě lékařské, není možná reverzibilita řady důsledků. Protrahované hladovění ovlivňuje psychologické fungování pacientů s mentální anorexií a před zahájením účinné terapeutické práce musí existovat určitý stupeň výživové restituce (Bruch, 1973).

2.1.1. Definice pojmu, diagnostika

Mentální anorexie patří mezi poruchy příjmu potravy (PPP), je charakterizovaná úmyslným zhubnutím, které si pacient sám vyvolal a dále je udržuje. Porucha se objevuje nejčastěji u adolescentních dívek a mladých žen, avšak i dospívající chlapci a mladí muži mohou být postiženi, podobně jako děti kolem puberty a starší ženy až do menopauzy. Choroba je spojená se specifickou psychopatologií, kde strach ze ztloustnutí a ochablosti tvaru těla přetrvává jakožto vtíravá, ovládavá myšlenka, takže pacienti usilují o nižší

tělesnou váhu. Obvykle je přítomna podvýživa různé tíže se sekundárními endokrinními a metabolickými změnami a poruchami tělesných funkcí (ÚZIS, 2021 b).

Anorexie bývá většinou vnímána jako způsob, jak dosáhnout žádoucího, pro pacienta ideálního tělesného obrazu. Je však třeba zmínit, že to nebývá jediný motivátor – spíše by se dal označit za motivátor vědomý. Na té neuvědomované rovině bývá obsažena řada dalších, hůře specifikovatelných tendencí, kterým se budu věnovat v dalších částech textu.

Z diagnostického hlediska patří mezi poruchy příjmu potravy (kategorie F50) spolu s následujícími nemocemi:

Kód diagnózy	**Název diagnózy**
F50.0	Mentální anorexie
F50.1	Atypická mentální anorexie
F50.2	Mentální bulimie
F50.3	Atypická mentální bulimie
F50.4	Přejídání spojené s psychologickými poruchami
F50.5	Zvracení spojené s jinými psychologickými poruchami
F50.8	Jiné poruchy přijímání jídla
F50.9	Porucha přijímání jídla, NS

(ÚZIS, 2021 b)

2.1.2. Diagnostická kritéria mentální anorexie dle MKN-10

- Tělesná hmotnost 15 % pod předpokládanou hmotností, případně BMI, tedy Queteletův index hmoty těla, Body Mass Index: váha (kg) / výška (m2) je 17,5 a méně, prepubertální pacienti nesplňují během růstu očekávaný váhový přírůstek.
- Pacient si způsobuje snížení hmotnosti sám svými aktivitami, omezováním příjmu potravy, nadměrným cvičením, zneužíváním laxativ, diuretik, anorektik, případně vyvoláváním zvracení.
- Specifická psychopatologie: přetrvávající strach z nadváhy, porucha tělesného schématu, kdy se pacient i přes zjevnou vyhublost a katexii stále domnívá, že má nadváhu, vtíravé, ovládavé myšlenky na udržení podváhy.

- Endokrinní porucha hypotalamo-pituitární-gonádové osy: u žen amenorea (dnes je často vaginální krvácení vyvoláno hormonální antikoncepcí, a proto je z nových kritérií vypuštěna), u mužů ztráta sexuálního zájmu.
- Začne-li před pubertou, je opožděn nebo zastaven růst, vývoj prsou, primární amenorea, dětské genitály u chlapců. Po uzdravení dochází k jejímu normálnímu dokončení, ale menarche může být opožděna.
  (Papežová, 2018; Krch, 2005).

K výše zmíněným diagnostickým kritériím je třeba doplnit další přidružené faktory, které mentální anorexii velmi často provází. Tedy například, mimo jiné:

- Vypadávání vlasů, nápadně suchá kůže a zvýšená lomivost nehtů. Kůže bývá pokryta jemným ochlupením, tzv. lanugem. Pacientkám bývá často velmi chladno.
- Hladina cholesterolu, se paradoxně zvýší – je to dáno metabolickým rozvratem, který v organismu panuje. Největším nebezpečím je však výskyt poruch srdečního rytmu (bradykardie a arytmie), které mohou způsobit náhlou smrt nemocné.
- Časté bývá depresivní a/nebo úzkostné ladění, sociální stažení, zvýšená dráždivost, nárůst konfliktů s rodiči zejm. kvůli příjmu potravy, sebepoškozování, suicidální jednání, obsedantně-kompulzivní porucha, strach z jídla
  (Papežová, 2018).

2.1.3. Výskyt onemocnění v ČR a jeho průběh

Statisticky vychází poměr chlapců vůči dívkám zhruba 1: 10-15, tedy na deset až patnáct dívek onemocní mentální anorexií jeden chlapec. S ohledem na tuto skutečnost je charakter této práce zaměřen tedy na pacientky ženského pohlaví a v následujících textech bude nemoc z tohoto důvodu vztahována pouze na dívky, respektive ženy.

Zatímco více než polovinu pacientů v ambulantní péči klinických psychologů a psychiatrů tvoří ženy a dívky starší 20 let, přes 60 % hospitalizovaných pacientek s mentální anorexií na lůžkových odděleních psychiatrických nemocnic a léčeben pak zaujímají děti a dívky od 10 do 19 let. V posledních letech dochází k znatelnému nárůstu hospitalizovaných pacientek ve věku 10–19 let s tím, že největší nárůst se meziročně

odehrává v kategorii 10–14 let. K výraznému nárůstu incidence dochází i u pacientek, které zůstanou v ambulantní léčbě (ÚZIS, 2021 a).

Celková čísla nemocných je však velmi obtížné stanovit – centrální evidence tohoto onemocnění neexistuje, pacientky své obtíže nepřiznávají, stydí se za ně, nebo je nechtějí řešit. Do ambulancí přicházejí s přidruženými problémy jako jsou deprese, nebo úzkostné stavy, své stravovací návyky mají snahu měnit jen do té míry, že „chtějí žít zdravěji“, ale zvýšení váhy většinou nepřipouštějí. Terapie bývá velmi náročná, zdlouhavá a zhruba u 50 % pacientek dochází k relapsům (Papežová, 2019).

Že se jedná o velmi závažné onemocnění, které by se nemělo ani v počátečním stadiu podceňovat, dokazují i následující údaje. Mentální anorexie má často chronický průběh, trvající 20 až 30 let do předčasné smrti. Pouze u 10 % pacientek dojde k normalizaci jídelního chování do dvou let, nicméně i u vyléčených pacientů přetrvávají i nadále nestandardní jídelní zvyklosti, kontrola, resp. zabývání se nutričními hodnotami. Mortalita je nejvyšší ze všech psychiatrických onemocnění – dvojnásobná oproti ostatním psychiatrickým diagnózám, desetinásobná ve srovnání s obecnou populací. Ke smrti dochází u zhruba 5–15 % pacientů s mentální anorexií (mortalita se liší v závislosti na věku) – nejčastější příčinou bývá srdeční zástava nebo sebevražda. Riziko suicidia je až 200x vyšší (Papežová, 2018, 2019).

2.1.4. Příčiny onemocnění

Na začátku je třeba hledat velmi pestrý koktejl rozličných faktorů a příčin, které samy o sobě nemusí nutně znamenat, že vyústí do vážné poruchy v podobě mentální anorexie. Onemocnění má multifaktoriální etiologii a není možné separovat žádný činitel jako samostatnou příčinu jeho incidence. Do jeho vzniku se tak promítají faktory kulturní a celospolečenské, faktory osobnostní a zároveň je nutné vzít v potaz vlivy vývojové, které jsou důsledkem působení rodiny a nejbližšího okolí pacientky. Mluvíme tedy o bio-psycho-sociální determinaci onemocnění. Podobně jako u jiných vývojově zatížených patologií, i zde je třeba chápat onemocnění v jeho nejširších souvislostech. Jak zdůrazňuje Fonagy a Targetová (2005): „Vliv mezi dítětem a prostředím je oboustranný, při vytváření rizika společně působí konstituční a rodičovské faktory. Jestliže se například povahově obtížné dítě narodí rodičům, kteří k němu v raném věku nejsou ochotni zaujmout reflektivní, přemýšlivý přístup, pak je toto dítě ve velkém ohrožení: žádný z těchto faktorů však sám o sobě nemusí vést k obtížím.“

Většina pacientek s PPP považuje rodinné prostředí za neuspokojivé a v dětství konfliktní, nicméně napříč studiemi řady autorů nacházíme celou škálu rozdílných rodinných modelů a situací, tudíž opět není možné konstatovat, že by jedna vybraná disharmonie tvořila majoritní příčinu podílející se na rozvoji těchto poruch. V anamnézách nalézáme depresivní rodiče, hyperprotektivní, obtěžující, dominantní, vyhýbající se konfliktům a konfliktním situacím, dcery závislé na otci, nebo naopak na matce, otce agresivní, ale i citově a emočně vzdálené, matky s přehnanými nároky, nebo s ambivalentními mateřskými postoji (Krch, 2005).

Je zřejmé, že rodinné prostředí s sebou nese zátěž a většina pacientek pochází z rozvrácených rodin, rodin dysfunkčních, nebo rodin, kde můžeme pozorovat značné množství narušené komunikace (Lanyado & Horne, 2005), nicméně vice versa nemůžeme předpokládat, že u každé dívky, která žije v rodině s komplikovanými vztahy, hrozí riziko rozvoje poruchy příjmu potravy. Opět se tedy jedná o jeden z dílků mozaiky, které se podílejí na celkové etiologii onemocnění. „Většina současných studií naznačuje, že závažnost narušení rodiny a jejích funkcí má souvislost spíše se závažností osobnostních poruch pacientů s PPP než se závažností jejich anorektických nebo bulimických symptomů“, píše Krch (2005, s. 68).

Poněšický (1994) uvažuje o mentální anorexii rovněž v kontextu rodinných vztahů, zejména vztahů dyády mezi matkou a dítětem a nachází jejich kořeny v raném dětství, kdy konstatuje, že podobné psychopatologické následky, jaké vidíme právě u mentální anorexie, mívají oba extrémy ve výchově. Tedy jednak výchovné zanedbávání, nebo citová deprivace, ale i overprotektivní vztah a hýčkající přístup. Důsledkem je pak nedostatečné vytvoření jáských kompetencí řešit intrapsychické a interpersonální problémy, tedy snížení frustrační tolerance, dále nedostatečná integrace agresivních a citově pozitivních reakcí, nejistota v mezilidských vztazích, nedostatečná individualizace a osamostatnění od vztahové (mateřské) osoby, jakož i nedostatečně koherentní a diferencovaná, integrovaná osobnost.

Bruchová (1978) vidí jako důsledek selhání dostatečného a efektivního rodičovství, neschopnost dítěte rozeznávat, pojmenovávat a určovat své vnitřní stavy. Na velmi zajímavý fakt také upozorňuje Krch (2005) – ze zkušeností svých a dalších autorů (například Bruch, 1973) vyvozuje, že ve srovnání s běžnou populací nedochází v rodinách pacientek s mentální anorexií tak často k rozvodům. Bruchová (1973) tento jev však nehodnotí jako pozitivní ukazatel – z jejího pohledu se jedná spíše o rodiny s neuspokojivými vztahy, matky bývají v manželství nespokojené, inhibované ve svých

sexuálních potřebách, v manželství v submisivní, až podřízené roli, sloužící manželovi a rodině. Od dívek je pak očekáváno bezproblémové chování, vynikající výsledky ve škole i sportu, zkrátka aby vykonávaly vše, co se jim řekne.

K rozvoji onemocnění může dojít v jakémkoliv věku, nicméně kritickým obdobím je adolescence. Můžeme tedy předpokládat, že vývojové úkoly, které s sebou dospívání přináší, mohou patřit rovněž mezi možné příčiny.

2.1.5. Osobnostní charakteristiky pacientek s mentální anorexií

Multifaktoriální charakter je zřetelný nejen ve vnějších okolnostech stojících u vzniku onemocnění, ale je patrný i v osobnostních charakteristikách pacientek s mentální anorexií. Vždy tedy u nich dochází ke kombinaci několika možných osobnostních předpokladů, jakými jsou: nízké sebehodnocení, submisivní osobnost, usilující o dokonalost, osobnost zažívající ztrátu, nebo stres v bezprostředním okolí. Tyto faktory pak mohou být navíc umocněny sociálním tlakem, jaký zažívá dospívající osoba (Lanyado & Horne, 2005). „Je známo, že mladí lidé ohrožení poruchami příjmu potravy jsou často poslušné, perfekcionistické děti, usilující o dobré školní výsledky – proto se tyto poruchy nápadně často vyskytují na dívčích středních a vysokých školách. V životním příběhu některých jedinců s poruchou příjmu potravy se vyskytuje i sexuální zneužití v dětství a deprese“ (Lanyado & Horne, 2005, s. 500). Kocourková (1997, s. 61) nabízí podobný souhrn, když píše: „Za predisponující faktory v rovině individuální můžeme považovat ženské pohlaví a typ osobnosti s nejistou identitou, křehkou narcistickou rovnováhou, vysokým perfekcionismem a silnou výkonovou orientací.“

Papežová (2019) ve své přednášce zmiňuje, že osoby s poruchami příjmu potravy mají pocit malé vlastní hodnoty, trpí narcistickým deficitem, tedy poruchou zdravého narcismu, zdravého vnímání vlastní hodnoty, hodnoty sebe sama. Uvádí, že pacientky hodnotí sebe sama očima druhých, mají strach ze znehodnocení, odmítnutí, nebo výsměchu, podléhají vnějším hodnotám a hodnotí se podle ideálních postav z veřejných médií (modelky, herečky, sportovkyně). Zároveň zmiňuje komplikace v časné diagnostice a efektivitě léčby. Připomíná, že pýcha a stud na začátku vedou k zatajování onemocnění nebo některých symptomů (užívání laxativ, zvracení, anorektik a anabolik). Stud příbuzných následně vede k zhoršení terapie, je častá devalvace pacientek v očích okolí, bagatelizace jejich obtíží a dochází k velkému nepochopení. K tomu se navíc přidá autoakuzace („nedokážu to zvládnout“, jsem horší než ostatní, úzdravou ztratím svou

„výjimečnost“), bezvýchodnost psychického rozpoložení ve smyslu ztráty kontroly („nevím, jak žít bez anorexie“, „nevím, kdo jsem bez anorexie“) a pocit selhání, rezignace a strach ze stigmatizace.

Snaha o dosažení štíhlé postavy tak nebývá často tím jediným motivátorem, u některých pacientek dokonce snaha zhubnout chybí úplně. Je tedy na místě zamyslet se i nad nevědomými motivacemi, které mentální anorexie sytí. Mezi ně mohou patřit:

1. **Pud smrti** – trpící anorektička, flirtující se smrtí patří mezi nejvážnější případy onemocnění. Ve snaze o separaci vykazuje značné úsilí o vlastní smrt, nicméně tento smrtelný pud bývá často v koincidenci s pudem sebezáchovy. Psychologické důsledky nebo symptomy hladovění se projevují vůči vnějšímu světu v podobě agresivity, hněvu, impulzivity a sebevražedného jednání (Recalcati, 2014). U těchto dívek se často vyskytují sklony k sebepoškozování, depresivní ladění, případně u nich bývá komorbidně diagnostikovaná hraniční porucha osobnosti.
2. **Snaha o dokonalost, ego-ideál** – u těchto pacientek můžeme pozorovat odpojení od svých primárních pečovatelů jako od významných druhých – ve smyslu chápání interpersonální psychoanalýzy H. S. Sullivana (Mitchell & Black, 1999), jenž je důsledkem narušené rané vazby a kvalitativně odlišnými vlastnostmi vzorců přilnutí (*attachment)* (Fonagy & Target, 2005). Takový jedinec odmítá symbolickou závislost, která ho poutá k jeho významným druhým a přeje si vlastní nezávislost a separaci od všech objektních vztahů. Jediné, na čem záleží, je idealizovaný zrcadlový obraz, imaginární druhý, jako idealizovaná projekce vlastního těla povýšená na úroveň důstojné ikony (Recalcati, 2014). Recalcati (2014, s. 99) cituje své pacienty, kteří prohlašují, „že již nikdy nebudu otrokem něčemu, co nemám pod kontrolou, aspoň jsem získal svobodu od těla řízeného pudy, konečně jsem separovaný od požadavků těch druhých, už nikdy nebudu objektem uspokojení těch druhých.“ Důsledkem této snahy může být následná rezistence vůči sexuálnímu a psychologickému zrání.

2.2. Psychoanalytický pohled na mentální anorexii

Existuje obecná shoda, že práce s anorexií může být náročná. Ústředním jmenovatelem je ambivalence ve snaze o vyléčení. Pacienti s anorexií zřídka vyhledávají léčbu z vlastní iniciativy, motivace ke změnám je nízká a / nebo nestabilní, přibližně

polovina pacientů léčbu opustí. Navzdory výzkumnému úsilí je zde nápadný nedostatek empirických důkazů podporujících jakoukoli metodu léčby mentální anorexie (Skarderud, 2007).

Vedle kognitivně-behaviorálního přístupu, který pracuje se systematickým podmiňováním, systémem terapeutických smluv a odstupňovaných výhod a zákazů, a jehož počátky jsou spojeny s pozorováním psychoanalytičky Hilde Bruchové (Krch, 2018), nabízí psychoanalýza nejucelenější koncept v pohledu na poruchy příjmu potravy, zahrnující možné příčiny rozvoje onemocnění, předpoklady pro úspěšnou léčbu a zároveň jasné terapeutické indicie využitelné ve všech dalších terapeutických směrech (Kocourková, 2018). Pohled psychoanalytického chápání prošel vývojem podobně jako samotná psychoanalýza, a ačkoliv vychází ze základů klasické psychoanalýzy Sigmunda Freuda, byl postupem času doplňován o novější přístupy, které původní chápání rozvíjely a doplňovaly. Nejnovějším přístupem je pak Fonagyho teorie mentalizace, která odkazuje na teorii citové vazby a porozumění self z interpersonální zkušenosti (Kocourková, 2018).

Je však potřeba zmínit, že jakákoliv psychoterapeutická práce může následovat až poté, kdy pacienta vyvedeme z hladovění. Protože, jak zdůrazňuje například Parkerová (2005, s. 500), „když je však tělo vyhladovělé, příznaky se začínají sebezáchovně posilovat a nastane smrtelný začarovaný kruh, protože chemické změny vyvolané hladověním zasáhnou duševní pochody. Teprve když dříve hladovějící anorektický pacient začne jíst a dosáhne určité hmotnosti, je možné s ním opět vést smysluplný rozhovor."

Vývoj v psychoanalytickém přístupu v chápání příčin mentální anorexie logicky kopíruje vývoj psychoanalytické teorie jako takové. Od důrazu na jednotlivce, jeho nevědomé procesy a motivace, přes přenesení odpovědnosti na primární pečovatele až po sloučení obou poloh a dosazení vztahového kontextu. Současní psychoanalytici jako Lacan, Lorenzer nebo Fonagy a jeho teorie mentalizace vycházejí z toho, že v mysli druhého nalézáme sebe, a to platí zejména v průběhu vytváření vlastní subjektivity v prvních letech života (Fonagy & Target, 2005).

Jak zdůrazňují Fonagy a Targetová (2005, s. 27): „Winnicott měl nejspíš pravdu, když korigoval kleiniánskou tendenci patologizovat kojence a tuto patologii připisovat více méně výhradně jeho vlastním pudům. Když ovšem Winnicott říká, že „obyčejní kojenci nejsou šílení" (tj. nejsou paranoidní nebo depresivní), uznává jen jedinou možnost vysvětlit patologie – matku. Kohut, Adler, Modell, Masterson, Rinsley a dokonce i

Bowlby a Stern se ve svých pracích nadále soustředili na nedostatky matek, které považovali za příčinu všech možných typů psychopatologie.“ Psychoanalýza logicky vysvětluje poruchy příjmu potravy specifickou patologií rodinných vztahů. Je třeba však zdůraznit, že i bez ohledu na tuto akuzaci a na konkrétní etiologii onemocnění a teoretický rámec jeho chápání, pocit rodičů, že to je jejich vina, je i tak velmi častý a všudypřítomný.

Pro poruchy příjmu potravy neexistuje jednotná psychoanalytická ani psychodynamická teorie. Přesto však můžeme vyzdvihnout vybrané psychické mechanismy podílející se na rozvoji PPP, které jsou vlastní jednotlivým myšlenkovým směrům. Těmi jsou zejména narušené vztahy s pečovatelskými osobami v dětství – zejména v průběhu období prvního vzdoru, ale i dříve, dále vytváření obecně i specificky zranitelné osobnosti s nižší schopností adaptace a zvládání stresu, a nakonec obtíže spojené s obdobím adolescence – ať už v rovině individuální zátěže v rámci dospívání, komplikacím ve vztazích, nebo na úrovni tělesných změn. Nedostatečné vztahové nasycení s oběma rodičovskými postavami v raném období vývoje může v období dospívání vyústit do psychické poruchy (Papežová, 2018, Riegel, 2020). Náznak subjektivní struktury pacienta bude zahrnovat prvky historie subjektu, oidipální drama, konflikt nebo způsob obrany, tvorbu nevědomých obsahů, přenos, identifikaci subjektu a problematiku subjektivity.

V následující části bych se ráda věnovala jednak psychoanalytickým přístupům, které se k poruchám příjmu potravy přímo vyjadřovaly, případně konceptům, které s nimi úzce souvisejí.

