

Univerzita Karlova v Praze

Fakulta humanitních studií

Bakalářská práce

**NUTRIČNÍ PORADENSTVÍ JAKO SOUČÁST LÉČBY
PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

Tereza Fechtnerová

Praha 2017

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Eva Richterová

Prohlášení:

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 5. 5. 2017

.....
Podpis

Poděkování:

Velice ráda bych poděkovala Mgr. Evě Richterové za odborné vedení bakalářské práce, poskytnutí cenných rad a připomínek, trpělivý přístup a ochotu a čas, který mi věnovala při konzultacích. Děkuji také všem participantům, kteří se zúčastnili výzkumu a poskytli mi řadu důležitých informací.

ANOTACE

Tato bakalářská práce se zabývá nutričním poradenstvím jako součástí léčby poruch příjmu potravy. První kapitola teoretické části předkládá ucelený přehled o poruchách příjmu potravy, konkrétně mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenním přejídání. Druhá kapitola představuje nutriční poradenství v souvislosti s poruchami příjmu potravy. Hlavním cílem práce bylo prostřednictvím kvalitativního výzkumného šetření zjistit, jaké aspekty považují nutriční terapeuti v rámci léčby poruch příjmu potravy za významné a jak vnímají důležitost spolupráce odborníků, kteří se léčbě také věnují.

ANNOTATION

This bachelor thesis is focused on the nutrition counseling as a part of eating disorder treatment. The goal of the first chapter in the theoretical part is to provide a comprehensive overview of eating disorders, specifically anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder. The second chapter describes nutrition counseling in context with eating disorders. The main aim of this thesis is to find out through a qualitative research which aspects nutrition counselors consider important in the treatment of eating disorders and how they perceive the importance of collaboration among professionals who also treat an eating disorders.

KLÍČOVÁ SLOVA

Nutriční poradenství, poruchy příjmu potravy, nutriční terapeut, pacient, terapie, průběh léčby

KEYWORDS

Nutrition counseling, eating disorders, nutrition counselor, patient, therapy, course of treatment

SEZNAM POUŽITÝCH ZKRATEK

PPP	Poruchy příjmu potravy
MA	Mentální anorexie
MB	Mentální bulimie
DSM	Diagnostický a statistický manuál mentálních poruch
MKN	Mezinárodní klasifikace nemocí
BMI	Index tělesné hmotnosti
KBT	Kognitivně behaviorální terapie
IPT	Interpersonální terapie

Obsah

ÚVOD	7
1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY	9
1.1 PPP jako multifaktoriální onemocnění	10
1.2 Mentální anorexie	12
1.3 Mentální bulimie	13
1.4 Psychogenní přejídání	15
1.5 Léčba	16
1.6 Terapeutické přístupy	20
2 NUTRIČNÍ PORADENSTVÍ	24
2.1 Role nutričního poradenství v systému léčby PPP	24
2.2 Cíle nutričního poradenství	25
2.3 Nutriční terapeut	27
2.3.1. <i>Osobnost nutričního terapeuta</i>	28
2.4 Vztah nutričního terapeuta a pacienta	28
2.4.1. <i>Vztah založený na spolupráci</i>	30
2.4.2. <i>Stanovování očekávání a cílů</i>	32
2.5 Ukončení léčby nutričního poradenství	34
2.6 Nutriční poradenství při léčbě jednotlivých PPP	34
2.6.1. <i>Nutriční poradenství při léčbě mentální anorexie</i>	34
2.6.2. <i>Nutriční poradenství při léčbě mentální bulimie</i>	36
2.6.3. <i>Nutriční poradenství při léčbě psychogenního přejídání</i>	38
3 EMPIRICKÁ ČÁST	39
3.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky	39
3.2 Výzkumná strategie	40
3.3 Navrhovaná technika sběru dat	40
3.4 Výběr vzorku a prostředí výzkumu	41
3.5 Analýza dat	43
DISKUZE	52
ZÁVĚR	55
SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY	56
PŘÍLOHY	59

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy patří v dnešní době k velmi závažným onemocněním. Ačkoli se ideál ženské krásy, což ve skutečnosti znamená nezdravě vyhublé a kostnaté tělo, které nám podsouvá především západní společnost, v posledních několika letech dostává do pozadí a nahrazuje ho tělo zdravé a pevné, stále se objevuje velký počet především dívek a žen, které poruchami příjmu potravy onemocní. Vzhledem k různorodému původu tohoto onemocnění je zapotřebí léčba, která pokrývá několik specifických oborů, z nichž jedním je nutriční poradenství.

Nutriční poradenství je dnes velmi žádanou oblastí. Zabývá se životním stylem člověka a soustředí se na konkrétní problémy týkající se výživy. Pro upřesnění ale musím podotknout, že právě z důvodu, že je nutriční poradenství tolik žádané, existuje na trhu už mnoho možností, jak se nutričnímu poradenství pod záštitou názvu profese nutriční terapeut věnovat. Skutečný nutriční terapeut je nelékařskou zdravotnickou profesí. Znamená to, že člověk vystudoval vysokoškolskou nebo vyšší odbornou specializaci ve zdravotnictví v oboru Nutriční terapeut a stává se z něj registrovaný nutriční terapeut, který má vzdělání v klinické výživě a pacientovi dokáže poskytnout informace, které jsou v souladu s těmito získanými poznatky. Vedle nutričních terapeutů jsou v oblasti výživy ale velmi populární výživoví poradci. Většinou se jedná o komerčně orientované profese lidí, kteří absolvovali jen krátkodobé kurzy ve výživě, na základě kterých se snaží pomoci a radit častokrát i nemocným lidem. Legislativa České republiky tuto skutečnost ale bohužel nijak nešetřuje a neodbornost výživových poradců tak zasahuje i do sfér působnosti specializovaných nutričních terapeutů, kteří jsou k léčbě poruch příjmu potravy kompetentní. V této bakalářské práci proto pracuji pouze s předpokladem nutričního poradenství jako odborné a specifické oblasti.

Tématem této bakalářské práce je nutriční poradenství jako součást léčby poruch příjmu potravy. Cílem navrhovaného výzkumu je zjistit, jaké aspekty považují nutriční terapeuti v léčbě poruch příjmu potravy za významné a jak vnímají důležitost spolupráce odborníků, kteří se léčbě také věnují. Poznatky, ke kterým prostřednictvím kvalitativní výzkumné metody dojdou, porovnam s doloženými informacemi a výzkumy uvedenými v teoretické části. Zjistím tím, zda postoj nutričních terapeutů k léčbě, ke svým pacientům a spolupráci s jinými specialisty odpovídá tomu, co je uvedeno v odborné literatuře.

Pro seznámení s problematikou věnuji první kapitolu teoretické části představení poruch příjmu potravy. Uvedu základní informace k tomuto onemocnění a poměrnou část věnuji také

léčbě. V kapitole druhé se soustředím na popis nutričního poradenství v praxi a na to, jak by měla terapie probíhat pod zkušeným a znalým