2.2.1. Klasická psychoanalýza a ego-psychologie

Východiskem klasických psychoanalytických teorií je především strukturální model psychiky Sigmunda Freuda a jeho pudová teorie. Přestože se klasické psychoanalytické teorie poruchám příjmu potravy věnovaly spíše okrajově, je třeba je zmínit s ohledem na budoucí chápání objektních vztahů, v souvislosti s poruchami attachmentu a zároveň s ohledem na proces identifikace pacientek s rodičovskými postavami. Jelikož jsou jednotlivé psychoanalytické teorie rozvíjeny v návaznosti na své předchůdce a jejich vývoj není souvislé kontinuum, nýbrž obsahuje řadu odboček žijících následně vlastním životem, vybírám s ohledem na účel této práce pouze klíčové momenty, které znamenaly výraznější obrat v chápání příslušných témat, vztahujících se k problematice mentální anorexie.

Sigmund Freud

Jednou z hlavních Freudových myšlenek je téma psychického konfliktu, který považoval za hlavní klinický problém a který by měl být jádrem analytického procesu v rámci terapie. Postupem času a na základě svých zkušeností přepracoval své pojetí vytěsněných přání a pohnutek, jež jsou v rozporu s přijatelnějším vědomím a předvědomím (tedy topografický model) na hypotézu, že nevědomá přání jsou v konfliktu s obranami, které nejsou vědomí přístupné. V rámci novějšího strukturálního modelu, pak jeho nevědomí obsahuje kromě zakázaných přání také obrany proti nim, sebeobviňování a tresty. Freudův strukturální model rozlišuje tři nevědomé složky – Id, Ego a Superego. Ego za pomoci internalizovaných rodičovských postav v Superegu vytěsňuje a usměrňuje barbarské impulsy Id, aby si zachovalo bezpečí ve světě druhých (Mitchell & Black, 1999).

Objekt byl ve Freudově chápání jakýkoliv prostředek, který slouží k vybití pudového napětí. Může jím být blízká osoba, jakýkoliv člověk, ale i neživý předmět. Takovýmto libidinózním objektem se může stát pro fetišistu předmět, který se stane příležitostí, jak projevit sexuální popud, ale i matka pro malé dítě, když uspokojí jeho potřebu lásky – sám o sobě však objekt nemá žádnou hodnotu. Jak uvádějí Mitchell a Black (1999, s. 60): „Freud nepředpokládal, že by dítě usilovalo a libidinózní kontakty s druhými kvůli nim samotným. Lze to vidět na jeho postoji k identifikaci, procesu, jehož prostřednictvím dítě činí někoho či z určité stránky někoho součást sebe.“

Anna Freudová

Anna Freudová zcela navázala na pozdější práce svého otce a krom průkopnické práce na poli analytické léčby dětí, se nadále věnovala dalšímu zkoumáni ega a jeho obranných mechanismů (Mitchell & Black, 1999).

V souvislosti s poruchami příjmu potravy hovoří Freudová (in Rizzuto, 1985) o reprezentativním významu jídla při interakci matky s dítětem. Obraz matky a jídla splývá v jedno, dokud není dítě odstaveno od prsu. Ačkoliv je matka a jídlo na vědomé úrovni oddělené zhruba od druhého roku, identita mezi těmito dvěma obrazy zůstává nadále v nevědomí. Většina problematického chování spojeného s jídlem pak nesouvisí se

ztrátou chuti, nebo sníženou potřebou jídla, ale s konfliktními emocemi spojenými s matkou, které se přenesly na jídlo, jež ji symbolizuje.

René Spitz

Jestliže Sigmund Freud vnímal deprivaci jako určitou pobídku pro adaptivní vývoj ega, René Spitz ve své studií dětí, umístěných od narození v ústavní péči, prokázal, jak nesmírně devastující vliv nejen na psychiku, ale i na celkové zdraví novorozených dětí má izolace od primárního pečovatele. Až třetina dětí, které sice měli zajištěné tělesné potřeby, ale zcela strádaly v důsledku trvalejší interakce s pečující osobou, se nedožila dvou let. Ve čtyřech letech se většina dětí, které přežily, nedokázala posadit, postavit, chodit, nebo mluvit. Rozhodující přitom byly první tři měsíce věku – pokud se v této době matka pro dítě vrátila, negativní vývoj bylo možné zvrátit (Mitchell & Black, 1999).

Jeho výzkum lze označit za první analytický výzkum objektních vztahů, jehož konečným výsledkem je radikální přepracování základního konceptu libidinózního objektu. Na rozdíl od Freuda, vidíme u Spitze, že „získání libidinózního objektu spíše představuje vývojový úspěch odrážející komplexní duševní schopnosti vytvořit velmi osobní pouto, které přetrvává i tehdy, když není daná osoba přítomná. Spitzův libidinózní objekt není pouhým prostředkem k dosažení cíle, možností vybití pudu ani důsledkem obranného zvnitřnění. Tento objekt je nesmírně důležitý sám o sobě. Poskytuje základní lidské propojení, v jehož rámci probíhá veškerý psychický vývoj“ (Mitchell & Black, 1999, s. 60).

Margaret Mahlerová a separačně-individuační proces

Na práci Reného Spitze navázala dětská analytička Margaret Mahlerová. Na základě Spitzových úvah o poruchách ve formování osobní identity jako důsledku nedostatečné rané fúze s matkou se zamýšlela nad faktory narušujícími normální vývoj symbiotických vztahů (Mitchell & Black, 1999). V publikaci Psychologický zrod dítěte se Mahlerová (2006) věnuje separačně individuačnímu procesu, v rámci něhož dochází jednak k vytvoření vlastní self-identity a zároveň k vytvoření objektní stálosti. Tuto vývojovou fázi považuje za zkušenost druhého narození a považuje jej za stejně nevyhnutelné jako biologické zrození. Odvolává se na práci Anny Freudové a zmiňuje, že ve věku dvou až tří let pozorujeme u dítěte kvazi-normální negativistickou fázi – tedy

období prvního vzdoru – a upozorňuje, že jde o doprovodnou behaviorální reakci znamenající proces uvolňování se ze symbiózy matka – dítě. Sama dodává (Mahlerová, Gosliner, 1955, s. 200): „Období po patnáctém až osmnáctém měsíci se vyznačuje tím, že primární stav jednoty a identity s matkou přestává být konstruktivní pro vývoj ega a objektního světa."

Kocourková (1997, s. 71) doplňuje, že „dítě selhává ve vývojové fázi znovupřiblížení (kolem 18. měsíce života), kdy vzdálení se od matky se spojuje s pocity opuštění a není možné rozvíjet bezpečnou autonomní exploraci světa. Když dítě selže ve vytvoření optimální emoční vzdálenosti od matky v průběhu separačně-individuačních procesů, může s matkou dále zůstávat v závisle hostilní pozici a není schopno se odpoutat a osamostatňovat."

2.2.2. Teorie objektních vztahů

Teorie objektních vztahů jsou podobně rozmanité a nedefinovatelné jako drtivá většina koncepcí v psychoanalýze, tak, jak už bylo zmiňováno dříve. Ve svém nejužším slova smyslu tak můžeme označovat i samotné přístupy – kleiniánskou školu, britskou školu nezávislé psychoanalýzy, zahrnout k nim však můžeme i strukturální pojetí klasické freudovské linie v jejím vztahu k objektu. S ohledem na účel této práce je potřeba ujasnit chápání objektu a objektních vztahů v souvislosti s individuálním vývojem jedince a s jeho důsledky na celoživotní utváření vztahů k druhým i k sobě samému, na schopnost práce se svými emocemi a afekty.

Freud v rámci své pudové teorie termínem „objekt" označoval cíle pudových přání konkrétního jedince. Objekt je milován, jestliže uspokojuje přání a potřeby daného jedince. V kontextu pozdějších teorií objektních vztahů se termín „objekty" nevztahuje k neživým entitám, ale k významným druhým, s nimiž má jedinec nejbližší vztah – obvykle se jedná o matku, otce nebo jiného primárního pečovatele. V některých případech může být termín objekt používán také k označení části osoby, jako jsou prsa matky, nebo k mentálním reprezentacím významných druhých. Teoretici objektních vztahů zdůrazňují význam časných rodinných interakcí, zejména vztahu matky a dítěte, při rozvoji osobnosti. Předpokládá se, že kojenci vytvářejí mentální reprezentace sebe sama ve vztahu k ostatním a že tyto vnitřní obrazy významně ovlivňují mezilidské vztahy v pozdějším životě.

Přesto však mají napříč jednotlivými školami a myšlenkovými proudy společné předpoklady. Ty shrnují Fonagy a Targetová (2005, s. 121) následujícím způsobem:

- těžká patologie je preoidipského původu (tj. vzniká v prvních třech letech života)
- vzorec vztahů s objekty se s vývojem stává složitější
- stadia tohoto vývoje představují maturační sekvenci, která existuje napříč kulturami
- rané vzorce objektních vztahů se po celý život opakují a v jistém smyslu fixují
- poruchy v těchto vztazích se vývojově odrážejí v patologii
- reakce pacientů na terapeuty poskytují příležitost prozkoumat zdravé a patologické aspekty raných vztahových vzorců

Komplikovanost diskuse o teoriích objektních vztahů rovněž zmiňují Greenberg a Mitchell (1983, s. 12), když píšou, že „pojem byl užíván v nejrůznějších kontextech a v nespočtu různých konotací a denotací, jejichž výsledkem je značná nejasnost a zmatek."

Fonagy a Targetová (2005) nám tedy nabízejí pro lepší orientaci kategorizaci na teorie tvrdé a měkké. „Tvrdé, k nimž řadí teorie Melanie Klein, W. R. D. Fairbairna a Otta Kernberga, se soustředí na nenávist, vztek a destrukci a rozvádějí překážky, choroby a konfrontace, kdežto měkké teorie (Balint, Winnicott a Kohut) se zabývají láskou, nevinností, potřebami růstu, naplněním a progresivním rozvojem" (Fonagy & Target, 2005, s. 121).

Michael Balint

M. Balint nesouhlasil s konceptem primárního narcismu Sigmunda Freuda – tedy, že kojencova sebeláska předchází vždy objektní lásce – a tvrdil, že touha být milován je primární, vrozená. Dítě předpokládá, že objekt existuje, aby ho miloval a jeho chápání vztahů je omnipotentní – pokud jsou mu objekty k dispozici a může je kontrolovat, jsou milující, tudíž si udržuje iluzi, že jsou jeho součástí (Fonagy & Target, 2005). Balint tedy sice neodmítl původní pudovou teorii, nicméně tvrdil, že objektní vztahy nejsou odvozeniny pudů, ale, že jsou přítomny na počátku života. Libido má podle něj dvě fundamentální snahy: touha po slasti a touha po vztazích (Greenberg & Mitchell, 1983; Mitchell & Black, 1999).

W. Ronald D. Fairbairn

Fairbairn se Freudovi vzdaluje ještě dál, když prohlašuje, že libido neusiluje o slast, ale o objekt. Slasti je dosaženo a úzkost se snižuje na základě kvality vztahu mezi egem a objektem, nikoliv vybitím energie. Objekty mohou být celé, nebo jen částečné, dítě například přestane plakat, když si vybaví obraz dobrého prsu, nikoli když začne sát. Kojenec tedy neusiluje o vztahy s druhými za účelem uspokojení slasti, ale hledá kontakt s druhými pro kontakt samotný, za každou cenu, i za cenu bolesti. K této myšlence dospěl na základě práce se sexuálně zneužívanými dětmi, u kterých vypozoroval zcela nečekanou oddanost ke svým krutým rodičům. Podle něj má ego tendenci introjikovat především špatné objekty, protože když je takový objekt zvnitřněn, je více pod kontrolou. Introjikovaný objekt je následně vytěsněn do nevědomí. Intenzita, s jakou se následně ego identifikuje s tímto internalizovaným objektem se pak odráží v celkovém psychickém stavu člověka, například v jeho delikventním, či psychoneurotickém chování. Jak sám řekl, jestliže psychologie je studií vztahu mezi jedincem a jeho objekty, pak psychopatologie je studií vztahu mezi egem a jeho internalizovanými objekty (Fairbairn, 1952; Fonagy & Target, 2005; Greenberg & Mitchell, 1983).

Donald Woods Winnicott

Jestliže Fairbairn budoval celý systém, pak Winnicott naopak cílí na jednotlivá témata a přináší výrazný posun v teorii objektních vztahů. Mezi jeho hlavní myšlenky patří zejména koncepty falešného self (*false self*), přechodových objektů (*transitional object*), podpůrného prostředí (*holding environment*) a dosti dobré matky (*good enough mother*) (Greenberg & Mitchell, 1983). Podle Winnicotta dítě používá přechodové jevy a zejména přechodové objekty ke snížení úzkosti ze separace, když pomáhají překlenout dítěti období, ve kterém si začíná uvědomovat, že existuje prostor mezi self a vnější realitou. Takovými objekty mohou být přikrývka, dudlík jako přechodové objekty, případně říkanky, nebo pohyby jako forma přechodových jevů usnadňujících například usínání. Dle Winnicotta (2018) zastupuje přechodový objekt prs, nebo objekt prvního vztahu. Přechodový předmět není klíčový pouze na cestě ze závislosti k nezávislosti, jde o způsob uspořádání zkušenosti, o dva různé vzorce postavení self ve vztahu k druhým (Mitchell & Black, 1999).

Ve svém příspěvku pak také tvrdí, že je třeba, aby se vztahovost bytí vyvíjela o samotě v přítomností jiného. Což zjednodušeně můžeme přeložit právě do kontextu podpůrného prostředí – být dítěti oporou, nikoliv jeho vládcem. Jak uvádí Fonagy a Targetová (2005, s. 151): „Pravé self se může vyvíjet pouze v přítomnosti nevtíravého druhého, který nepřeruší kontinuitu sebeprožívání.“ Zároveň je ale klíčová Winnicottova věta (2018, s. 150): „Dítě může být krmeno bez lásky, ale ze stavu bez lásky či neosobní péče nemůže vzejít nové nezávislé lidské dítě.“

„Dostatečně dobrá „matka“ (ne nutně vlastní matka dítěte) je ta, která se aktivně adaptuje na potřeby dítěte, přičemž aktivní adaptace postupně slábne s ohledem na rostoucí schopnost dítěte zvládat chvíle, kdy matka jeho potřebu neuspokojí a tolerovat důsledky frustrace“ (Winnicott, 2018, s. 26). Úspěšná separace dítěte od matky může proběhnout dle Winnicotta pouze v prostředí důvěry a spolehlivosti. Matka v rámci podpůrného prostředí přizpůsobuje své jednání potřebám dítěte, čímž dodává potřebnou spolehlivost, na základě které v sobě dítě pak vytváří důvěru. Matka díky primárnímu mateřskému zaujetí reaguje adekvátně na potřeby kojence, který uvažuje prostřednictvím subjektivní omnipotence – mám hlad, objeví se prs, je mi chladno, umím zařídit, aby bylo teplo. Jestliže tuto odezvu nedostává, odráží se pak tento pocit neschopnosti v jeho self systému mimo jiné ve formě nedostatečné sebedůvěry. Psychický rozvoj dítěte se zabrzďuje a dítě zůstává uvězněné v psychickém čase a zbytek jeho osobnosti vyrůstá kolem chybějícího jádra a mimo něj. Nedostatečně dobrá matka neposkytuje dítěti potřebný chráněný prostor a předkládá mu svět, s nímž se musí samo vyrovnávat a přizpůsobovat se mu. Dítě se cítí nuceno soustředit na požadavky vnějšího světa a tato předčasná orientace na vnější svět narušuje vývoj a budování subjektivity dítěte (Mitchell & Black, 1999).

Z hlediska kontextu, ve kterém působil Winnicott, můžeme rovněž považovat za průlomové jeho vyjádření k emoční vzdálenosti matky v péči o dítě, když uvádí příklad matky, jež trpěla silnými depresemi v raném dětství dítěte (tedy v průběhu jeho prvních tří let). I nedostatečný kontakt s dítětem, kdy je matka zabraná do jiných problémů, může vyústit ve vážné projevy psychopatologie u dítěte (Winnicott, 2018). V rámci psychoanalýzy pak jako léčebné Winnicott nechápe interpretace pacientova chování a stavů, ale způsoby, jakými analytické nastavení poskytuje chybějící rodičovské zázemí a plní vývojové potřeby raného dětství (Greenberg & Mitchell, 1983).

André Green a koncept „mrtvé matky“

Koncept francouzského post-lacanovského psychoanalytika Andrého Greena pracuje mj. právě s myšlenkou D. W. Winnicotta týkající se matky, která není dostatečně emočně naladěná na dítě, přičemž Green propojuje klasické freudovské pojetí rané interakce s matkou a teorie objektních vztahů. Pojem jako takový se netýká fakticky zemřelé matky – tato zůstává sice živá, ale v očích dítěte psychicky (emocionálně) mrtvá, vzdálená, nedostupná. V návaznosti na freudovské truchlení (*mourning*) jde o problematické zpracování situace, kdy se matka citově vzdálí svému dítěti zhruba v době prvního vzdoru dvou až tří let věku dítěte. Po období maximálního zaujetí může přijít jakási únava, případně ublížení, že její potomek získává samostatnost, opouští symbiotický vztah a sám se jí vzdaluje. Tato reakce je přirozená a vzájemný vztah s dítětem může následně opět doznat potřebné kvality a citového splynutí. Pokud se však matka nachází v osobní nelehké situaci, například v důsledku jiných obtíží (komplikace v partnerském soužití s otcem dítěte, ponížení, její vlastní depresivita, či jiná patologie apod.), matka pro dítě zůstává vzdálená a její zájem o dítě je upozaděn za jejím smutkem. Dítě tak není schopno obnovit citový kontakt, a pokud nenachází uspokojivou náhradu v jiné osobě (otci, či jiném blízkém pečovateli), tak se na nevědomé úrovni identifikuje s osobou „mrtvé matky“. Vazba na otce však bývá dle Greena (1986) také často neopětovaná, ať už z důvodu obav otce o matčin stav, bez bližšího porozumění potřebě dítěte, nebo prostě protože rodinu opustí. Důsledkem této identifikace pak může být například předčasná intelektualizace – dítě se začne více zabývat fakty, procesy a situacemi, nikoliv emocemi a psychickými obsahy, či vztahy jako takovými (Fonagy & Target, 2005; Green, 1986). „Matčin prázdný smutek vyvolává prázdný smutek u dítěte a zakopává část jeho ega do mateřské nekropole“ (Green, 1986, s. 167).

Důležitost otcovské postavy v interakci dyády matka-dítě zdůrazňuje rovněž Šulová (2005), která vyzdvihuje specifičnost otce v průběhu separačně individuační fáze dle Mahlerové, na což upozorňuje i samotný Green (1986). Je přirozeným dělícím článkem mezi dítětem a matkou, jeho funkce je komplementární. Pokud je tento proces narušen z důvodu předčasné, nebo jakkoliv nepřirozené separace, je tím narušena i možnost zdravé a funkční vazby mezi otcem a dítětem.

2.2.3. Hilde Bruchová

Hilde Bruchová byla první výraznou osobností na poli psychoanalýzy, věnující se detailně problematice poruch příjmu potravy. Kritizovala klasickou analýzu a její přístup k chápání mentální anorexie. Vychází ze sullivanovské koncepce, přičemž zdůrazňuje ranou dětskou interakci anorektických pacientek s jejich matkami (Kocourková, 1997).

Bruchová (1978) zmiňuje, že anorexie se může projevit v době, kdy dospívající musí čelit změnám, nebo novým požadavkům, na které prozatím není zcela připraven a se kterými se mu nedaří vyrovnat. V souvislosti s rodinným zázemím pak uvádí, že rozvoj nemoci je úzce spjat s abnormálním rodinným schématem a v zájmu úspěšné léčby je třeba zahrnout do řešení i skryté problémy rodiny, které tvoří podklad nemoci a které se nedají vždy identifikovat jako otevřený konflikt. Ve svém souhrnném výčtu rodinných okolností, které předcházely rozvoji nemoci, dále zmiňuje matky, které nejsou schopné zajistit dítěti dostatek tepla a bezpečí, protože jsou samy neurotické, nebo děti, které trpí těžkým nedostatkem lásky, když jejich rodiče žijí v manželství bez lásky, neposkytují jim dostatek citového uspokojení a očekávají pouze bezproblémovost, skvělý akademický výkon a správné chování (Bruch, 1973).

Ve své knize (Bruch, 1978) rovněž poukazuje na potřebu hlubšího terapeutického záběru, když cituje své pacienty, jak říkají: „chtěli po mě, abych přibral, ale neudělali nic, abych změnil své myšlení“, nebo „chci někoho, kdo řekne, že zvýšení váhy věc nevyřeší, chci pomoci s mou depresí, ale nikdo neposlouchá“, případně „říkají, abych přibral deset liber, jako by deset liber mělo vyřešit mé problémy. Tak to není. Až vyřeším problémy, začnu jíst.“

Smyslem psychoanalytické terapie tudíž není při léčbě mentální anorexie primárně nárůst hmotnosti, ale pochopení základních psychologických konfliktů, které umožní hlubší poznání osobnosti a její změnu. Potvrzuje se, že pokud se léčba zaměří pouze na fyzické aspekty onemocnění a zároveň ignoruje hlubší psychologické problémy, relaps onemocnění je téměř nevyhnutelný.

2.2.4. John Bowlby a teorie citové vazby

Dětský psychiatr a psychoanalytik John Bowlby a jeho teorie citové vazby (též teorie přilnutí, či *attachment theory*) představují propojující článek mezi psychoanalytickou teorií, obecnou psychologií a dalšími obory a její dopad můžeme

nalézt v oblasti biologie, antropologie, etologie a dalších. V době, kdy většina psychoanalytiků zkoumá vnitřní činitele, tedy pudy a fantazie, jako zdroje patologického vývoje, Bowlby obrací svou pozornost k vnějším faktorům (Fonagy & Target, 2005; Hopkins, 2005; Mitchell & Black, 1999).

Na základě zkušeností z práce s maladaptovanými dětmi a dětmi, které byly v raném věku oddělené od svých rodičů, odhalil, že rané odtržení od matky je třeba chápat jako prekurzor možné budoucí psychopatologie. Reakcí na tuto ztrátu pak postupně bývá protest, zoufalství a netečnost. Podstatou této reakce je dětské pouto k rodiči, nebo k hlavnímu pečovateli, které nazval přilnutím (*attachment*, též citová vazba) (Fonagy & Target, 2005; Hopkins, 2005). Jeho pojetí úzce souviselo s Fairbairnovou koncepcí libida, hledajícího objekt (a nikoliv uspokojení slasti) a podobně jako teorie objektních vztahů vychází z raných kontaktů s pečující osobou, poznamenávají ale jedince celoživotně a ovlivňují vytváření vazeb s ostatními lidmi po celý život.

Přilnutí je dle Bowlbyho pudová záležitost, mající biologické těžiště, nikoliv však ve smyslu klasických freudovských teorií – jejím účelem není uspokojení pudů, ale jejím cílem je blízkost, kontakt s pečující osobou a subjektivně vnímaným pocitem bezpečí (Hopkins, 2005). „Základní rys dobrého rodičovství podle Bowlbyho spočívá v tom, že oba rodiče zajišťují bezpečnou základnu, z níž dítě nebo dospívající může podnikat výpady do vnějšího světa a k níž se může vracet s jistotou, že bude při návratu vítáno, citově i tělesně živeno, v případě rozrušení uklidněno a ukonejšeno, bude-li polekané“ (Hopkins, 2005, s. 85).

Teorie přilnutí podává rovněž uspokojivé vysvětlení, proč je rodiči oddáno i dítě, které je jím citově, nebo fyzicky zneužívané, či týrané. „Je-li zdroj bezpečí zároveň zdrojem bolesti a nebezpečí, ocitne se dítě v postavení neřešitelného, samozáchovného a sebeposilujícího konfliktu. Situace je neřešitelná proto, že odmítnutí osobou, k níž si dítě vytvořilo citové pouto, vyvolává zároveň protichůdné podněty vzdálit se a přiblížit se. Dítě se nemůže přiblížit, protože je rodič odmítá, a nemůže se vzdálit, protože cítí silnou potřebu vazby právě tehdy, když se bojí. Klinickým výsledkem je silná úzkostná závislost, která může způsobit, že dítě bude vzdorovat separaci od rodičů, a tím může oklamat odborné pracovníky, že všechno je v pořádku“ (Hopkins, 2005, s. 86).

Výzkum Mary D. Salter Ainswortové následně podpořil úvahu, že spolehlivost citové vazby kojence v prvním roce jeho života závisí mnohem více na určitých vlastnostech mateřské péče než na vrozených vlastnostech samotného dítěte, jak se předpokládalo do té doby (Hopkins, 2005). Na základě jejího testu neznámé situace

(*Strange Situation Test*) určila následně čtyři kategorie vazeb, které si kojenec ke své matce vytváří. Vzhledem k nejednoznačnosti ve shodě, jak jednotlivé pojmy překládat, uvádím vždy pro přesnost více možností:

- **Jistá vazba** (*Secure Attachment*) – jistou vazbu vytváří většina dětí. Jejich matky se projevují jako dosažitelné, konzistentní a zodpovědné.
- **Nejistá vazba – úzkostná / vyhýbavá** (*Anxious-Avoidant Insecure Attachment*) – tuto vazbu tvoří zhruba 20 % dětí, které nacházíme u matek s omezenou škálou citového projevu, dávající najevo odpor vůči blízkému fyzickému kontaktu. S dětmi se nemazlí, netulí, když jsou malé, nenosí je, resp. nosí je v nepohodlných pozicích. Dítě pak v důsledku tohoto chování přestane dávat najevo negativní emoce, protože je to marné.
- **Nejistá vazba – úzkostná / rezistentní / vzdorovitá** (*Anxious-Resistant Insecure Attachment*) – v této skupině se nachází zhruba 10 % dětí, jejichž matky se chovají nekonzistentně. Fyzický kontakt vyhledávají, ale spíše k uspokojení vlastní potřeby než jako odpověď na potřeby dítěte. Zloba dítěte je pak pravděpodobně vyjádřením vhledu, že matka je bližšího kontaktu schopná, neposkytuje jej dostatečně a dítě se snaží ji k němu přimět.
- **Nejistá vazba – dezorganizovaná / dezorientovaná** (*Disorganized / Disoriented Attachment*) – tento vzorec nebývá příliš častý a je spojen s pečující osobou, která poskytuje na jednu stranu bezpečí, ale je i zdrojem ohrožení. Týká se to zpravidla rodin, kde dochází k týrání, nebo zneužívání.

(Bowlby, 2010; Fonagy & Target, 2005; Hopkins, 2005)

Fonagy a Targetová (2005) shrnují následné výzkumné studie, které se shodují, že jistota přilnutí může sloužit jako ochranný faktor proti dospělé psychopatologii. Naopak nejisté přilnutí funguje jako rizikový faktor pro rozvoj vyššího stupně deprese, úzkost, hostilitu, psychosomatické onemocnění a menší nezdolnosti ega. Uvádí (Fonagy & Target, 2005, s. 247), že „existuje předpoklad, že negující stav mysli může být spojován s antisociální poruchou osobnosti, poruchami příjmu potravy, zneužíváním látek a látkovou závislostí a že zahlcené stavy mysli se pojí s poruchami, v nichž jde o pohroužení do vlastních pocitů, jako je deprese, úzkost a hraniční porucha osobnosti.“

2.2.5. Teorie mentalizace

Termín mentalizace vznikl na Ecole Psychosomatique de Paris a do širšího povědomí byl konceptualizován výzkumníky zabývajícími se vývojovými otázkami a teorií mysli (Bateman & Fonagy, 2010). Pracuje s ním řada psychologických směrů, a přestože jej někteří autoři používají právě ve významu teorie mysli (Koukolík, 2013), pro psychodynamicky orientované psychology jde o pojem zastřešující řadu metaúrovňových procesů – včetně zmíněné teorie mysli, empatie, metakognice, schopnosti sebereflexe a porozumění sobě i ostatním, schopnosti přiřazovat duševní stavy nejen druhým, ale i sobě. Kocourková a Koutek (2011) uvádějí, že „teorie mentalizace integruje poznatky nejen z psychoanalýzy, ale také z oblasti vývojové psychologie a kognitivní neurovědy". V širším smyslu ji poprvé Fonagy použil v roce 1989 (Fonagy, 1989) a od té doby je dále rozvíjen s ohledem na porozumění celé řady duševních poruch. Mentalizace je proces, kterým implicitně i explicitně dodáváme smysl svému jednání i jednání druhých, pokud jde o subjektivní stavy a duševní procesy.

Mentalizace jako nový teoretický a terapeutický koncept

V rámci soudobého vývoje psychoanalytických teorií patří mezi hlavní autory, kteří se mentalizaci věnují, Fonagy společně s dalšími autory (Fonagy & Target, 1997, 2005). Ti uvádějí, že mentalizaci si člověk osvojuje v raném dětství na základě zrcadlení emocí rodičů, prostřednictvím přilnutí (*attachment*), procesem utváření objektních vztahů, rozvojem self a regulace afektů. Jde tedy o jakýsi propojující most pro jednotlivé (nejen) psychoanalytické teorie zabývající se vývojem psychiky a psychických funkcí od raného dětství. Zároveň jde o konkrétní prostředek pro práci v psychoanalytické psychoterapii. Fonagy a Bateman (2010) vyvinuli srozumitelný nástroj zejména pro práci s pacienty s hraniční poruchou osobnosti. Je však dobře aplikovatelný i na poruchy příjmu potravy (Skarderud, 2007), u kterých je terapie jinými způsoby komplikovaná vzhledem k častým remisím a mnohdy neúspěšná. A jak zmiňuje Skarderud (2007), na základě integrace teorie přilnutí (*attachment theory*), vývojových studií psychopatologie a neuropsychologie se tento přístup snaží přizpůsobit terapeutické techniky na systematické posílení mentalizace.

Tým Simonsen et al. (2020) provedli rozsáhlou metaanalýzu výzkumů týkajících se profilu mentalizace u pacientů s poruchami příjmu potravy. Využili 44 studií z celého

světa, které měly mezi klíčovými slovy mentalizaci a poruchy příjmu potravy s tím, že většina studií prošla pouze kvalitativním zhodnocením, protože nedosáhla na kritéria pro zařazení do kvantitativního srovnání (viz dále). Jednotlivé studie využívaly rozdílné měřící nástroje, přičemž pouze tři pracovaly s RF škálou, která je na výzkum mentalizace zaměřená a jejímž autorem je Fonagy a jeho tým. Ostatní studie použili škály TAS (Torontská škála pro výzkum alexithymie) a RME testy (Reading the Mind in the Eyes Tests).

Alexithymie představuje stav, při kterém má jedinec potíže s identifikací a popisem emocí a má tendenci minimalizovat emoční zážitek a soustředit pozornost externě. Uher, Bob a Ptáček (2010), uvádějí, že alexithymie představuje stav, ve kterém chybí ve větší či menší míře většina ze schopností:

- Prožívat emoce a pocity
- Rozlišovat mezi různými emocemi a pocity
- Jasně verbalizovat své pocity a vnitřní zkušenosti
- Reflektovat a do jisté úrovně analyzovat své emoce a pocity
- Rozvíjet fantazii o svých emocích

Jak poznamenává Kocourková s Koutkem (Kocourková & Koutek, 2011), v případě alexithymie jde o blízký pojem právě k mentalizaci, tudíž je smysluplným nástrojem, jak mentalizaci rovněž měřit.

RME testy jsou široce používány ke zkoumání toho, jak jednotlivci rozpoznávají složité emoční výrazy z oblasti očí dospělých tváří. Tento test v sobě zahrnuje pouze interpersonální složku mentalizace (tedy schopnost vnímat emoce u druhých osob) a do výsledné kvantitativní analýzy nebyly zahrnuté. V rámci celé metastudie se jednalo o 13 dílčích výzkumů, kde se u většiny (8 studií) neprokázal signifikantní rozdíl mezi pacienty s poruchou příjmu potravy a kontrolní skupinou.

Do celkového kvantitativního srovnání bylo nakonec zahrnuto 9 studií, které vykazovaly dostatečnou velikost vzorku, odpovídaly kritériím diagnostice poruch příjmu potravy, rozlišovaly pohlaví a jednotlivé subtypy poruch příjmu potravy a specifikovaly věk. Výsledky metaanalýzy pak následně potvrzují, že pacienti s poruchou příjmu potravy vykazují nižší schopnosti mentalizace ve srovnání s kontrolní skupinou zdravých jedinců. Navíc vybrané studie z celého přehledu naznačují, že u pacientů s mentální anorexií je tato schopnost ještě na nižší úrovni, než u pacientů s bulimií a doporučují, aby

se další studie zaměřovali na vyšší rozlišení mezi jednotlivými typy poruch příjmu potravy.

Nedostatky v mentalizační funkci komplikují pacientkám s mentální anorexií nejenom porozumění vlastním složitým emočním stavům, ale komplikují i terapeutický vztah. Kocourková (2011) k tomu zmiňuje: „Psychoterapie opřená o symbolické myšlení a verbální výměnu často selhává proto, že pacientka s poruchou příjmu potravy se nachází v jiném mentálním modu než psychoterapeut. Pro pacientku nejsou slova symbolickými významy, díky jejichž výměně zacházíme se vztahy a vyjadřujeme symbolické obsahy, ale jsou pro ni přímou konkrétní akcí, kterou může prožívat jako intruzivní a verbální projev terapeuta může představovat „nechtěné krmení“, které pacientka odmítá. V situaci, kdy pacient nedisponuje dostatečnou schopností mentalizovat a ztrácí kapacitu pro symbolizaci, není připraven použít interpretace terapeuta (intervence v symbolickém modu) pro vlastní myšlení.“.

Kocourková píše (2011, s. 182): „Psychoterapie, která užívá principy teorie mentalizace, pokládá za podstatné vytvoření emocionálně bezpečného prostředí, v jehož rámci může pacient zlepšit deficit mentalizační funkce, posílit svoji reflektivní kapacitu a lépe si uvědomit symbolické významy jídla a hmotnosti. Psychoterapie v tomto kontextu je zaměřena na interakci pacienta a terapeuta (v psychoanalytickém modelu na interakci přenosu a protipřenosu), interpretační práce není zaměřena ani tak na vlastní obsah interpretace, ale na samotný způsob myšlení, v němž se pacient může identifikovat s mentalizujícím způsobem myšlení terapeuta, kterému rozumí.“

2.3. Identifikace

V psychoanalytické teorii opět nacházíme různé kategorizace pojmu identifikace. Podobně jako u jiných termínů, nepanuje ani v případě identifikace jednoznačná shoda na přesném významu a chápání jeho dimenze se liší dle jednotlivých autorů, kteří s ním pracují. Je však ke zvážení, zda je v konečném důsledku nutné uvažovat o vlastních specifických mechanismech, nebo jde stále o jeden obecný aspekt identifikace, který se projevuje v různých kontextech, ve kterých pak můžeme sledovat míru nevědomosti, s jakou tento proces proběhne. V podstatě jde totiž obecně vzato o formování struktury a dynamiky osobnosti na základě zvnitřňování objektů identifikace. Na rozdíl od nápodoby, kde jde o pouhou reprodukci chování, u identifikace uvažujeme jako o asimilaci, kdy se

subjekt transponuje do role objektu, přičemž může imitovat jeho chování, ale také nemusí. (Helus, 1968).

Rycroft (1993) například člení identifikaci na čtyři hlavní celky: primární, sekundární, projektivní a introjektivní. V návaznosti na tyto základní celky lze pak u dalších autorů nalézt odkazy na další koncepty, jako jsou: anaklitická identifikace, obranná identifikace, narcistická identifikace, identifikace s agresorem, hysterická identifikace, či závistná identifikace.

Helus (1968) jde v kategorizaci ještě směrem k většímu zjednodušení a rozeznává 3 typy:

- identifikaci anaklitickou – kdy se subjekt ztotožňuje s osobou, kterou miluje, ale jejíž ztráty se obává
- identifikaci obrannou – subjekt se ztotožňuje s osobou, které se bojí a přijímá její normy a hodnoty
- identifikaci závistnou – subjekt se ztotožňuje s osobou, které závidí a tím částečně participuje na všem, co je dostupné objektu a ne jemu

Je však třeba v této souvislosti zdůraznit, že identifikace jako psychický mechanismus se netýká jednotlivého vývojového období. Jde o proces, který se mění ve své kvalitě a komplexnosti, ale probíhá celoživotně. Jeho determinující charakter pro budoucí vývoj je však nejzřetelněji vnímán v preoidipském a oidipském období (tedy zhruba od narození do šesti let věku) a následně v adolescenci. Jak zmiňuje McWilliamsová (2015, s. 154): „Psychoanalytici používají slovo „identifikace“ k vyjádření zralé úrovně osobnosti, kdy se člověk záměrně, nicméně alespoň částečně nevědomě, ztotožňuje s jinou osobou. Tato schopnost se rozvíjí ve vývojové linii od nejranějších potřeb introjekce (nebo „inkorporace“), která má povahu vstřebávání druhé osoby, k jemnějším, rozlišujícím a subjektivně úmyslným procesům výběrového přijetí charakteristik jiné osoby. Předpokládá se, že možnosti identifikace se vyvíjejí a pozměňují celý život a jsou emočním základem psychického růstu a změny.“ Dále píše, že identifikace je v blízkých vztazích zdrojem obohacení a součástí emoční důvěry. Podle objektu identifikace pak může mít pozitivní, nebo negativní účinky. Ve své podstatě jde ale o neutrální proces. A poznamenává, že významnou součástí psychoterapeutického procesu je přehodnocování starých a nyní problematických identifikací, do kterých dítě vstoupilo bezděčně, aby pomohly vyřešit jeho tehdejší konflikt, ale nyní, v pozdějším věku naopak další konflikt způsobují.

2.3.1. Primární a sekundární identifikace

Primární pojetí identifikace probíhá v raném dětství dle Rycrofta (1993), kdy se jedinec odděluje od svého primárního pečovatele, přestává sebe vnímat jako jeho součást a „musí odlišit svou identitu od identity svých objektů“ (Rycroft, 1993, s. 57). Sekundární identifikací pak rozumíme proces identifikace s objektem, jehož oddělená identita byla dítětem objevena. Jde o normální vývojový proces, jehož završením je získání objektní stálosti (dle piagetovské terminologie). „Neschopnost identifikovat se s rodiči v dětství, zejména s rodičem vlastního pohlaví, snižuje pocit identity, ale neschopnost zbavit se identifikace v adolescenci vede k podobnému výsledku“ (Rycroft, 1993, s. 58). V tomto chápání je tedy identifikace ranou adaptací na vnější svět, přichází v období, kdy jedinec není schopen zcela samostatného fungování, nicméně v dospívání brání individuálnímu vývoji.

Šebek a Šebková (2005) se naopak hlásí k tvrzení, že primární identifikace probíhá už v období, kdy se dítě prožívá neoddělitelně spojené s matkou a matka prožívá své dítě podobně. Vycházejí z Freudova pojetí, jehož koncept primární identifikace má podobu „orálního kanibalského pohlcení druhé osoby“, matka je prsem, prs je součástí subjektu – identifikuje se s ním, tedy i s matkou, pokládá sebe za identickou jednotku. Teprve později se „být“ (jsem součástí) mění na „mít“ (nejsem jím) (Eickhhoff, 2009). Eickhhoff (2009) tvrdí: „Zhroucení vede k zásadnímu psychickému traumatu, ke ztrátě ochrany, kterou skýtá svět reprezentací, a k největší možné bezmocnosti. Nutkavé opakování usiluje o obnovení primární identifikace a vytváří podmínky pro znovunabytí ztraceného primárního objektu.“ Zdůrazňuje, že primární identifikace se týká spíše preoidipských než oidipských nevědomých konfliktů, odráží pacientův intenzivní strach ze separovanosti.

Identifikace s objektem je dle Freuda (1917) důsledkem, kdy jedinec o objekt přichází. Pokud je jedinec schopen ztrátu unést, dochází k procesu, který nazývá truchlením (*mourning*), jehož výsledkem je právě identifikace jako důsledek introjekce (zvnitřnění) objektu, jenž je normální součástí vývoje. Tento mechanismus je také označován jako anaklitická identifikace a jejím podkladem je úzkost, nebo strach ze ztráty milované osoby (Helus, 1968). Jestliže truchlení jako důsledek ztráty objektu neproběhne, tak, jak má (v případě skutečné smrti, nebo vážného narušení vztahu k objektu), dojde k narušení sebeúcty a namísto běžného stažení libida z objektu

v důsledku této ztráty, libido se s daným objektem identifikuje. Z truchlení se pak stává chronická melancholie, předznamenávající rozvoj deprese.

2.3.2. Projektivní identifikace

S pojmem projektivní identifikace jako první pracovala Melanie Kleinová a o jeho rozšíření se dále postaral Wilfred Bion.

Je chápána jednak jako obranný mechanismus, nebo též obranná identifikace, či identifikace s agresorem ve smyslu výkladu Anny Freudové. V tomto případě jde o identifikaci s osobou, které má nad subjektem moc, rozhoduje o něm, o jeho trestu či odměně. Subjekt se tak identifikuje s hodnotami a normami objektu, které zvnitřňuje a přijímá je za své. Ty pak fungují jako vnitřní regulativní činitelé, s nimiž předchází možnému trestu, nebo konfliktu. Osoba, která tedy zprvu trestala zvnějšku, nyní trestá vnitřně již za pouhý sklon k nežádoucímu chování. Tento introjikovaný obsah se pak stává součástí superega (Helus, 1986).

Druhé pojetí představuje právě kleiniánské chápání.

Melanie Kleinová

Je poměrně obtížné stanovit přesnější věkovou hranici, ve které můžeme pozorovat kritické období pro primární identifikaci, respektive pro vytváření primárních objektů. Zatímco někteří autoři obecně hovoří o preodipském období – tedy řekněme od době zhruba kolem dvou až tří let věku dítěte, jiní, jako například Melanie Kleinová (2005) uvažuje již o období krátce po narození, tedy v průběhu prvního roku dítěte. Dle Kleinové je introjekce a identifikace se stabilním dobrým objektem zásadní pro schopnost ega spojit a integrovat zkušenosti. Poškozené nebo mrtvé vnitřní objekty způsobují obrovskou úzkost a mohou vést ke štěpení osobnosti, zatímco objekty, které jsou vnímány jako dobré, podporují důvěru a well-being. Jako důsledek špatného vnitřního objektu tak Melanie Kleinová chápe vznik depresivní úzkosti. Depresivní úzkost lze vzbudit v každé vývojové fázi, od odstavení až po ztrátu rodinné závislosti během dospívání nebo mládí v pozdějším životě.

Kleinová ve svém konceptu nechápe projektivní identifikaci pouze jako projekci samotných pohnutek, ale zároveň části nás samých. Pojem je úzce spjat s procesem štěpení a sama popisuje (Kleinová, 2005, s. 174), že „Projektivní identifikace je spjata

s vývojovými procesy v prvních třech až čtyřech měsících života (paranoidně-schizoidní pozice), kdy vrcholí štěpení a převládá perzekuční úzkost. Ego je stále převážně neintegrované a je tedy náchylné k rozštěpení sebe sama, svých emocí a svých vnitřních a vnějších objektů, ale štěpení je zároveň jednou ze základních obran proti perzekuční úzkosti.“ Tento pohled zásadně mění chápání objektních vztahů, jejich dynamiku. Objekt se pro subjekt nestává pouze nositelem určitých obsahů – pozitivních, či negativních – ale i odštěpených částí jeho samého a subjekt se tak snaží o udržení trvalého spojení, aby s těmito obsahy nadále zůstával v kontaktu (mj. prostřednictvím nevědomé identifikace). Perzekuční úzkost je v dalším vývoji nahrazena depresivní a zároveň je třeba doplnit, že nejde o proces, který by byl specifický pro určité období, ale probíhá celoživotně. Jak upřesňuje Fonagy a Targetová (2003, s. 133): „Projektivní identifikace má vysvětlující schopnost, která dalece přesahuje obranný mechanismus. Lze takto dosáhnout fantazie (*phantasy*) o magické kontrole nad objektem. Projektivní identifikace není ryze vnitřní proces. Vyžaduje objekt, který ji může zakoušet jako manipulaci, svedení nebo celou řadu dalších forem psychického vlivu.“

Sama Kleinová v metafoře prsu, který představuje matku, rozlišuje prs dobrý a špatný. Pokud je špatný prs (tedy matka nedostatečně sytící potřeby dítěte) přijata s nenávistí a je tudíž prožívána destruktivně, stává se prototypem pro všechny další špatné vnitřní objekty a žene ego do dalšího štěpení (Kleinová, 2005).

Wilfred Bion

Wilfred Bion, jako žák a analyzand Kleinové nechápal projektivní identifikaci pouze jako obranu nebo fantazii jednotlivce, jak ji popisovala Kleinová, ale zasadil ji do interpersonálního kontextu způsobem, kdy se self zbavuje trýznivých pocitů tím, že je evokuje v druhém. Zdůraznil v rámci interakce mezi matkou a dítětem v kojeneckém věku, že dítě nedokáže absorbovat všechny své intenzivní zkušenosti. Využívá pak matku jako kontejner (*container*) těchto nezpracovaných emocí a ta je může přijmout a přetvořit v obsahy, se kterými je již malé dítě schopno se vyrovnat. „Matčina schopnost ukonejšit své dítě je tedy funkcí její schopnosti absorbovat jeho tenzi natolik, že dítě může matku internalizovat jako objekt schopný snést původní úzkost“ (Fonagy & Target, 2005, s. 133). Jestliže nemá dítě přístup k dostatečně efektivnímu a funkčnímu kontejneru, tedy matce, schopné zpracovávat jeho afekty a psychické obsahy, stane se z projektivní identifikace patogenní proces, dítě je zanecháno napospas zahlcující úzkosti a nuceno

popírat realitu, nebo se dokonce stát psychotickým. Tento proces dalece přesahuje zrcadlení, neboť matka není pouhým zrcadlem emocí dítěte, ale nabízí mu i své způsoby zpracování těchto emocí, resp. schopnost se s nimi vypořádat (Fonagy & Target, 2005).

Přesah kleinovsko-bionovského chápání v sobě nenese jen vývojové hledisko, ale založil velmi zřetelný koncept do psychoanalytické psychoterapie, když nastínil možnost hlubšího pochopení mechanismu přenosu a protipřenosu a jeho projektivních a introjektivních aspektů. Převod nesnesitelné duševní bolesti tak neprobíhá pomocí projektivní identifikace pouze z dítěte na matku, ale následně i z pacienta na terapeuta (Fonagy & Target, 2005).

2.3.3. Identita jako vývojový úkol dospívání

V souladu s eriksonovským pojetím osmi věků člověka (Erikson & Erikson, 1999) je třeba zohlednit dospívání jako samostatný vývojový úkol a krizi zároveň. Hlavním tématem daného období je vytváření vlastní identity, která úzce souvisí s vývojem „Ega“. A podobně jako v prvním období vzdoru dítě získává pocit samostatnosti, která je zároveň důležitým milníkem, v tom druhém jde o podobný proces jen na vyšší úrovni. Zatímco v raném dětství jde o samostatnost fyzickou – o oddělení se od pečující osoby na úrovni dvou samostatných jednotek, vzdalování se a přibližování v kontextu fyzického prostoru – v průběhu dospívání jde o proces psychického osamostatnění, kde ono přibližování a vzdalování probíhá na pozadí vzájemných diskusí, střetů, názorových a hodnotových konfliktů a vymezování se.

Riegel et al. (2020, s.163) píše: „Představuje jistou zkoušku, jak adolescent zvládl vývojové úkoly z předchozích etap a jak je schopen se zhostit nových vývojových úkolů, které na něj dospívání klade:

- Naučit se přijmout svoje tělo
- Ztotožnit se se svou sexuální rolí
- Dosáhnout emoční autonomie od svých rodičů
- Získat akceptovatelnou pozici ve skupině vrstevníků
- Připravit se na povolání a životní dráhu
- Založit uspokojivý sexuální vztah

V podpůrném a empatickém rodinném prostředí je osobní identita, Já, integrující silou, která podporuje zvládání náročných úkolů. Pokud je tato kvalita oslabena, dospívající může obtížně nacházet konstruktivní strategie zvládání stresu a překonávání

komplikací. Jakmile dojde k selhání, skutečnému, či vnitřnímu, pocit neúspěchu je zcela zaplavující, dochází k emoční regresi, zhroucení zralých způsobů vyrovnávání. Adolescent pak hledá vlastní zdroje zklidnění, nebo snížení úzkostných pocitů.

Emoční separace od primární rodiny je dalším milníkem, u kterého dochází k selhání. Jakmile nejsou vytvořeny předpoklady pro přirozenou separaci, dospívající se může dostat do konfliktu mezi tendencí k separaci a pocitům prázdnoty a úzkosti, které tento proces přináší (Kocourková, 2018; Riegel, 2020).

Dospívání dle Parkerové (2005) rovněž dává prostor vyzkoušet si samostatnost mladého dospělého člověka, a zároveň cítit dostatečně bezpečné zázemí, kam se může vracet, podobně jako batole v pojetí Mahlerové, které v „praktikující fázi" vyráží na průzkum okolního světa a bezpečně se vrací k rodiči, když ho okolní svět zmáhá. „Pozoruhodné je, jak dospívající dívka s poruchou příjmu potravy dokáže přimět rodiče, aby se o ni starali jako o malé dítě, které není, a přitom na ně z plných plic křičet, aby ji dali pokoj, že je v pořádku." (Parker, 2005, s. 505).

Recalcati (2014) uvažuje ve své práci o anorexii jako o způsobech vědomého i nevědomého odmítání ve vztahu k potřebě separace a anorexii chápe jako protitruchlící mechanismus (*anti-mourning*, ve freudovském smyslu), resp. odehrávání (*acting out*) separace a její odmítnutí. Vedle vědomého odmítání jídla jako výživy a biologické potřeby, rozlišuje čtyři typy nevědomého odmítání:

- **Odmítání jako odmítnutí těla** – zde se jedná o kontext dospívání a odmítnutí sexuálního těla, jeho přání a tužeb, které se stávají obtížně kontrolovatelné a ovladatelné.
- **Odmítání jako žádost** – tento typ odmítání dává Recalcati do souvislosti s teorií Winnicotta týkající se pochybností o důkazech lásky ze strany pečovatelů. Dítě si jinými slovo žádá pozornost, důkaz lásky jako důsledek jejím nedostatečným sycením.
- **Odmítání jako obrana** – tento typ odmítání můžeme vidět u pacientek, které si prošly sexuálním zneužitím, traumatem, těžkou ztrátou apod. Tělo funguje jako zeď, hranice proti ohrožení a strachu, jako obrana proti identifikaci se zlem.
- **Odmítání jako touha po smrti** – touha po smrti se u anorektického pacienta objevuje v případě absolutního odpojení od objektu – separace proběhla bez truchlení, vazby s objektem jsou zpřetrhané a identita bez rozdělení, svoboda,

která popírá existenci významných druhých může vyvolat pouze šílenství, vést k absolutní destrukci.

2.3.4. Femininita a mentální anorexie

Krch (2005) lakonicky shrnuje, že jedním z nejvýznamnější rizikových faktorů je samotné pohlaví – stačí být ženou a riziko je desetinásobné. Spolu s obdobím adolescence jde pak o jednoznačné dva prediktory, hrající v rozvoji onemocnění klíčovou roli. Stojí tedy za to se zamyslet, čím to může být. Vliv kultury a tlaku na krásu a vzhled ženského těla je jistě zcela nezanedbatelný, nicméně nemůže být tím jediným ohrožujícím prvkem. Poněšický (1994, s. 106) k tomu uvádí: „Poněvadž se anorexie vyskytuje daleko častěji u dospívajících dívek a mladých žen, musí i zde pro to být vážný důvod.“ A dále zmiňuje, „Navíc je prvá vztahová osoba dítěte zpravidla matka, která představuje i prvý identifikační vzor. Chlapci se již okolo druhého roku od matky separují a začínají spíše napodobovat otce, zatímco děvčátka setrvávají v napodobování, v identifikačním vzoru k matce. Tím je opět jejich individuace a cesta k nezávislosti ztížena.“ Podobně se ve svém textu zamýšlí Beattieová (1988), která základní a kritické procesy ve vývoji poruch příjmu potravy pokládá za projekce a identifikace ve vztahu s matkou a považuje je za klíčové faktory rozvoje mentální anorexie právě u dívek. Tvrdí, že konflikty týkající se procesu separace a individuace jsou u dívek podstatně výraznější než u chlapců. Nepřátelské konflikty a velmi ambivalentní snahy o osamostatnění se od matky mohou přetrvávat po celý život a jsou snadno odehratelné (*acted out*) prostřednictvím abnormální kontroly nad příjmem jídla a tvarem těla.

Parkerová (2005) označuje ženské soupeření mezi matkou a dcerou jako soupeření mladé lvice a staré lvice, přičemž dodává, že soupeření u mužů (mezi synem a jeho otcem) se zmiňuje často, ženská problematika je v tomto ohledu na okraji zájmu. Píše, že jde o jakési přechodné období, kdy si matka může uvědomovat své biologické vyhasínání a potřebu nechat dceru „odejít“, dcera se stává v rodině novou, pro sňatek a plození dětí, zralou ženou.

Liekermanová (1997) předkládá hypotézu založenou na teoriích Freuda, Kleinové, Biona a Winnicotta. Vychází z normálního vývoje a zdůrazňuje vývoj adolescentní dívky, která se během dospívání připravuje na specifickou ženskou roli, na schopnost kontejnování infantilních emocí druhých, s ohledem na budoucí přizpůsobování se potřebám kojenců na té nejintimnější rovině. Parkerová (2005) k tomu

následně dodává, že soupeření s matkou považuje za nezbytný krok k tomu, aby si dívka mohla vytvořit svou vlastní osobní, sexuální a tělesnou identitu. Aby se dívka mohla od matky bezpečně oddělit, je následně zapotřebí, aby měla možnost projevovat vůči matce hostilní emoce. Tento fakt může být pro rodiče obtížně uchopitelný a mohou si v této fázi sami začít odehrávat nevyřešené problémy z vlastního dospívání a následně se svým adolescentem začít soupeřit. Je-li navíc přítomno v rodině sexuální zneužívání, je celý tento proces nesmírně komplikovaný.

Další pohled nabízí Lawrenceová (2002), která rovněž uvažuje nad tím, že problémem je samotná femininita. Ve svém článku postuluje hypotézu, na základě které má řada pacientek s mentální anorexií ve své mysli přítomný intruzivní objekt. Selhání v internalizaci rodičovských postav a spojení mezi nimi může vést k problémům symbolizace, kde se aspekty mateřské funkce rovnají příjmu potravy.

Šebek a Šebková (2005) ve svém shrnutí psychoanalytického chápání femininity docházejí k závěru, že v současnosti panuje na poli psychoanalýzy shoda v existenci tzv. primární femininity. K té dochází v raném dětství mimo jiné pod vlivem biologických sil, anatomické stavby při narození, či rodičovských postojů k danému pohlaví, a nikoliv z freudovského nedostatku penisu.

Je třeba dodat, že proces identifikace je oboustranný. I u matky může docházet v průběhu dospívání k identifikačním mechanismům s dospívající dcerou, avšak ne vždy má tato identifikace pozitivní dopad. Matka by měla vnímat dceru jako osamostatňující se, plnohodnotnou bytost, jejíž jedinečné prvky osobnosti v sobě bude též schopna uchovat jako projektivní identifikace. Pokud však dceru vnímá jako součást sebe, jako někoho, s kým se ztotožňuje (a kdo by se měl ztotožňovat s ní), může dojít k narušení vzájemných hranic a k narušení procesu separace-individuace, který je pak protrahovaný do celého života.

Vztah k matce může být rovněž na první pohled idealizující, ale může v něm být více či méně čitelná agrese v pozadí. Tendence matku kontrolovat, přitahovat si její pozornost při projevech restriktivní formy onemocnění, zvracet její jídlo při purgativních manifestacích onemocnění, případně ji v kuchyni přímo nahradit, když mají pacientky tendenci chystat jídlo pro celou rodinu (Kocourková, 1997).

3. Empirická část

3.1. Cíl výzkumu

Identifikace s matkou je téma, které je v rámci psychologické a psychoanalytické literatury popsané poměrně povrchně, bez návaznosti na výzkum, diagnostiku, nebo exaktní data. Přesto se odborníci shodují, že jde o téma v životě dospívající dívky klíčové a pro budoucí život značně předurčující. V teoretické části jsem se snažila nastínit problematiku mentální anorexie a identifikace z pohledu psychoanalytického přístupu – vývoj jejich chápání a jednotlivé myšlenkové proudy, které se k identifikaci a mentální anorexii vyjadřovaly.

Cílem empirické části je na základě kvalitativní výzkumné studie prozkoumat psychický vývoj a dospívání pacientek s mentální anorexií na pozadí konkrétního rodinného uspořádání a zejména jejich vztahu s matkou. Výzkum se snaží zmapovat, jak se dílčí rodinné interakce podepsaly na rozvoji onemocnění a jakým způsobem se vztah s matkou a identifikace s ní odrazily na celkovém psychickém rozpoložení pacientek, jenž vyústilo právě v diagnózu mentální anorexie.

Pro získání individuálních životních zkušeností s jejich šířkou a komplexností, spolu se subjektivním vnímáním a prožíváním byly použité hloubkové rozhovory, které byly následně analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

3.1.1. Výzkumné otázky

Výzkumná otázka není v interpretativní analýze obvykle řízená teorií, má otevřený rámec a je zaměřena fenomenologicky a idiograficky – tedy na pochopení jedinečné žité zkušenosti a jejího významu u konkrétní osoby. Jejím cílem je primárně hloubková explorace s ohledem na porozumění dílčím událostem, procesům a prožitkům. Výsledkem by měl být bohatý a detailní popis toho, jak jednotlivci prožívají jevy, které jsou předmětem šetření (Pietkiewicz & Smith, 2012).

V souvislosti s uvedenými teoretickými poznatky a východisky diplomové práce jsem si položila následující výzkumné otázky. Vedle hlavní, zastřešující a otevřené výzkumné otázky byly stanoveny doplňující vedlejší, jenž mají daný problém zpřesnit a přiblížit tématu celé práce.

Hlavní:

Jakým způsobem popisují dívky s prodělaným onemocněním mentální anorexií rodinné vztahy?

- vztahy mezi rodiči samotnými
- vztahy rodičů k ní samotné

Vedlejší:

Jakým způsobem popisují vlastní onemocnění mentální anorexií?

Jaký vliv na rozvoj onemocnění měla rodina?

Jaké okolnosti a psychické změny stály u vzniku onemocnění mentální anorexií?

3.2. Metody výzkumu

V teoretické části jsem nastínila možné souvislosti vztahu mezi onemocněním mentální anorexií a samotnou femininitou, jež je mj. založena na blízkém vztahu s matkou a identifikací s ní. Vzhledem k absenci platné teorie o existenci vzájemného vztahu mezi identifikací s matkou a rozvojem onemocnění mentální anorexií jsem se rozhodla pro bližší prozkoumání dané oblasti. Pro odhalení a dobré porozumění podstaty těchto fenoménů jsem zvolila kvalitativní typ výzkumu, který mi umožňuje díky intenzivnímu kontaktu s jedincem získat detailní informace a velmi specifické, intimní a osobní zkušenosti participantek výzkumu.

3.2.1. Výzkumný soubor

Hlavním zájmem interpretativní fenomenologické analýzy (IPA) je plné zhodnocení případu každého účastníka. Z tohoto důvodu jsou vzorky v IPA studiích obvykle malé, což umožňuje detailní a časově náročnou analýzu pro každý vzorek. Klíčovou zásadou pro výběr výzkumného souboru je jeho homogenita. Respondenti tak musí být dobrými reprezentanty daného fenoménu, přičemž „demografická“ reprezentativnost vzorku není podstatná (na rozdíl od nomoteticky orientovaných výzkumů). V případě obecnějšího tématu se však jisté demografické, nebo socio-ekonomické zúžení může zdát vhodné (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Pietkiewicz & Smith, 2012).

Způsob a kritéria výběru

S ohledem na dříve zmíněné skutečnosti je zřejmé, že nejvýhodnějším postupem pro výběr participantů bude záměrný výběr. Stanovení kritérií pro výběr vzorku pak závisí na konkrétním zaměření výzkumu a se zřetelem na relevantnost výzkumné otázky (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Pro účel výzkumu jsem tedy na základě předem stanovených kritérií zvolila prostý záměrný způsob výběru v kombinaci se samovýběrem. Uveřejnila jsem inzerát na facebookové stránce pro poruchy příjmu potravy a požádala o doporučení své kolegy a známé.

Jako kritéria výběru jsem si pak stanovila následující dvě podmínky:

- **Klinická diagnóza mentální anorexie**, přičemž nebylo rozhodující, zda šlo o diagnózu stanovenou v minulosti, zaléčenou, či momentálně probíhající
- **Věková hranice** zahrnující období mladé dospělosti, tedy věk mezi 18–30 lety. Volba této věkové skupiny byla definována především s ohledem na psychickou pohodu účastnic. Předpokládala jsem, že v tomto věku budou tyto ženy již zralejší k nahlédnutí rodinných vazeb a že detailní rozhovor pro ně nebude tolik stresující. Zároveň jsem počítala s faktem, že v případě mladších respondentek, u kterých by byl nutný souhlas rodičů, hrozilo riziko, že by nebyly k tématu dostatečně otevřené.

V IPA přemýšlíme spíše o teoretické transferabilitě, tedy co lze ze zjištěné zkušenosti vyvodit ve vztahu ke zkoumanému fenoménu, než o empirické zobecnitelnosti (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Pietkiewicz & Smith, 2012). Detailní demografické a socioekonomické údaje proto nebyly cíleně zjišťovány.

Popis účastníků

Výzkumný soubor tvořily 4 ženy ve věku mladé dospělosti, v rozpětí 18–27 let (konkrétně 18, 20, 21 a 27 let). U každé z nich byla v minulosti stanovena diagnóza mentální anorexie, spolu s dalšími komorbidními diagnózami, ty však nebyly předmětem výzkumu a pro jeho účel nebyly cíleně zjišťovány. Rozhovor nebyl veden s žádnou respondentkou v akutní fázi onemocnění, přestože jeho příznaky, abnormality ve

stravovacích návycích, nebo jídlo jako klíčový fenomén života z hlediska psychiky byl patrný u každé z nich.

3.2.2. Metoda získávání dat

V rámci kvalitativní analýzy se používají relativně málo standardizované metody získávání dat. Hlavním instrumentem je výzkumník sám – ten se snaží o izolování určitých témat (Hendl, 2005), přičemž spontánnost projevu jednotlivých participantů a přístup k jejich bezprostřednímu myšlenkovému a pocitovému aparátu je klíčová.

Rozhovory s jednotlivými respondentkami byly zaznamenávány na diktafon a následně doslovně převáděny do písemné podoby. V rámci analýzy rozhovorů pak byly pro citace za využití redukce prvního řády vynechány nepodstatné výrazy (slovní vata, narušující plynulost vyjádření – tedy slova jako „jakoby, že jo, prostě“ apod.) tak, aby zůstala zachována podstata i emotivnost vyjádření.

Osobní polostrukturovaný rozhovor

Nejčastější metodou sběru dat v IPA bývá polostrukturovaný rozhovor. Jde o dostatečně flexibilní metodu, která umožňuje sledovat předem dané téma při zajištění odpovídající volnosti ve výpovědi pro respondenta, a zároveň poskytuje dobré podmínky pro vytvoření otevřeného a důvěrného vztahu s respondentem. Díky struktuře otázek, které tvoří jádro interview, máme dané schéma pro zajištění konzistence obsahu pro jednotlivé účastníky. Přesto máme adekvátní možnost ke zpřesňování určitých oblastí, s tím, že volba pořadí otázek může být pozměněna, je možné nechat respondenta svobodně hovořit a vrátit se pak k dílčím částem rozhovoru, doplnit vyprávění a zajistit tak bohatý a detailní popis respondentovy zkušenosti (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Pietkiewicz & Smith, 2012).

Volbu prostředí pro rozhovor jsem ponechala na respondentkách, nicméně jsem je podpořila v tom, aby se na daném místě cítily příjemně a bezpečně. Část rozhovorů tedy probíhala u mě v pracovně, část doma u jednotlivých účastnic výzkumu. Všechny byly seznámeny s plánem rozhovoru a s okruhy otázek, kterým jsem se chtěla věnovat. Před zahájením rozhovoru podepsaly informovaný souhlas, ve kterém byly mj. poučeny o tom, že mohou odmítnou hovořit o jakékoliv pasáži, která by jim byla nepříjemná. Celý rozhovor byl nahráván na diktafon a následně zhotoven jeho doslovný přepis.

Otázky a okruhy pro polostrukturovaný rozhovor

Popis rodinného zázemí, anamnestické údaje

1. Mohla byste mi, prosím, popsat Vaše rodinné zázemí?
2. Jaká byla situace rodiny krátce po narození, jak se vyvíjela v následujících letech?
3. Jaký byl Váš vztah s rodiči?
4. Jak vnímáte jejich výchovné působení na Vás?
5. Jaký byl Váš vztah s otcem?
6. Jaký byl Váš vztah s matkou?
7. Jak byste matku charakterizovala? Jak byste ji popsala?
8. Jak se vztah s ní vyvíjel v raném dětství?
9. Jak se vyvíjel v adolescenci?

Dospívání

10. Jak jste prožívala své dospívání?
11. Jak jste prožívala fyzické změny?
12. Jak jste se dle svého pohledu změnila psychicky?
13. Jaký vliv na Vaše změny měla Vaše matka? Jak Vám s Vaším dospíváním pomáhala?
14. Jak vnímáte Vaši matku jako ženu? Jak byste její ženskost popsala?

Zkušenosti s anorexií (doplňkové otázky, pokud nebyly zodpovězené v průběhu předchozího rozhovoru):

15. Mohla byste mi, prosím, popsat stručně historii Vaší anorexie od začátku k dnešnímu dni?
16. Jak si vysvětlujte vznik onemocnění u sebe?
17. Jak se měnily Vaše prožitky s anorexií v čase?

3.2.3. Metoda analýzy dat

Abychom porozuměli žité zkušenosti na idiografické úrovni, a abychom posoudili, jaký význam této zkušenosti určitý člověk v určité situaci a podmínkách přisuzuje a jaká je podoba tohoto procesu nabývání významu, nabízí se interpretativní fenomenologická analýza jako nejvhodnější metoda (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). V této kapitole bych se tedy ráda zaměřila na její východiska a postupy.

Interpretativní fenomenologická analýza (IPA)

K analýze dat byla použita Interpretativní fenomenologická analýza (*Interpretative phenomenological analysis*, IPA), která nejlépe umožňuje nahlédnout do osobních životních zkušeností a prožitků jednotlivých účastníků a zároveň umožňuje jejich hloubkový rozbor. Jde o metodu vyvíjenou od 90. let minulého století J. A. Smithem a v současné době je využívám zejména na výzkumná témata z oblasti psychoterapie a klinické psychologie (Koutná Kostínková & Čermák, 2013). IPA nehledá objektivní fakta, resp. pravdu, ale umožňuje nahlédnout na ryze subjektivní prožitky respondentů a významy, které subjektivně přikládají konkrétním životním zkušenostem.

IPA je zakořeněna ve třech zdrojích – **fenomenologii, hermeneutice** a **idiografickém** přístupu. Fenomenologie nám umožňuje eideticky hledat individuální a jedinečnou zkušenost a prozkoumat, jakým způsobem je svět zažíván, konkrétními lidmi, v konkrétním čase. Soustřeďuje se na identifikaci základních fenoménů, které jsou jedinečné nebo nějakým způsobem odlišující. Výzkumník zároveň zakouší možnost přímé interakce s participantem, je součástí procesu, zaujímá tzv. *insider's perspective* – vžívá se do role respondenta a otevřeně připouští vlastní osobní přesvědčení, postoje a interpretace, aby mohl porozumět dané zkušenosti. Jeho prekoncepce jsou vnímány jako nezbytná součást, nikoliv jako něco, co by mělo být eliminováno (Koutná Kostínková & Čermák, 2013; Pietkiewicz & Smith, 2012).

Analytický proces je pak ukotven v hermeneutické kruhu a součástí celého výzkumu je pak tzv. dvojitá hermeneutika – participant se snaží porozumět své zkušenosti s daným fenoménem a zároveň se výzkumník snaží pochopit, jak k tomuto porozumění účastník dochází. Hermeneutický kruh umožňuje interpretovat jednotlivé části pouze na základě pochopení celkové souvislosti a celkovou souvislost lze pochopit jedině

z jednotlivých částí celku. Interpretace jsou vždy podchyceny konkrétními citacemi (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Třetí teoretickou orientací je idiografický přístup, který odkazuje na hloubkovou analýzu jednotlivého případu, který zkoumá do té doby, než dosáhne určité formy porozumění, nebo interpretačního tvaru (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Každý záznam byl po opakovaném čtení anotován dle osobních významů jednotlivých zkušeností a na základě psychologických porozumění. Témata byla poté seskupena pro každého účastníka. V rámci analýzy jsem pak hledala souvislosti napříč tématy a zároveň vzorce napříč jednotlivými případy (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Reflexe vlastní zkušenosti s tématem výzkumu

Jako nultou fázi výzkumu je možné vnímat reflexi výzkumníkovy zkušenosti s daným tématem. Součástí je nejen uvědomění si vlastní motivace, ale i vlastních prekoncepcí (Koutná Kostínková & Čermák, 2013).

Téma poruch příjmu potravy a zejména mentální anorexie mě zajímá mj. již od doby, kdy jsem působila na odborné stáži v Psychiatrické nemocnici v Havlíčkově Brodě, která se na léčbu PPP neoficiálně orientuje a pacientky s PPP tvořily drtivou většinu ženské části hospitalizovaných. Velmi mě tehdy zaujala obtížnost léčby těchto dívek, časté remise a celkově odmítavý postoj k léčbě a opakovaně jsem se zamýšlela nad možnými příčinami, proč u nich dochází k selhávání léčby a budování nedůvěry vůči terapeutickým zásahům.

Zároveň jsem kandidátkou výcviku v psychoanalytické psychoterapii dětí a dospívajících u České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, tč. s absolvovanou sebezkušenostní i teoretickou částí výcviku (tedy zhruba 500 hodin). Psychoanalytické vnímání světa, mezilidských vztahů, psychického vývoje, duševního zdraví a nemoci je tedy již naplno součástí mého přístupu.

3.3. Etika výzkumu

Etická stránka výzkumu byla v případě daného záběru práce velmi klíčová. Respondentky hovořily o velmi citlivých tématech z minulosti, mnohdy velmi bolestných

a z hlediska jejich rodinných vztahů do určité míry i velmi nepříjemných. Následující etické otázky tedy pro mě byly velmi klíčové:

- **Výzkumný soubor a informovaný souhlas** – z hlediska možné traumatizace a vzhledem k citlivosti sdělovaných informací jsem cíleně zvolila věkovou kategorii, kdy již nebude vyžadován informovaný souhlas rodičů a respondentky mohly mít větší jistotu, že mohou referovat o všem, co se týká rodinných vztahů, aniž by se obávaly reakce rodičů na sdělované skutečnosti.
- **Emoční bezpečí, ochrana před újmou a poškozením** – volba věkové hranice byla cílená i z důvodu předpokladu jisté psychické zralosti, možnosti lepšího náhledu na rodinou situaci v době dospívání a zároveň i s ohledem na pravděpodobnost horšího psychického stavu v době, kdy k rozvoji onemocnění nejčastěji dochází. Abych zamezila možné retraumatizaci respondentek v případě neuspokojivé rodinné situace, byly na začátku i v průběhu rozhovoru ujištěny, že kdykoliv mohou rozhovor zastavit, resp. pasáže, které by pro ně byly nepříjemné, vynechat. Jelikož rozhovor nebyl realizován za terapeutickým účelem, respondentkám byla nabídnuta možnost zprostředkování kontaktu na specialistu v oboru psychoterapie.
- **Ochrana soukromí a osobních údajů účastníků výzkumu** – s ohledem na téma výzkumu nebyly vyjma věku a pohlaví důležité další demografické údaje, takže spolu s absolutní anonymitou a zajištěním mlčenlivosti autorky výzkumu bylo možné respondentky ujistit o naprosté ochraně soukromí.

Všechny respondentky jsem seznámila podrobně s cílem výzkumu písemně předem a zároveň v rámci informovaného souhlasu, který každá z nich podepsala a obdržela. Součástí informovaného souhlasu byly také informace o formě a způsobu zacházení s osobními údaji a jejich ochraně v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. Konečné znění informovaného souhlasu je součástí příloh této diplomové práce (Příloha č. 1).

3.4. Výsledky a interpretace získaných dat

Z analýzy, stejně jako z tématu práce vyplývá, že rodina je zcela klíčovým faktorem stojícím v pozadí rozvoje mentální anorexie. Je definujícím parametrem psychického vývoje, duševního zdraví i duševní nemoci. Funkčnost, respektive nefunkčnost primární rodiny ještě nemusí znamenat rozvoj mentální anorexie, přesto však je zřejmé z následující analýzy, že v případě všech čtyř respondentek byla tím hlavním činitelem.

Pro zachování anonymity byla všechna osobní jména (respondentek i jejich rodinných příslušníků) vynechána a respondentky jsou označeny číselně, tedy R1, R2, R3 a R4.

3.4.1. Vztahy v rodině (hlavní výzkumná otázka)

Vztahy mezi rodiči samotnými a celkové prostředí primární rodiny

Společným jmenovatelem všech výpovědí jsou nefunkční, nebo neúplné rodiny. Vyjma jedné respondentky, které zemřel otec v jejích 10 letech, vyrůstaly všechny v rodinách **plných konfliktů, hádek a často i násilí**.

> *„Manželství našich rodičů bylo blbý, pamatuji se, že se odjakživa hádali, řvali na sebe a bylo tam i násilí. Táta mámu mlátil a furt to bylo doma nepříjemný. Vlastně si nepamatuji nikdy, že by na sebe byli hodný.“* (R1)

> *„Rodiče byli spolu, ale neměli spolu dobrý vztahy a vnímám to už prostě od toho dětství, co si pamatuju. Už když mamka byla těhotná, vím z vyprávění, že to nebylo úplně super. … Rozvedli se. Nežijou spolu asi od mých 11 nebo 12. Předtím spolu žili tak jako, že spolu byli vedle sebe, jako dva cizí lidi.“* (R3)

> *„Byli spolu, ale dost často se hádali.“* (R4)

Nejistota pramenící ze slovních a občas i fyzických střetů byla na denním pořádku a zajistila trvalé následky, které se respondentkám vedle poruchy příjmu potravy vrací ve formě úzkostných a depresivních stavů, či jiných komorbidních patologických obtíží.

„ ….. když jsem přišla domů a mamka mu už řekla, že se s ním rozvede a on jí držel v křesle a nechtěl jí pustit a museli přijet policajti. Tak to mě v dětství dost zasáhlo, a to se mi občas i vrací. To bylo hodně psychicky náročný pro mě.“ (R1)

„Občas uhodil i mamku, ale spíš slovně nadával. (poznámka: otec) *Člověk měl strach, když prostě byli spolu, co přijde. Kolikrát jsem třeba i chtěla, aby se jednou v něčem shodli, tak jsem schválně zlobila, aby se shodli aspoň na tom, že jsem ta špatná.“* (R3)

„Většinou jsme nejezdili na žádný výlety, protože, když jsme tam jeli všichni tři, tak se vždycky pohádali…. To se právě hádali jako rodiče, takže to si pamatuju, že jsme jezdili na společný dovolený a potom, když už jsem byla starší asi tak v pátý třídě, tak už jsem jezdila jenom s mamkou, a to byl pro mě úplně jako horor, protože prostě jsme se vždycky hádaly.“ (R4)

Respondentky rovněž shodně vypověděly, že v rodinách zcela **chyběl láskyplný fyzický kontakt** (pusa, pomazlení, obejmutí). Buď se postupně vytratil a patřil jen do raného dětství, nebo nebyl vůbec (nepamatovaly si na něj).

„No, já si uvědomuju, že jsem vlastně třeba mamku začala objímat až teď, že jsme tam nikdy neměly takový to, co by tam asi mělo být – takovýto objetí, pusa. To jsme doma nikdy neměli. Ani máma s tátou to nedělala a ani to nedělali oni k nám. Vlastně jsme se nikdy nemazlili. Nepamatuju si, že bychom se kdy mazlili.“ (R1)

„To si pamatuji spíš už asi když jsem byla větší nebo třeba nějakých těch 7,8 let, že prostě jsme třeba koukali na televizi a byla jsem u mamky přitulená. Pak se to nějak prostě oddálilo a nedokázala jsem už vůbec k tý mámě jít. Když mi bylo asi nějakých 10, tak jsem šla za mamkou si k ní lehnout, asi bylo ráno nebo večer asi a že jsem nechtěla spát sama. Bála jsem se a mamka řekla, že ne, že si k ní nemám jít lehnout, že už jsem na to velká a že to řekne mojí doktorce, že chci pořád spát s mámou. A možná by to mohl být ten nějaký zlom. Bála jsem se, že to řekne té doktorce, protože tu jsem neměla ráda.“ (R3)

„Ne, to si třeba vůbec jako nepamatuju, kdy jsme si dali naposled pusu, nebo že jsme se třeba obejmuli. Většinou co jsou nějaký fotky, tak tam jsem spíš s tátou, ale vůbec si nepamatuju, nedokážu říct, kdy jsme se naposledy obejmuli nebo jsme si dali pusu...“ (R4)

Dalším faktorem, na kterém se respondentky shodly, byla kvalita společně stráveného času – **rodiče s nimi buď čas netrávili vůbec, nebo se jim nevěnovali**. Rané dětství plné odcizujících signálů pak u všech vyústilo v to, že s rodiči čas trávit nechtěly, domovu se vyhýbaly a dvě z nich dokonce vztahy s rodinou kolem patnáctého roku téměř utnuly, spolu s odstěhováním se na internát. Můžeme se jen dohadovat, jak malý pocit bezpečí a přijetí jim takové prostředí zajišťovalo.

„No a mamka si pak začala dělat školu a my jsme pak hodně času trávili u babičky s dědou, protože bydleli vedle. (poznámka: mladší školní věk) *.... Na druhou stranu jezdila do tý školy a já vim, že mě to bylo líto – že s náma není tolik, že s náma tolik času netráví. ... když jsme se třeba přestěhovali do toho Hradce, tak jsme byli hodně sami. Ona hodně pracovala teda, protože měla problém to utáhnout.* (poznámka: po rozvodu rodičů)“ (R1)

„Táta hodně pracoval a hodně cestoval, s mámou taky. .... My jsme byli hodně u nich, mám pocit, že tam jsem strávila dětství, protože máma s tátou hodně cestovali. (poznámka: u babičky s dědou)*“* (R2)

„Spíš, hezký dětství bylo u babičky, než umřela. To mi bylo právě taky nějakých těch 12, 13. (poznámka: v té době došlo u pacientky k rozvoji mentální anorexie) *.... A nevydrželi to spolu ani na tý řece. Prostě tam vystoupila, někde kde byla mělká voda a šla domu.“ (R3)*

„Vlastně potom dost často probíhaly hádky o tom, jestli mám jet s taťkou na chatu ... anebo jestli mám zůstat doma s mamkou, takže si mě furt tak přehazovali jako horký brambor. .... takže já jsem si musela furt vybírat, jestli budu doma nebo jestli pojedu na tu chatu, což pro mě nebylo vůbec příjemný a doteďka nemám prostě ráda rozhodování. ... když jsem jela na tu chatu, tak byla naštvaná mamka, když jsem zůstala doma, tak byl naštvanej taťka. ..... A hlavně potom, jak jsem byla starší, tak jsem doma čas vůbec

netrávila. Byla jsem na intru (poznámka: od 15 let)*, o víkendech jsem jezdila ke kamarádům, většinou o letních prázdninách jsem byla furt na brigádách, nebo když jsem tam nebyla, tak jsem jela pryč, právě abych tam ten čas nemusela trávit.“* (R4)

Celkovou kvalitu vztahů v celé rodině provází pocit **osamělosti** všech respondentek, pocit, že se se vším musí vypořádat samy, že není vhodné se rodičům svěřovat a chybějící podpora je většinou jak ze strany otce, tak i ze strany matky. Na jednotlivé rodičovské postavy se nicméně zaměřím v samostatných částech. U každé z nich byl zcela očividný **hlad po vztahu a pochopení, touha po bližším kontaktu a nezájem a nedostatek lásky ze strany rodičů**. Bohužel, nešlo však pominout, že za ta léta citového strádání a chladu si většina z nich vybudovala jakousi ochranou bariéru, skořápku slabě, ale přesto postřehnutelné ochrany před možným zraněním z vnějšího světa.

„Já bych řekla, že tam ten vztah vůbec nebyl. Prostě žádnej. (poznámka: Jak bys stručně vystihla vztah se svými rodiči?)“ (R4)

Pokud rodiče v pozdějším věku jakkoliv projevili zájem, tento už nebyl opětován, zranění a odcizení bylo natolik znatelné, že **pocit nezájmu už je pravděpodobně oboustranný**.

„Ale já jí už nijak ani nevyžaduju tu lásku. Už jsem se přes to nějak přenesla, už je to tolik let, že to nějak neřešim. Já už prostě chci, abych vypadla, šla na vejšku a neviděla lidi. Mám v plánu odsud odejít, hned, jak se dostanu na vysokou a věřím, že pak bude spousta věcí jinak a lepší.“ (R2)

„No, vlastně žádný, s ním jsem už přes dva roky nemluvila a prostě jsem to utla, protože to mi bylo ještě hůř. On občas napíše a jenom, co škola a nějaký výčitky. Takový ubíjející věci. Vždycky, když jsem měla tu snahu udržovat ten vztah, tak jsem tam třeba byla a bylo to jenom o tom, jak on se má blbě, nebo něco takovýho. A potom, co moje škola, co můj sport – on vlastně ani neví, že jsem skončila s atletikou, neví ani gympl, že jsem opustila, ani neví, že jsem se zasebevraždila... Neví nic, ten je úplně mimo. Takže kdybych mu to řekla, tak by byl akorát zklamanej. (poznámka: otec)“ (R3)

„Chci kontrolu nad svým životem, nechci, aby rodiče něco věděli. Dřív se nezajímali, když jsem to potřebovala a teď jsem úplně v pytli, že se najednou zajímají.“ (R4)

Vztah s otcem

Vztah s otcem je u respondentek často poznamenán celkovou situací v rodině. Respondentka, které otec zemřel v 10 letech přiznává, že se o ni více starala matka, zároveň ale připouští, že to bylo dané tím, že otec nebýval doma. U té jediné nemám k otcovské postavě bližší informace. 2 respondentky připomněly otcovo násilné chování, které bylo namířené buď pouze k matce (R3), nebo k matce i k ní (R1). Respondentka č. 4 připustila, že i přesto, že vztahy v rodině byly velmi špatné (respektive spíš žádné), s otcem měla lepší vztah než s matkou. Nicméně všechny se shodují, že úlohou otce v jejich rodině byla jakási **direktivnost**, zaměření na jeden konkrétní cíl (úklid domácnosti, úspěch ve sportu, úspěch ve škole), **neosobní přístup a nezájem** o ostatní oblasti života dívek.

„On ten vztah nebyl úplně špatnej ... Já se bála o tu mamku spíš, takže jsem měla samozřejmě lepší vztah s ní. Co se týká jeho, tak já jsem ho musela navštěvovat vždycky jednou za 14 dní. (poznámka: po rozvodu rodičů zhruba ve 12 letech) *Takže ten vztah byl takovej neutrální. .... Hodně chtěl, abych uklízela, si pamatuju. Co se týče vzdělání, to jsem od něj nikdy neslyšela, to spíš mamka.“* (R1)

„S taťkou ten vztah byl blbej furt, nebo měli jsme z něj strach se ségrou, i ségru třeba uhodil. Mě teda ne, ale měla jsem z něj strach a nebavili jsme se spolu o nějakých věcech, co se třeba běžně táta s holkou baví, prostě to bylo taky takový nijaký. .... Ale neměla jsem nařízený kontakt s tátou, to ne, ale občas jsem za ním jezdila. Jenže když jsem vždycky přijela za tátou, tak jeho zajímala jenom škola nebo ta atletika. Takže vždycky jsem prostě od něj odcházela, jakože ve škole nic, na atletice taky nejsem nejlepší, tak mi z toho bylo pak ještě hůř. I z toho prostředí doma, nemám na to tam dobrý vzpomínky a nerada bych se tam nějak vracela, takže jsem se tomu místu spíš

vyhýbala a s tím tátou si taky nemám co říct. To bylo prostě jenom o sportu o škole... „ (R3)

„Lepší než s mamkou. To je doteď. Ale přišlo mi, že vlastně se o mě moc nezajímá, že třeba jsem hrála ten volejbal od první třídy až v podstatě doteď ho hraju, ale teď už jen rekreačně a máma mě nikdy neviděla hrát. Táta občas se přišel podívat na nějaký turnaj. Ale že by mě v tom nějak úplně podporovali, to ne.“ (R4)

Vztah s matkou

Vzhledem k tomu, že je výzkum zaměřen zejména na vztah s matkou, výpovědi respondentek byly v tomto ohledu detailnější a barvitější. Společným tématem je **nedostatek empatie** (možná lásky), **pochopení a komplexnějšího zájmu o respondentky**. Pokud matka zájem projevila u R1, šlo obvykle o jednu dílčí oblast (vzdělání), která ale navíc byla vnímána optikou matky – tedy tím, co si matka myslí, že je pro dceru nejlepší, aniž by přihlédla ke skutečnému zájmu dcery.

„... vlastně mi pak radila, když jsem chtěla jít na zdrávku, protože mě to tam furt táhlo, a ona mi dávala radu, ať jdu na gympl. Takže já jsem jí pak poslechla a pak jsem na tom gymplu byla vlastně děsně nešťastná.“ (R1)

V případě ostatních respondentek se nám nepodařilo najít žádnou oblast v životě, o kterou by projevovaly zájem, nebo respondentky v čemkoliv motivovaly (vyjma hubnutí, viz v další části). Veskrze zaujímaly kritický, nebo odtažitý postoj **plný nezájmu a nedostatku podpory**.

„... já mám pocit, že můj život tak nějak začal v deseti letech (poznámka: po smrti otce). *To si pamatuju, že jsem byla naštvaná nějak na mámu, že se o mě moc nestarala. Starala se o mladší ségru, protože byla malá a pak o starší ségru – s tou se bavila víc nějak a mě tak nějak zanedbala. ... že se o mě nezajímala, ale teď už jí to nemám za zlý. Teď už to beru jako že jsme šly jinou cestou. Bydlíme ve stejným baráku, ale že bychom byly matka a dcera, spíš jenom tak na papíře.“ (R2)*

„A s mamkou byl ze začátku ten vztah podle mě takový dobrý nebo v pohodě, že jsem k ní třeba i šla, když jsem měl nějaký problém. A pak nějak se to vytratilo to pouto nebo jestli jsem dávala mamce za vinu, že se nerozvedla dřív, ale prostě nějak jsme se oddálili a už ta komunikace vůbec nebyla, možná i pubertou to mohlo být. Ze začátku byl ten vztah s mamkou dobrej, ale pak se to nějak vytratilo a třeba teď spolu nemluvíme skoro vůbec. … Táta to ani nevěděl, tomu se to ani neřeklo. S mámou jsem se v tý době moc nevídala, protože jezdila do Prahy za prací, což bylo hodinu a půl cesty a kolikrát v Praze přespala. Tak ta to už v tý době neřešila a byla hlavou jinde, asi i měla někoho jinýho, myslím. (poznámka: jak rodiče reagovali na dvojku z chování na druhém stupni ZŠ)“ (R3)

„Já s ní nemám moc dobrej vztah doteď, a právě co se týče těch problémů příjmu potravy, tak ona byla ten úplně prvotní spouštěč. … Nikdy jsme si třeba jako spolu nesedli a nepovídali jsme si. …. Většinou to vždycky bylo jenom o tom, že mamka přišla z práce a začala mluvit o svých problémech. Což je vlastně doteďka. … Spíš to bylo furt podobný, byly jsme si hodně cizí, jako kdybychom žily vedle sebe a ne spolu. Já bych řekla že se vůbec jako nevyvíjel. (poznámka: k vývoji vztahu od dětství do dospělosti)“ (R4)

Nejznatelnější neshody pak z pochopitelných důvodů přicházejí v období **dospívání**, kde u většiny z nich došlo k tak velkému odcizení, že se vyjma respondentky č. 1 nepodařilo zatím obnovit vztah ani s nástupem dospělosti. To, v čem se zcela výjimečně shodly, bylo absolutní tabu v otázkách pohlavního dospívání. **Naprostým tabu byla například menstruace**. O první menstruaci matka buď nevěděla, nebo se o tom odmítla bavit a hygienické pomůcky si respondentky musely obstarávat například samy.

„No třeba u tý menstruace, to si pamatuju, že mamka se mnou o tom vůbec nechtěla mluvit. Že tyhle věci u nás byly úplně tabu. Že ona na jednu stranu s náma, nebo se mnou chtěla být kamarádka, ale pak tyhle věci, jako třeba první sex s přítelem, intimnosti, ty prostě byly tabu.“ (R1)

„Asi takový stažení z mojí strany, že jsem mamce ani neřekla, když jsem prvně dostala menstruaci. (poznámka: změny ve vztahu k matce v období dospívání) *... Právě, že ta komunikace o tady těch věcech tam vůbec nebyla, jako kdyby to bylo tabu asi, nebo nevím. Vím, že ona o tom ani nějak nemluvila se ségrou. Tak já automaticky jsem se za to styděla a asi jsem ani s ní o tom nějak nechtěla mluvit, ale nebylo to, že by mamka přišla a začala o tom mluvit. Prostě obě dvě jsme byly takový asi tichý.“* (R3)

„To bylo vtipný, protože když jsem poprvý dostala menstruaci, tak jsme byli s taťkou v Německu. A když jsme přijeli domů, tak se tomu máma zasmála, a to bylo v podstatě jako všechno. Že by mi třeba jako něco vysvětlila nebo tak, to ne. ... Tak mi řekla ať si to koupim sama. (poznámka: hygienické pomůcky) *... prostě já měla kapesný od taťky a to bylo 100 Kč na týden, když jsem byla na základce a vlastně celý život mi dává peníze taťka. ... A to si pamatuju, že když jsem byla malá, tak jsem se styděla si ty pomůcky kupovat. A ona prostě řekla, ať si to kupuju sama.“* (R4)

Zároveň se shodují, že matka pro ně nebyla nijak oporou v průběhu dospívání, ať už si za slovem opora představují cokoliv. Konkrétní význam v tomto ohledu nemusí být důležitý, protože se snažíme o zachycení pocitu, nikoliv o konkrétní projevy.

„Ne, vůbec. Jako… vůbec! To je zajímavý, že jako ona to vůbec neřešila…. Takže hygienické pomůcky apod. to jsem si dohledávala úplně sama… ona jediný, co se mnou řešila, byla akorát ta škola. (poznámka: dotaz, jak jí s dospíváním pomáhala matka)“ (R1)

„Ne, to vůbec. Já teda vůbec nemenstruuju. Nikdy jsem pořádně nezačla. Respektive třeba jednou za půl roku jo. Mám na to brát prášky, ale já mám neskutečný strach, že bych po tom přibrala, takže to neberu. Jinak já jsem s mámou nikdy nic neřešila – nic neví, nic jí říkat nechci. (poznámka: jak fungovala matka jako opora v dospívání).“ (R2)

„Třídní učitelka to ví a ta je taková empatická a docela hodně mi pomohla. A mamka právě i na ten pokus o sebevraždu se ani nějak neptala proč, třeba. A když mě pustili z nemocnice z JIPky, tak prostě to brala tak jako, už seš v pohodě? Tak jdeš do školy?“ (R3)

„Spíš to bylo furt podobný, byli jsme si hodně cizí, jako kdybychom žili vedle sebe a ne spolu. Já bych řekla že se vůbec jako nevyvíjel. (poznámka: k vývoji vztahu od dětství do dospělosti)“ (R4)

Respondentka č. 1 zdůraznila změnu vztahu s matkou i s ohledem na změnu v rodinné situaci. V průběhu dětství zažívala řadu násilných potyček mezi oběma rodiči, přesto po rozvodu došlo ke zhoršení psychického stavu a k rozvoji řady patologií, včetně nástupu mentální anorexie. Matka si našla nového partnera, konflikty mezi rodiči přetrvávaly a matce se navíc narodilo třetí dítě. Je tedy možné usoudit, že proces odcizování nebyl poplatný jen obtížné situaci v raném dětství.

„To jsme se odstěhovali pak pryč, prodali jsme ten barák a on si koupil byt kousek od nás, aby mohl mamku furt sledovat. …on na ní furt žárlil a mamka si asi po dvou letech si našla partnera. A v té době mi vznikla ta anorexie bych řekla. (poznámka: zhruba ve 14 letech) *…to jsem měla tu anorexii a táta tam přijel a udělal tam hroznou scénu před všema dětma, protože tam mamka přišla s tim novým partnerem. A on tam udělal hroznou scénu i vlastně kvůli tomu, jak jsem vypadala, protože jsem byla hrozně vychrtlá. No a kvůli tomu my jsme vlastně odešli i do Prahy.“* (R1)

„No já jsem v tý době začala jezdit k tomu tátovi – protože jsme se přestěhovali z Hradce do Prahy – tak jsem k němu začala jezdit častěji. Třeba každej tejden. Takže já jsem s mámou začla mít vlastně takovej vzdálenej vztah, že jsme se odcizily. A začala jsem jí to mít za zlý a začla jsem mít hezkej vztah i s tátou. Začla jsem si povídat i s ním a tím, že jsem ho neviděla tak často, tak jsem ani neviděla ty jeho výbušný stavy, nebo jsem se snažila, abych ho ničím nenaštvala, aby to bylo v pohodě.“ (R1)

„To si myslim, že když jsem byla starší, to mi bylo nějakých 17 a to se mi narodila ještě ségra, a to bych řekla, že jsem snášela mnohem hůř. To jsem měla hodně bouřlivý období, a to jsem spíš žárlila asi víc. (poznámka: Jak jsi snášela narození mladšího bratra?“ (R1)

Zajímavým faktorem je u respondentek postavení v rámci sourozeneckého vztahu, resp. rozdílné postoje rodičů vůči jednotlivým dětem a s tím související dopady na psychiku. Vyjma respondentky č. 4 mají všechny dívky sourozence a všechny se

shodly, že přístup rodičů byl k jejich sourozencům odlišný – vnímaly, že **sourozenci mají více zájmu a lásky,** a že tudíž mají i se svými rodiči v současnosti lepší vztahy.

> *„A to už to pak vyústilo v to, že táta začal mlátit i mě. On vždycky upřednostňoval bráchu, že měl toho syna, se kterým chtěl hrát hokej, chtěl z něj mít sportovce. A po mě chtěl, abych po něm třeba uklízela. A když jsem to neudělala, tak mě třeba seřezal.* (poznámka: bratra nebil)“ (R1)

> *„Ne, to ne, moje dvě ségry mají prostě mámu. … A mě na tom došlo, že se mají rády* (poznámka: matka s nejstarší dcerou), *že mají vztah a já místo toho dostanu hezký oblečení. Ale i s mladší ségrou jsem se nedávno bavila a došly jsme k závěru, že starší ségra – a přišlo mi to hrozně vtipný, protože moje máma je hodně spojená s tou mladší ségrou, že jsou takový, že to je její mímo furt – ale i s ní jsme se obě dvě shodly na tom, že ta nejstarší, je její nejoblíbenější dítě.“* (R2)

> *„To bylo takový, že táta je ten cholerik. Ten, co to kazí a mamka, že ta ne, že ta byla jakoby hodná.* (poznámka: komentář ke vztahu se sestrou, jak spolu v dětství vycházely) *To ségra má třeba i teď dobrý vztah s mámou. Ono možná, jak po mně chtěli hodně ty výsledky a třeba mi s tím ani nijak nepomohli, prostě očekávali, že já to sama všechno zvládnu. A naopak ségře, třeba se s ní učila mamka a pomáhala se vším, tak ségra k mámě má blízko, že ji třeba napíše, co a jak. Že prostě se spolu baví, jako fakt bych řekla. Ten vztah se prostě úplně odvrátil, že se mě ani máma na rovinu nezeptá, proč jsi se chtěla zabít. Což mi přijde dost blbý.* (poznámka: respondentka má za sebou pokus o sebevraždu)“ (R3)

3.4.2. Vztahy s vrstevníky

Ačkoliv vrstevnické vztahy nebyly předmětem práce, pokládám za zajímavé zmínit, že u všech respondentek byly zcela zřejmé **komplikace v navazování vztahů** už od raného věku a obtíže v kolektivu zaznamenávaly i v průběhu dospívání. V rozhovorech se často objevovala **neschopnost zapadnout mezi spolužáky** a snaha o začlenění k některé skupině pak vedla u některých k postihům za špatné chování.

„… ono to bylo nějak v kvartě, to nevím, co je za ročník, tam to bylo úplně katastrofální, nechodila jsem vůbec do školy, řekla jsem mámě, že nejdu – a pak když jsem se chtěla nějak v tý kvintě vrátit do toho sociálního života, tak to bylo těžší, protože jsem ztratila celej rok a všichni se tak nějak už seskupili. Jako ve finále, teď když na to koukám, tak je mi to docela jedno, protože lidi od nás ze třídy fakt jako nesnášim, ale bylo to docela těžký.“ (R2)

„Mě přišlo, že jsem nedokázala zapadnout mezi děti. (poznámka: dotaz na psychické změny v dospívání) *...zhruba kolem tý puberty, teda ta šestá třída. Asi jsem to nějak nedokázala. Tak jsem chtěla prostě taky s nějakýma dětma být. Tak jsem se, jednoduše mi přišlo, se chytnout takové tý party, tý odpad prostě. No tak to jsem měla i dvojku z chování. Byli to průseráři a neučili se. … A nějak mi to v tý hlavě přebliklo, že takhle to nechci. Tak jsem se úplně uzavřela. I začla ta anorexie. …. Asi jako kdybych předčasně dospěla, mi to přišlo. Jako kdybych přebírala nějakou tu roli mámy možná, no. A psychicky? Čím dál tím jako hůř mi bylo. No nevím prostě, přišlo mi, že jsem předčasně asi nějak dospěla. Jak jsem se uzavřela, tak jsem jako by zrozuměla, byla jsem tichá.“* (R3)

„Já se celý život víc bavím s klukama než s holkama, takže jsme lítali po škole a furt jsme si tam s něčím házeli, občas něco rozbili, takže to bylo většinou za takový ty blbůstky. (poznámka: komentář k třídní důtce) *... Mě dělalo vůbec problém se bavit s vrstevníky, já doteď mám třeba kamarády, kteří jsou starší o 10 let a fakt kamarádů, že bych to dokázala spočítat na prstech jedný ruky, co jsou moji vrstevníci a mně přijde, že si nima nemám, co říct…“* (R4)

Některé dívky následně zmiňují **vyloučení** z kolektivu na okraj, u jedné se objevila přímo **šikana**. Všechny se ale shodují, že jako strategii řešení zvolily do školy prostě nechodit. Bylo jednodušší chodit za školu, nebo se odvolat na psychické problémy než se obrátit ke komukoliv o pomoc.

„Vypadala jsem asi, že mám vysoký sebevědomí, ale měla jsem žádný. No a ty děti, teda ty mý spolužáci toho začali využívat. Takže mi posílali třeba rozžvejkaný svačiny v obálce apod.“ (R1)

„… ale mám jiný kamarády naštěstí, třeba pár jich je z ročníku, ale s většinou si nesedneme – jsou na mě moc dětinský.“ (R2)

„…na tý obchodce jsem vůbec nezapadla mezi ty děti…. Nedokázala jsem se tam ani s nikým bavit a asi to bylo asi to nehorší tam. … pak jsem se pokusila o sebevraždu.“ (R3)

„Ne, spíš, že si o mě jako tajně povídali. Že jsem třeba na nějaký hodině chyběla, tak už jsem tam pak nechtěla jít. Nebo když jsem byla třeba nemocná, nevím třeba týden dva týdny, tak už jsem taky nechtěla jít, protože jsem se bála, že už tam vlastně nemám žádný kamarády a že mě tam celou dobu pomlouvali a že tam prostě jako nezapadnu.“ (R4)

3.4.3. Rozvoj onemocnění mentální anorexií

Vliv rodiny

Vyjma respondentky č. 3 všechny přiznaly, že přímý a zcela konkrétní vliv na rozvoj mentální anorexie u nich měla jejich matka. Respondentky vypovídaly, že rodiče a zejména pak matky často zaujímaly **kritický postoj vůči jejich postavě**, nebo vůči jejich způsobu stravování, případně **orientace na tělesné schéma** bylo v rodině přítomné a opakovaně zdůrazňované.

„A táta, ten mi vždycky říkal, že budu ta Misska – že budu Miss, že budu mít hodně peněz, že budu nejhezčí a že si vezmu toho sportovce.“ (R1)

„Já si pamatuju, že když jsem se z tý anorexie chtěla dostat, tak jsem vždycky koukala, co jí ona, a to jsem chtěla jíst taky. Tak jsem mohla získat špatný ty návyky. Ona doteď, když mluví o jídle, tak o něm mluví, že to je žrádlo a že by nikdy nechtěla dělat se žrádlem a mě to vždycky mrzelo. …. mě to přijde, že ona sama má blok, ale ona to se mnou nechce asi rozebírat. Že to spíš nepřizná.“ (R1)

„Ne, vůbec, nikdy. A to je to, proč je to teď tak hrozně vyhrocený, protože jsem to už od mala všechno držela v sobě. Jako zároveň to byla její vina – upřímně to řeknu. Já si uvědomuju, proč se na mě vykašlala, ale

zároveň, byla jsem dítě, tak to se pak těžce omlouvá. (poznámka: řešila s ní respondentka někdy své psychické obtíže?) *... Máma tím byla samozřejmě zahlcená, ale mě v tom úplně nechala* (poznámka: smrt otce). *Třeba v rámci tý váhy, tak tam si jsem stoprocentně jistá, že na tom se docela podílela. ... ... prostě mi třeba řekla, že to by se mi nepřetáhlo přes prdel apod. Prostě si nebrala servítky. A jako když pak vidím, že starší ségra může a já ne, tak je to takový divný. Ale myslím si, že to je prostě máma, ta nikdy neposlouchá, co říkám.“* (R2)

„Když jsme třeba byli jako na návštěvě, to si pamatuji, že jsme chodili k matčině kamarádce a ona měla digitální váhu a my jsme v té době měli ještě takovou tu ručičkou ...vždycky jsem se tam musela vážit. A to vlastně přešlo v to, že jsem se dom vážila, třeba 10x za den. Potom vím, že tam bylo i něco ze strany taťky, že mám tlustý stehna.“ (R3)

Samy matky často nadstandardním způsobem řešily svou postavu, **zabývaly se vlastní váhou** – například neúměrnými dietami, nebo neustálou nespokojeností s vlastním tělem. V jednom případě dokonce matka přiznala, že sama měla zhruba ve stejné době jako respondentka rovněž mentální anorexii.

„Ona si na sobě určitě zakládá. Nevím, jestli je to můj pocit, ale myslím si, že ona s tím jídlem také není v pohodě. Ona mi vždycky dávala špatný vzor, co se jídla týče. My jsme nikdy nejedli nikdy společně – maximálně nedělní oběd, ale že bychom si společně sedli k snídani, nebo takovýhle věci, to tam vždycky chybělo. A ona hodně chce vypadat dobře, tak přišel zlom, když se mi měla narodit malá, tak řekla, že se necítí jako babička. Tak to hodně zhubla, asi 10 kilo a že vlastně řekla, že nechce vypadat jako babička. Ona špatně snáší – máme teď zvláštní vztah s její rodinou, s jejím bráchou – a oni jí třeba řeknou, „ahoj babi“ a ona to těžce nese. A mě přijde, že ona nese hůř tu postavu než já.“ (R1)

„No ona si nechává píchat nějaký injekce nebo co a taky se snaží držet diety a jako jí to vlastně moc nejde. Ale celkově s tou váhou už mě třeba rozčiluje.“ (R2)

„Ale teďka v poslední době přibrala asi váží nějakých 57. Vždycky měla, tak třeba 52, 53 a teďka nedávno si jako stoupla před zrcadlo a šahala si na to břicho a říkala, že to je strašné a tak. A já úplně, ježiš to prostě nemůžu poslouchat, takže mě to dost vynervovalo, ale zase na druhou stranu jsem si říkala, dobře ti tak, že jsi přibrala, i když je to strašně hnusný, ale prostě mě to napadalo.“ (R4)

Ve výpovědích se rovněž projevila u dvou respondentek jistá míra **srovnávání se matky s dcerou,** a to i v době, kdy už byly respondentky diagnostikované s mentální anorexií a jak samy vypověděly, bylo jim toto srovnávání velmi nepříjemné.

„*No spíš jako, že hodně často se porovnává, což mě úplně štve, to nezvládám. Že mi třeba začne říkat, že nejedla celý den. A já jí na to reálně nemám co říct. Jako, že já třeba nejedla tejden! Nebo nevim, co jí k tomu říct. A je to takový, že se se mnou chce předhánět. Já ale nechci. Nepřijde mi to jako téma, ve kterým bych potřebovala být první, nevidím v tom pointu.“* (R2)

„Začala jsem to vnímat. Tehdy, když mě mamka se sebou začala porovnávat a říkala, že mám jako tlustý stehna. Takže to bylo, že sama bych si toho třeba ani jako nevšimla. (poznámka: jak vnímala nástup dospívání) … *Nijak, spíš to ještě zhoršovala. Furt to komentovala. Tu tloušťku.* (poznámka: jak jí matka pomáhala se změnami v dospívání)“ (R4)

Ve většině případů je obtížné mentální anorexii zarámovat do přesného časového období. **Často začala pozvolna** – například starostí o zdravou stravu, snahou podávat lepší výkon ve sportu, nebo naopak trvala po dobu většiny dětství, aniž by si ji byl kdo uvědomoval ve formě velmi špatných stravovacích návyků (zvláštní stravovací návyky celých rodin jsou nicméně propojující linií všech příběhů). Onemocnění často odcházelo – někdy samovolně, změnou životních okolností respondentek – **většinou se ale vracelo v období zvýšené psychické zátěže, ve snaze získat nad životem kontrolu** apod.

„No, u mě to bylo jenom to hubnutí. Já jsem chtěla být vždycky nejhezčí, nejhubenější. Vždycky jsem chtěla být top, top, takže to bylo asi hodně o tomhle a o tom ideálu krásy. Já to mám asi takhle celej život. Že chci být prostě ve všem nejlepší.“ (R1)

„Ale vím, že jsem měla vždycky takový zvláštní stravovací návyky. Že jsem třeba celej den nejedla, pak jsem si dala jen jeden rohlík. Ale nebylo to naschvál. (poznámka: rané dětství) *... Ne, máma nebyla doma, takže o tom nevěděla. Ne, doma nebyl nikdo.* (poznámka: špatné stravovací návyky z dětství)*" (R2)*

Co je velmi zarážející je fakt, že v žádném z případů si rodiče **nevšimli včas změny stravovacích návyků** u svých dětí – že vynechávají jídla, nechodí na obědy, její večeři – u každé respondentky to **prostě nikdo neřeší, nezajímá se**. Někde si všimli, až když to bylo „hodně rozjetý" (R1), tedy v případě ztráty významného množství váhy (1/4 tělesné hmotnosti), někde si toho všimli ve škole – učitel, výchovný poradce apod.

„No ona to začla vnímat až ve chvíli, kdy už to bylo hodně rozjetý. ... A já jsem chodila ze školy rovnou na to doučování a pak vím, že jsem už po tom doučování nic nejedla. A tím jsem si najela na tenhle režim. A ona to pak začala vnímat, ale když už jsem pak byla hodně hubená." (R1)

„Mamka ne, spíš ve škole a řešilo se to s praktickou lékařkou. (poznámka: kdo si všimnul, že hubne)" (R3)

.... potom, když jsem šla na střední a na intr, tak mě tam jako nikdo nehlídal. Říkala jsem, že chodím na oběd, a přitom jsem tam nechodila Postupem času se třeba snědla jednu mandarinku za den, neměla jsem ani na nic sílu. Bylo mi na omdlení, až jsem teda jednou ve škole omdlela. Přijela pro mě záchranka. ... A to už si právě toho začala všímat třídní učitelka. ... Já jsem si neuvědomovala, že mám problém a rodiče to vlastně nevěděli. ... ...protože vlastně rodiče vůbec nevěděli, že chodím na terapie. Do teď vlastně nevědí, že jsem měla problémy s jídlem nebo částečně furt mám." (R4)

Nicméně ani důsledná péče o pacientky a snaha o jejich uzdravení nebyla a není systematická, **psychologická pomoc** buď úplně **chybí**, nebo selhala a krom přetrvávajících obtíží, nebo abnormalit v jídelním chování má za důsledek nedůvěru v psychologickou péči, či nejistotu a nejasnost, kdo by ji měl poskytovat (psychiatr vs. psycholog, psycholog vs. terapeut vs. peer konzultant).

„Když jsme šli z tý hradecký nemocnice, tak jsme šli k nějakýmu psychologovi, co nám tam doporučili. To bylo něco jako párový, ale ona na to vždycky strašně nadávala. Ona na tom v tom Hradci nebyla moc dobře finančně, ale já, když si vzpomenu zpětně, že by pro ní pětikilo za psychologa asi nebylo nic strašnýho. Ale ona se vždycky naštvala a začala mi nadávat, ať už začnu konečně žrát. To bylo vždycky na takový fáze, že ke mně vždycky promlouvala a pak jí to naštvalo a byla z toho zoufalá.“ (R1)

„Ale nemá jinak tendenci to řešit. Prostě řekne, aha, nějak jsi to nezvládla a pošle mě k psychiatrovi, nebo psychologovi. Což je její standardní odpověď na všechno, ale sama nemá snahu s tím něco dělat. …. jednak asi neví, což se jí nedivím, já taky nevím, co s tím. Ale vlastně asi ani úplně nechce. Přijde mi, že je docela sobecká, stará se hlavně o sebe. …. A máma se o nás nestará ani teď, dělá si furt nějaký svoje projekty, takže já vařím sestře a mám pak pocit, že bych se měla taky najíst. A taky ta nálada je tady pořád taková vyhrocená.“ (R2)

„Nebyla jsem na psychiatrii na pobytu, tomu jsem se nějak vyhla, že jsem i jakoby lhala. Řekla jsem, že to bylo jako zkrat, že jsem to nechtěla udělat. (poznámka: proč nebyla na pobytu na psychiatrii po pokusu o sebevraždu, který byl dlouho promýšlený)*.“* (R3)

„Vlastně já jsem potom měla jako zakázáno i se s ní stýkat. Ta moje, teď už taky bývala terapeutka (poznámka: obě peer konzultantky), *vlastně věděla, že s ním mám jako bližší vztah a usoudila, že jako není vhodné, abych se s ní stýkala, což pro mě bylo strašně těžký, protože v té době to byla má jako jediná opora, co se týče mého jídla a i ona sama si prošla poruchou příjmu potravy, takže jsem měla takovou tu jistotu, že mi vlastně rozumí a chápe mě. A pro mě to bylo jako strašně těžký, ne ani jako, že jsem ztratila tu osobu, ale že jsem neměla, s kým jako řešit to jídlo.“* (R4)

Konec onemocnění je podobně nejasný jako jeho počátek, dá-li se o konci vůbec hovořit. Přechod do bulimie, z restriktivní formy anorexie do purgativní, abúzus laxativ, či studium oboru nutriční terapie jsou jen zlomky forem, které mentální anorexie u pacientek zasela. Přesto u všech byla v době rozhovoru váha v normální hladině BMI.

„…že já jsem vlastně vůbec nevěděla, jak z toho ven a občas jsem vyhledala třeba nějakýho psychologa, ale to jsem pak vždycky vzdala, protože mi to vůbec nepomohlo. Ale pak jsem se vrátila z tý Ameriky, kde jsem byla závislá na těch projímadlech a mamka, která mi vyprávěla, že měla v 17 letech taky anorexii a ona, že se z toho dostala tak, že otěhotněla. Takže já jsem se pak když jsem se vrátila, přála na jednu stranu hrozně otěhotnět, protože jsem si říkala, že mě to z toho pomůže a taky, že jo. Když jsem zjistila, že jsem těhotná, tak jsem s tím vším přestala a od tý doby je to dobrý. Dceři jsou 2, k tomu jsem se navíc přihlásila na vejšku (poznámka: obor nutriční terapie) *a od tý doby to nemám prostor řešit.“* (R1)

Vlastní postoj respondentek k onemocnění

Analytickou část bych ráda shrnula citací respondentky č. 3, která velmi trefně vystihla všudypřítomný dojem, který jsem z rozhovorů měla. Všechny se veskrze shodly, nezávisle na sobě, že jakákoliv forma poruchy příjmu potravy se u nich vyskytla, po čase ji začaly vnímat, že to není v pořádku, že je to v životě limituje. Nicméně přesto tvořila součást jejich osobnosti, něco, nebo někoho, kdo s nimi byl přítomen na každém kroku, dodával jim pocit jistoty a určité formy bezpečí, struktury, kontroly nad svým životem.

„Přišla jsem o strašně moc lidí, přestala jsem chodit ven. Kdybych byla v pořádku, kdyby to ani nezačalo, tak bych třeba dostudovala ten gympl, byla bych v tý atletice třeba dobrá. Je to všechno takový třeba – třeba bych měla lepší život... A třeba taky ne. (poznámka: dotaz, co ti mentální anorexie vzala)“ (R3)

„Cítila jsem se oproti ostatním lepší – že oni jedí třeba čokoládu a já ne. Že celkově, že jsem měla nějaký režim, že když jsem si to dodržovala, tak jsem se cítila, že mám věci pod kontrolou. Jak kdyby bylo něco moje a nikdo mi to nemohl vzít, jak kdybych si vybudovala nějakýho přítele. A to mám dodneška – měla jsem to jako nějakýho kamaráda a na jednu stranu mě to děsí, že bych to najednou neměla, protože je to pro mě nějaká jistota – protože co bych byla, kdybych to neměla. Takže jako by mi to dalo nějakýho přítele, když jsem byla prostě sama.“ (R3)

3.5. Diskuse

Z výsledků empirické část vyplývá, že rodinné vztahy jsou u všech respondentek od raného dětství až do dospělosti silně dysfunkční a vztah s matkou natolik narušený, že o ní většinou hovoří jako o cizí osobě. Pouze v jednom případě (R1) respondentka uvádí, že má s matkou vztah, vyhledává s ní kontakt, a přestože jsou některá témata pro ni obtížná, nevyjadřovala se o ní paušálně negativně. Sama několikrát zdůraznila, že i přesto, že ji nebyla v dospívání oporou a některým tématům se zcela vyhýbala, v přístupu k nemoci se snažila dceru podpořit a o problémech s příjmem potravy s ní hodně hovořila. U této respondentky můžeme tedy předpokládat, že narušení vztahové vazby může být důsledkem velmi závažných komplikací ve vztahu matky s otcem (násilí ze strany otce, časté konflikty apod.), nicméně další okolnosti bez znalosti bližších detailů vyloučit rovněž nemůžeme.

Hlavním propojujícím prvkem zbylých třech výpovědí je osamělost ve smyslu opuštění, samoty a bezmoci, pramenícím z nedostatku zájmu ze strany rodičů, kontaktu s vlastním dítětem, pochopení jeho potřeb, lásky a snahy rodičů o udržení vztahu s dcerou. Nešlo tedy pouze o osamělost fyzickou (dvě respondentky byly od patnáctého roku na internátě), ale zejména psychickou. Neschopnost zapadnout do kolektivu a udržet si vrstevnické vztahy tento pocit izolace a vykořeněnosti ještě umocnila. Z mentální anorexie se tak stává partner, téma, výzva, prostě cokoliv, co vyplní prázdnotu v citovém prožívání a zajistí vědomí vlastní hodnoty.

3.5.1. Výzkumný soubor

Jednoznačným limitem, který omezuje možnost zobecnění výsledků a vyslovit ucelenější teorii či hypotézu, je velikost zkoumaného vzorku, a také jeho nedostatečná reprezentativnost. Domnívám se však, že pro získání povědomí o problematice a zároveň s ohledem na účel této práce byl počet respondentek dostačující a navýšení vzorku by nepřineslo výrazně rozdílné výpovědi.

Během přípravy studie jsem uvažovala nad jinou věkovou kategorií a plánovala dotazovat dospívající dívky, u nichž by bylo onemocnění v té době aktuální, respektive splňovaly by v danou chvíli diagnostická kritéria a mentální anorexie by byla jejich každodenním tématem. Nakonec jsem se však rozhodla pro období mladé dospělosti z důvodů naznačených v empirické části a zpětně toto rozhodnutí kvituji pozitivně.

Mimo jiné i proto, že mi všechny respondentky shodně potvrdily, že v době dospívání by se se mnou velmi pravděpodobně o svých problémech a vztahu k rodičům nebyly ochotné bavit. Zčásti kvůli depresivní symptomatice, stažení a neochotě komunikovat s kýmkoliv, částečně proto, že ještě neměly na řadu situací dostatečný náhled a potřebný odstup a zároveň i s ohledem na obavu, jaké důsledky by mohly mít sdělované informace na rodinné vztahy (za předpokladu, že by si jejich rodiče v rámci zákonné možnosti chtěli výpovědi přečíst). Všechny se mnou hovořily velmi uvolněně a velmi otevřeně a u žádného tématu jsem neměla pocit, že by se jim nyní o čemkoliv nechtělo mluvit.

3.5.2. Použité metody

U všech respondentek šlo o velmi intimní a osobní zpověď, která má v této podobě spíše povahu úvodního terapeutického interview a v případě této práce charakter pilotní studie. Domnívám se, že důvěrný vztah pro rozhovor tohoto typu byl nastaven poměrně dobře, a to i přesto, že kdybychom se měly dostat na dřeň u většiny témat, bylo by zapotřebí více setkání, dlouhodobější práce a navázání bezpečného a otevřeného vztahu, ve kterém by bylo možné sdělovat i ryze situační a specifické příklady z každodenního života. Tedy střípky všednodennosti, které respondentkám mohou připadat běžné a normální, bez nutnosti se o ně primárně podělit, přesto pro hlubší výzkum daných témat mohou mít zásadní význam. Pokud totiž člověk vyrůstá v trvale neuspokojivém prostředí, ve vztazích, které nejsou vřelé, ale jsou naopak hostilní, násilné, či citově chladné, mnohým věcem přivykne a zabuduje si je do svého psychického aparátu jako normu. Nenaučí se tak střízlivě posoudit, co mu jako dítěti náleží a z čeho by se správně mělo těšit a přijme jako fakt, že takto je to běžné a správné a že to rodiče přeci musí myslet dobře. Pokud by si totiž připustil, že rodiče nejednají úplně správně, mohl by si začít klást za vinu jejich nedostatek lásky, vřelosti, empatie, porozumění, vzájemného kontaktu a především zájmu. Všechny tyto nedostatky nacházíme ve výpovědích všech respondentek a je patrné, že tento pocit do očí bijícího nedosycení zůstává hluboko v nevědomí, kde spolu s osamělostí a předčasnou vyzrálostí zavdává podnět k rozvoji mnoha psychických problémů.

Pokud bych však nyní opakovala podobný výzkum, velmi pravděpodobně bych upravila témata více specificky, na konkrétní oblasti života, ke konkrétním situacím tak, aby bylo možné přesnější srovnání mezi respondenty. Dobrým příkladem mohou být například zmiňované postoje matek vůči první menstruaci, kde je až zarážející, jak

identické byly jejich reakce. Rovněž bych s největší pravděpodobností zvolila dodatečnou spolupráci s respondentkami ve formě tzv. „*testimonial validity*“, jak doporučují Koutná Kostínková a Čermák (2013) a analýzu s nimi prošla a doplnila o případné postřehy. Pro výrazné zvýšení validity výzkumu je pak doporučován paralelní analytický proces dalším výzkumníkem, to však charakter této práce neumožňuje.

3.5.3. Srovnání s jinými výzkumy

Z výše uvedeného je zřejmé, že prozkoumání hlubinných fenoménů, nevědomých konstruktů a introjekcí není možné standardními postupy a každý takový výzkum bude mít spíše charakter kazuistického případu než podobu systematického výzkumu, jenž by měl ambici na dokazování hypotéz. Každý samostatný koncept je navíc poměrně obtížně operacionalizovatelný, jak bylo naznačeno v teoretickém úvodu. Co autor, to více či méně odlišné chápání určitého fenoménu (například identifikace), ačkoliv to mnohdy znamená, že pomocí odlišných slov a vyjádření často směřují k velmi podobnému cíli.

S ohledem na záměr této práce, tedy snahu o prozkoumání procesů, které zasahují samotné dívky, tedy femininitu jako takovou, prostřednictvím identifikačního procesu s matkou, jsem se zaměřila na srovnání s pracemi, které tento vývojově-psychický koncept řeší.

Zajímavý pohled nabízí teorie o pojídání dobré matky (u přejídání) a zvracení špatné matky, matky, které ve skutečnosti není přítomná (Petržela, 2005). Je možné připustit, že u pacientek s mentální anorexií, jejichž restriktivní forma přejde v dospívání, či dospělosti do bulimie, může jít o snahu o „dosycení“. O jakousi náhradu pocitu prázdnoty, kterou se snaží zaplnit jídlem a pocitem uspokojení z něj. Jak však Petržela (2005) dodává, následné zvracení může být primitivní formou, jak zachází pacientky s pocity, bez hlubších myšlenkových operací. Pomocí zvracení se tak můžou zbavovat „nestravitelných“ zážitků a nediferencovaných pocitů úzkosti a napětí. Zvracení bylo přítomné u všech respondentek, u tří až do současnosti.

U všech respondentek se můžeme v rámci Recalcatiho (2014) třídění přiklonit k jeho teoretické kategorii „Odmítání jako žádost“, ve které definuje tuto skupinu anorektiček jako dívky, případně ženy, které jsou plné pochybností o důkazech lásky ze strany jejich pečovatelů. Touží po pozornosti, uznání a po lásce, kterou jsou těžce nedosycení.

Lawrencová (2002) zmiňuje, že často bývá v souvislosti s mentální anorexií zdůrazňován pervazivní vztah mezi matkou a dcerou v rodinách, kde zároveň chybí otec ať už fyzicky nebo emocionálně. Uvádí, že to však nebývá jen důsledkem rozvodu, k tomu často ani nedojde, ale pocit absence otce často indikuje spíš absenci v jeho důležitosti. Tento nedostatek pak vede k narušení identifikačního procesu v rámci oidipského období a otcovská postava se vším, co symbolizuje, není dostatečně introjikována. Dcera tak zůstává s matkou neustále fantazijně propojená na primitivní vztahové úrovni a proces separace-individuace není nikdy uzavřen. Tento jev můžeme chápat jako vývojové selhání, v rámci kterého se dcera nenaučí adekvátně pracovat například se svými emocemi a pocity úzkosti. Matku pak nevyužívá k překonání svých úzkostných stavů, ale pouze k jejich popření. Matka přestává být bionovským kontejnerem pro zpracování nežádoucích pocitů, ale stává se jejich štítem. Důsledkem je jakási obrana na způsob „zákaz vstupu“ (*no-entry*) obrana, která vede jednak k problémům v symbolizaci, ale i k přijímání čehokoliv, včetně potravy.

Mohu potvrdit, že postava otce je ve výpovědích pacientek podstatně méně zřetelná a nelze to svést pouze na zaměření výzkumu orientovaného na vztah s matkou. Otcové jsou prezentováni fakty, konkrétními situacemi, jako prostředky, nebo hmotné součásti domácností. Naproti tomu matky mají emotivní náboj, jsou hodnoceny charakterovými rysy, detailními projevy, postoji, názory a psychickými obsahy. Respondentky se vždy srovnávají pouze s matkami, vymezují se vůči jejich intruzím, požadavkům a nárokům, zájem ze strany otce je pomíjen, je-li vůbec nějaký. Matka zároveň nereaguje na vývojové potřeby dívky, namísto toho její nejistoty a možné úzkosti odráží, tabuizuje, nebo devalvuje.

Likiermanová (1997) uvažuje ve svém článku nad vnějšími vlivy, když zmiňuje studii dospívajících dívek, z které vyplývá, že je většina z nich na dietě, ale že zároveň to neznamená, že každá skončí jako anorektička. Zmiňuje, že štíhlé tělo symbolizuje atletickou, maskulinní postavu a že to může naznačovat nechuť anorektické dívky dospět a přijmout svou ženskou roli. Tento pohled nemohu na základě výsledků popřít ani potvrdit, nicméně v dalších částech článku pak navazuje na pohled Lawrencové (2002), když sama hovoří o matkách, které používají své dcery jako kontejnery vlastních nezpracovaných emocí. Nicméně tak, jako vyžaduje kontejnování pro sebe, sama dceři kontejnování jejích infantilních emocí a potřeb neposkytuje. V tomto ohledu její teorii mohu zcela potvrdit, protože nezájem matek o pocity dcery byly zcela zjevné a v jednom případě dokonce respondentka potvrdila, že jí vlastní matka ani nikdy nepustila ke slovu,

nebo se neustále jen hádaly. Zároveň musím souhlasit s postojem Likiermanové, která tvrdí, že tendence v důvěru rodinné terapie v léčbě mentální anorexie je sice velmi rozšířená, ale v konečném důsledku zcela nedostačující. S ohledem na často velmi intrusivní povahu matky je na místě individuální terapie pacientky, které by měla probíhat minimálně paralelně.

V kazuistice Wendy Pitcarinové (2013) se můžeme dočíst o propojení poporodní deprese s Greenovým konceptem „mrtvé matky“ a rozvojem poruchy příjmu potravy u dcery (konkrétně mentální anorexie). Upozorňuje, že v takovém případě sice není možné matku – vzhledem k závažnosti jejího vlastního stavu – „vinit“ za rozvoj onemocnění dcery, nicméně silně vytvořená identifikace s emocionálně vzdálenou matkou vyústila u dcery v neschopnost rozeznávat vlastní afekty, v nesnesitelný pocit prázdnoty a zcela narušený obraz sebe sama. Domnívám se, že právě Greenův koncept je vedle teorie mentalizace klíčovým hlediskem v chápání rozvoje mentální anorexie. Obraz komplikovaného dětství a možné emocionální vzdálenosti matky v důsledku komplikací v partnerském soužití se objevuje ve výpovědích většiny respondentek. Ten je navíc umocněn pokračujícím odcizením i v průběhu dospívání.

Chasslerová (1994) ve svém článku zdůrazňuje osamělost pacientek, pocit, že jsou vyloučené ze světa, jako by jej pozorovaly ze skleněné koule. Píše, že mentální anorexie je komplexní onemocnění zahrnující neurofyziologické predispozice, psychodynamiku, rodinné konflikty a sociální faktory a obvykle není možné je oddělit. Jakkoliv se problémy mentální anorexie mohou zdát ukotvené ve vnější realitě, není možné opomenout jejich základ hluboko ve vnitřním světě jednotlivých pacientek. V souvislosti s teorií citové vazby pak uvádí výsledky svého výzkumu, který prokázal, že pacienti s mentální anorexií zažívali významně více nereagující, nedostupné a nedůvěryhodné parametry rané citové vazby ve srovnání s kontrolní skupinou. Anorektici také ve svém raném vývoji čelili opakovaným hrozbám odloučení. To způsobilo nejistotu ohledně jejich pocitu bezpečí, která vyústila v neustálé pocity opuštění, deprese a bezmocnosti. Významně ovlivněny byly rovněž vrstevnické vztahy. Uváděli horší vazby s vrstevníky v dětství, méně přátel a větší potíže s vytvářením přátel než kontrolní skupina.

V tomto světle jsou obtíže s navazováním přátelských vztahů respondentek zcela pochopitelné a doplňují mozaiku celého obrazu.

Pacientky s mentální anorexií dle Winstona (2009) často vykazují charakteristický nedostatek mentální kapacity vzhledem k pocitům a emocím, které dává do souvislosti se specifickými obtížemi v dětství, ve vytváření raných vazeb. Zmiňuje dále, že jedním z

nejzáhadnějších aspektů mentální anorexie je fakt, že řada pacientek popisuje své dětství jako zdánlivě normální. Terapeut je ponechán úvahám, jak může být někdo tak závažně narušen tímto život ohrožujícím způsobem, aniž by měl za sebou nějaké větší rané trauma. Odpověď pravděpodobně neleží v tom, co se stalo, jako spíš v tom, co se nestalo. Budoucí anorektičce rané prostředí neumožnilo vyvinout dostatečnou schopnost vypořádat se se základnímu pudovými obsahy a vyvinout si bezpečný pocit sebe sama. Jak píše Winston (2009, s. 78), „pro tyto jedince anorexie funguje jako psychologický exoskeleton, místo endoskeletonu, který by mělo ego normálně poskytnout.“ Dále se odvolává na Winnicottovo falešné self, ve kterém nemá místo celá škála pocitů a přání.

Terapeutické zaměření se na nedostatek, nebo nepřítomnost, jak uvádí Winston (2009) považuji za poměrně klíčový aspekt ve výsledcích této práce. Rozhovor s respondentkami rovněž ve všech případech začal slovy, že mají takové normální rodiny, nic zvláštního a až na výjimečné případy hádek, při kterých bylo přítomno násilí, vlastně nic divného, zarážejícího. Přesto z jejich vyprávění na člověka postupně působil čím dál tím tíživější pocit nezměrné prázdnoty, osamělosti, opuštěnosti a necitelnosti, kterých byly jejich rodiny plné.

3.5.4. Praktická využitelnost výsledků práce

Jak již bylo naznačeno, praktické využití výsledků výzkumu spatřuji především v psychoterapeutické práci s pacientkami s mentální anorexií.

S ohledem na opakované zmínky o nesnadnosti psychoterapeutických intervencí pacientek s mentální anorexií je třeba zmínit úvahy Lawrencové (2002), která ve svém článku rozvádí myšlenku intruzivního objektu, který mají tyto pacientky ve své mysli, resp. ve svém nevědomí jako důsledek touhy po získání výjimečného postavení u matky. Jak bylo zmíněno výše, prostřednictvím jejich nevědomých pokynů o „zákazu vstupu“ všemožně komunikují, že náš zájem o jejich nitro není vítaný, avšak zároveň samy mohou intruzivně působit. A zatímco nám odepírají kontakt s jejich myslí, projikují se s velkou silou do naší.

Domnívám se rovněž, že by v mnoha případech stálo za úvahu, přemýšlet o mentální anorexii jako o symptomu, a nikoliv jako o samostatné, hlavní psychopatologii, případně jako o maladaptivní copingové strategii – strategii ke zvládání zátěže, převzetí kontroly nad svým životem, případně s cílem uvolnit napětí. Zde je tedy ke zvážení případné posouzení, nakolik je mentální anorexie samostatně stojící diagnózou (byť za

přítomnosti jiných komorbidit) a kdy se může jevit spíše jako symptom jiného, závažnějšího a mnohem hlubšího onemocnění. Takového, které dítě provází od raného dětství a stalo se tak součástí jeho psychického aparátu a nevnímá jej jako „problém“, či cokoliv, co by mělo být odstraněno, resp. léčeno. Může se například jednat o generalizovanou úzkostnou poruchu, či hraniční poruchu osobnosti a mentální anorexie je jen způsob, jak se vyrovnávat s napětím, získávat nad svým životem, afekty a maladaptacemi kontrolu podobně, jako funguje sebepoškozování.

Za úspěšnou terapii mentální anorexie často považujeme tu, která je prokázána váhovým přírůstkem, což je dle Bruchové (1973) velmi zavádějící. Efektivní terapie se neodvíjí pouze od přírůstku na váze, ale především od terapeutovy schopnosti porozumět psychologickým obtížím pacientek, které tvoří základ onemocnění.

4. Závěr

Tato práce si kladla za cíl zmapovat pohled na mentální anorexii z psychoanalytické perspektivy.

V teoretické části jsem nastínila různé psychoanalytické teorie považující mentální anorexii za obrannou adaptaci na chronické poruchy normálního lidského vývoje. **Konfliktem řízený model**, tedy původní psychoanalytické vysvětlení syndromu mentální anorexie počítalo s hlavním symptomem v podobně „orální“ komponenty a jejího symbolického významu. Syndrom byl chápán jako defenzivní adaptace na vysoce instinktivní nevědomé orální fantazie. **Ego psychologický model** zdůrazňuje roli slabého ega u pacientů s mentální anorexií a zaměřuje se na přání obnovit jednotu mateřsko-kojeneckého celku. **Hilde Bruchová** (1973, 1978) v rámci své **interpersonální teorie** navázala na předchozí teorie a nedostatky ega zdůvodnila chronicky narušenou interakcí mezi matkou a dítětem a izolovala tři oblasti narušeného psychologického fungování, jenž se podílí na rozvoji mentální anorexie. Jsou to: 1. narušené vnímání tělesného obrazu, které vede k úplnému popření jejich vyhublého vzhledu, 2. porucha schopnosti vnímat a identifikovat tělesné podněty, 2. paralyzující a život prostupující pocit neefektivnosti. K tomu dodává, že jídlo pro anorektičky neznamená činnost, která by byla plně v jejich moci, ale jako něco, co se jim děje, něco, nad čím nemají kontrolu. **Teoretici objektních vztahů** se zaměřili na symbiotické vazby, které mají anorektičtí pacienti se svými rodiči a na neúplnost procesu separace-individuace. Příznaky mentální anorexii vnímají například jako obranu proti hluboké depresi z opuštění, která by se objevila při pokusu o separačně-individuační proces. Z pohledu **teorie citové vazby** (*attachment theory*) je mentální anorexie považována za poruchu narušených vazeb v raném dětství. V důsledku toho byl anorektikům odepřen pocit jistoty, důvěry a sebejistoty potřebné k oddělení od jejich hlavních pečovatelů k dalšímu prozkoumání světa (Chassler, 1994). Na teorie citové vazby pak navazuje teorie mentalizace, která dokazuje, že v důsledku vytvoření nejisté, úzkostné vazby s primárním pečovatelem (nejčastěji matkou) v raném dětství nejsou pacientky s mentální anorexií schopné mimo jiné efektivního porozumění vlastním složitým emočním stavům. Z teoretického přehledu v každém případě vyplývá, že rozsáhlá klinická pozorování mentální anorexie naznačují, že narušené rané zkušenosti s rodiči, zejména s matkou, hrají významnou roli při této oslabující, nebezpečné a často terapeuticky rezistentní poruše (Bers et al., 2013).

V empirické části jsem se následně snažila prostřednictvím hloubkových rozhovorů prozkoumat vývojové aspekty a vztahové rámce, jež se mohou právě v návaznosti na teorii podílet na rozvoji onemocnění mentální anorexií. Pomocí interpretativní fenomenologické analýzy jsem identifikovala klíčové oblasti v rodinném prostředí a ve vztazích s primárními pečovateli a dalšími osobami, ve kterých docházelo k selhání a narušení bezpečných vazeb. Tím nejzásadnějším faktorem se pak jeví postava matky, jejíž v mnohém chladný a odtažitý přístup brání adekvátnímu individuačně-separačnímu procesu dcery a rozvoji dostatečně silné identity v dospívání. Pocit citového nedosycení, nedostatek péče a zájmu v důsledku selhání nejen v raném vývoji, ale i v průběhu dospívání vyústil v závažnou, život ohrožující patologii ve formě mentální anorexie, spolu s dalšími přidruženými obtížemi.

Byla bych ráda, kdyby tato práce osvětlila nejen obtíže v terapeutickém procesu a práci s těmito pacientkami, ale nabídla možnosti a naději, že změna je možná a mnohdy velmi závažné psychické obtíže těchto žen a dívek nemusí znamenat konečný stav jejich prožívání a chápání sebe a okolního světa.

5. Přehled literatury

Citováno dle APA (7.vyd.) (American Psychological Association, 2020).

Bateman, A., & P. Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, *9*(1), 11–15.

Beattie, H. J. (1988). Eating disorders and the mother-daughter relationship. *International Journal of Eating Disorders, 7*(4), 453–460.

Bers, S. A., Besser, A., Harpaz-Rotem, I., & Blatt, S. J. (2013). An Empirical Exploration of the Dynamics of Anorexia Nervosa: Representation of Self, Mother and Father. *Psychoanalytic Psychology*, *30*(2), 188–209.

Bers, S. A., Blatt, S. J. & Dolinsky, A. (2004). The Sense of Self in Anorexia-Nervosa Patients, *The Psychoanalytic Study of the Child, 59*(1), 294-315.

Bowlby, J. (2010). *Vazba: teorie kvality raných vztahů mezi matkou a dítětem*. Portál.

Bronfenbrenner, U. (1960). Freudian Theories of Identification and Their Derivatives. *Child Development, 31*(1), 15-40.

Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. Routledge & Kegan Paul.

Bruch, H. (1978). *Anorexia nervosa: The golden cage*. Harvard Univ. Press

Eickhhoff, F. W. (2009). Poznámky k primární identifikaci a k historii tohoto často opomíjeného pojmu: Přednáška konaná 20.března 2009 pro ČPS. http://www.psychoanalyza.cz/styled-85/styled-86/styled-3/index.html

Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1999). *Životní cyklus rozšířený a dokončený: doplněné vydání o devátém stupni vývoje od Joan M. Eriksonové*. Nakladatelství Lidové noviny.

Fairbairn, W. R. (1952). *Psychoanalytic studies of the personality*. Routledge & Kegan Paul.

Fonagy, P. (1989). On tolerating mental states: theory of mind in borderline patients. *Bulletin of the Anna Freud Centre, 12*, 91-115.

Fonagy, P., & Target, M. (1997). Attachment and reflective function: Their role in self-organization. *Development and psychopathology, 9*, 679-700.

Fonagy, P., & Target, M. (2005). *Psychoanalytické teorie: perspektivy z pohledu vývojové psychopatologie*. Portál.

Freud, S. (1917). Mourning and Melancholia. In Strachey, J., Freud, A., & Richards, A. (1966), *The Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (s. 243–258). Hogarth Press.

Green, A. (1986). *On Private Madness.* Hogarth Press.

Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory.* Harvard University Press.

Helus, Z. (1968). Procesy identifikace a jejich význam v utváření osobnosti. *Pedagogika*, *18.*(5), 723-735.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Portál.

Hopkins, J. (2005). Několik poznámek k teorii citové vazby. In Lanyado, M. & Horne, A., *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup* (s. 83–95). Triton.

Chassler, L. (1994). "In hunger I am king" - Understanding anorexia nervosa from a psychoanalytic perspective: Theoretical and clinical implications. *Clinical Social Work Journal*, *22*(4), 397-415.

Keating, L., Tasca,, G. A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors*, *14*(3), 366–373.

Kleinová, M. (2005). *Závist a vděčnost a další práce z let 1946-1963*. Triton.

Kocourková, J. et al. (1997). *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání.* Galén.

Kocourková, J. (2005). Psychoanalytický přístup k poruchám příjmu potravy. In Krch, F. D. et al., *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.

Kocourková, J. (2018). Psychoanalytický pohled na poruchy příjmu potravy. In Papežová, H. et al., *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický přehled*. Mladá Fronta.

Kocourková, J., & Koutek, J. (2011). Je teorie mentalizace inspirací pro psychoterapii poruch příjmu potravy? *Československá psychologie, 55*(2), 180-183.

Kocourková, J. (2019). *Vývoj psychoanalytických názorů na poruchy příjmu potravy*. IX. Freudovy dny v Příboře, 11.-12.10.2019.

Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza. In Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R., *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Koukolík, F. (2013). Funkční neuroanatomie rodičovství. *Praktický Lékař, 93*(5), 199-206.

Krch, F. D. (2010). *Mentální anorexie*. Portál.

Krch, F. D. et al. (2005). *Poruchy příjmu potravy* (2., aktualiz. a dopl. vyd). Grada.

Krch, F. D. (2018). Kognitivně-behaviorální terapie poruch příjmu potravy. In Papežová, H. et al., *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický přehled*. Mladá Fronta.

Lanyado, M., & Horne, A. (2005). *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup*. Triton.

Lawrence, M. (2002). Body, mother, mind: anorexia, femininity and the intrusive object. *The International Journal Of Psychoanalysis*, *83*(4), 837–850.

Likierman, M. (1997). On rejection: adolescent girls and anorexia. *Journal Of Child Psychotherapy*, *23*(1), 61–80.

Mahler, M., & Gosliner, B. J. (1955). On symbiotic child psychosis. Genetic, dynamic and restitute aspect. *Psychoanalytic study of the child, 10*, 195-212.

Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (2006). *Psychologický zrod dítěte*. Triton.

McWilliams, N. (2015). *Psychoanalytická diagnóza: porozumění struktuře osobnosti v klinickém procesu*. Portál.

Mitchell, S. A., & Black, M. J. (1999). *Freud a po Freudovi: Dějiny moderního psychoanalytického myšlení*. Triton.

Papežová, H. et al. (2018). *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický přehled*. Mladá Fronta.

Papežová, H. (2019). Poruchy příjmu potravy – psychiatrické onemocnění. https://psychiatrie.lf1.cuni.cz/file/6144/ppp-nutricni-terapeuti-handouty-2020.pdf

Parker, N. (2005). Poruchy příjmu potravy. In Lanyado, M. & Horne, A., *Psychoterapie dětí a dospívajících – psychoanalytický přístup* (s. 83–95). Triton.

Petržela, M. (2005). Anorexie, bulimie a femininita. *Revue psychoanalytická psychoterapie: Femininita, 7*(2), 38-50.

Pietkiewicz, I., & Smith, J.A. (2012). Praktyczny przewodnik interpretacyjnej analizy fenomenologicznej w badaniach jakościowych w psychologii. *Czasopismo Psychologiczne, 18*(2), 361-369.

Pitcarin, W. M. (2013). The Spectre at the Feast: An Exploration of the Relationship between the Dead Mother Complex and Eating Disorders. *British Journal of Psychotherapy. 29*(1), 41–56.

Poněšický, J. (1994). Psychodynamika psychosomatických onemocnění – anorexia nervosa. In *Psychoterapie III: sborník přednášek* (s. 100-111). Triton.

Recalcati, M. (2014). Separation And Refusal: Some Considerations On The Anorexic Choice. *Lacunae*, *3*(2), 98–118.

Riegel, K. D., Kalina, K., & Pěč, O. (2020). *Poruchy osobnosti v 21. století: diagnostika v teorii a praxi*. Portál.

Rizzuto, A. -M. (1985). Eating and monsters: A psychodynamic View of Bulimarexia. In S. W. Emmett (Ed.), *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: Biomedical, sociocultural, and psychological perspectives* (s. 194–211). Brunner/Mazel.

Rothschild-Yakar, L., Levy-Shiff, R., Fridman-Balaban, R., Gur, E., & Stein, D. (2010). Mentalization and relationships with parents as predictors of eating disordered behavior. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(7), 501-507.

Rycroft, Ch. (1993). *Kritický slovník psychoanalýzy*. Psychoanalytické nakladatelství.

Řiháček, T., Čermák, I., & Hytych, R. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Masarykova univerzita.

Simonsen, C.B., Jakobsen, A.G., Grøntved, S., & Telléus, G.K. (2020). The mentalization profile in patients with eating disorders: a systematic review and meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry, 74*(5), 311-322.

Skarderud, F. (2007). Eating one's words, Part III: Mentalisation-based psychotherapy for anorexia nervosa. *An outline for a treatment and training manual. European Eating Disorders Review, 15*, 323-39.

Šebek, M., & Šebková, J. (2005). Fenomén ženství. *Revue Psychoanalytická Psychoterapie: Femininita*, *7*(2), 4–14.

Šulová, L. (2004). *Raný psychický vývoj dítěte*. Karolinum.

ÚZIS (Ústav zdravotních informací a statistiky ČR) (2021a): Poruchy příjmu potravy – statistické výstupy. https://www.uzis.cz/index.php?pg=vystupy--tematicke-rady&id=762

ÚZIS (Ústav zdravotních informací a statistiky ČR) (2021b): MKN-10 klasifikace: F50-F59 - Syndromy poruch chování, spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory. https://mkn10.uzis.cz/prohlizec/F50.0

Williams, S., & Reid, M. (2012) 'It's like there are two people in my head': A phenomenological exploration of anorexia nervosa and its relationship to the self. *Psychology & Health, 27*(7), 798-815.

Winnicott, D. W. (1998). *Lidská přirozenost*. Psychoanalytické nakladatelství.

Winnicott, D. W. (2006). *The Family and Individual Development*. Routledge Classics.

Winnicott, D. W. (2018). *Hraní a realita*. Portál.

Winston, A. P. (2005). Projection, Introjection and Identity in Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychotherapy. 21*(3), 389–399.

Winston, A. P. (2009). Anorexia Nervosa and the Psychotherapy of Absence. *British Journal of Psychotherapy. 25*(1), 77–90.

Příloha A – Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informovaný souhlas s účastí ve výzkumu a se zpracováním osobních údajů

Informace o výzkumu:

Výzkum probíhá pro účely zpracování magisterské diplomové práce *Identifikace s matkou u pacientek s mentální anorexií* vedené na filozofické fakultě Univerzity Karlovy v Praze v oboru psychologie.

Práce si klade za cíl prozkoumat hlubší pozadí rozvoje mentální anorexie (MA). Vzhledem k současnému předpokladu, že se jedná o onemocnění s multifaktoriální příčinností se diplomantka zaměří na jednu dílčí oblast, a sice psychoanalytický pohled na tuto nemoc. V teoretické části představí různé předpoklady a pohledy na onemocnění z psychoanalytické perspektivy a jejich vývoj v čase, doplněné o novější studie, zabývající se procesem identifikace s matkou, který se s ohledem na výraznou disproporci mezi počtem mužských a ženských pacientů s MA jeví jako jeden z klíčových faktorů.
Ambicí diplomové práce tedy není vytváření a dokazování hypotéz, ale podrobnější analýza vývojových souvislostí a podmínek rozvoje mentální anorexie v rámci vlastního individuačně-separačního procesu pacientky a její identifikace s mateřskou osobou.
Kvalitativní charakter diplomové práce bude v rámci praktické části realizován formou případových studií pacientek s mentální anorexií, na jejichž situaci budou detailněji rozebrány situační okolnosti v raném dětství, vývoj vztahu s matkou a jeho možná role v rámci rozvoje onemocnění.

Vaše spolupráce na projektu je dobrovolná. Účast na projektu spočívá v nahrávaném rozhovoru, který potrvá zhruba 1,5-2,5 hodiny. Vaše identita zůstane v plné anonymitě a Vaše odpovědi jsou důvěrné, určené pouze pro potřeby tohoto výzkumného projektu. Vaše názory mohou být v projektu použity dle Vaší individuální pozice, ale žádná individuální jména nebudou v projektu zmíněna. Rozhovor bude nahráván na digitální diktafon. Nahrávka a poznámky z rozhovoru budou uloženy u řešitelky projektu a do jednoho roka od ukončení projektu budou zničeny. Na kteroukoliv otázku můžete odmítnout odpovědět a kdykoliv v průběhu rozhovoru můžete interview ukončit. Ukončení rozhovoru a vystoupení z projektu pro Vás nebude mít žádné negativní důsledky. Vaše účast na projektu pro Vás nenese žádná rizika.

V případě dotazů týkajících se tohoto projektu se můžete obrátit na jeho hlavní řešitelku, Bc. Janu Choroušovou (725 566 108 nebo jana.chorousova@gmail.com)

Informace o účastníkovi výzkumu:

Jméno:

Pro účely výzkumu nejsou důležité osobní údaje respondentů (jako je například jméno, datum narození, bydliště či organizace, ve které jsou zaměstnány). Rozhovor, který s Vámi bude zaznamenán, bude ihned po jeho pořízení anonymizován. Všechny veřejně přístupné výstupy z výzkumu a jeho analýzy budou citovány anonymně a bude s nimi nakládáno bez vazby na Vaši osobu.

Prohlášení

Já níže podepsaný/-á potvrzuji, že

a) jsem se seznámil/-a s informacemi o cílech a průběhu výše popsaného výzkumu (dále též jen „výzkum“);

b) dobrovolně souhlasím s účastí své osoby v tomto výzkumu;

c) rozumím tomu, že se mohu kdykoli rozhodnout ve své účasti na výzkumu nepokračovat;

d) jsem srozuměn s tím, že jakékoliv užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu nezakládá můj nárok na jakoukoliv odměnu či náhradu, tzn. že veškerá oprávnění k užití a zveřejnění dat a výstupů vzešlých z výzkumu poskytuji bezúplatně.

Zároveň prohlašuji, že

a) souhlasím se zveřejněním anonymizovaných dat a výstupů vzešlých z výzkumu a s jejich dalším využitím;

b) souhlasím se zpracováním a uchováním osobních a citlivých údajů v rozsahu v tomto informovaném souhlasu uvedených ze strany Univerzity Karlovy, Filozofické fakulty, IČ: 00216208, se sídlem: nám. Jana Palacha 2, 116 38 Praha 1, a to pro účely zpracování dat vzešlých z výzkumu, pro účely případného kontaktování z důvodu zpracování dat vzešlých z výzkumu či z důvodu nabídky účasti na obdobných akcích a pro účely evidence a archivace; a s tím, že tyto osobní údaje mohou být poskytnuty subjektům oprávněným k výkonu kontroly projektu, v jehož rámci výzkum realizován;

c) jsem seznámen/-a se svými právy týkajícími se přístupu k informacím a jejich ochraně podle § 12 a § 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů, tedy že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o informaci o zpracování mých osobních a citlivých údajů a jsem oprávněn/-a ji dostat a že mohu požádat Univerzitu Karlovu v Praze o opravu nepřesných osobních údajů, doplnění osobních údajů, jejich blokaci a likvidaci.

Výše uvedená svolení a souhlasy poskytuji dobrovolně na dobu neurčitou až do odvolání a zavazuji se je neodvolat bez závažného důvodu spočívajícího v podstatné změně okolností.
Vše výše uvedené se řídí zákony České republiky, s výjimkou tzv. kolizních norem, a bude v souladu s nimi vykládáno, přičemž případné spory budou řešeny příslušnými soudy v České republice.

Potvrzuji, že jsem převzal/a podepsaný stejnopis tohoto informovaného souhlasu.

Dne:

Podpis: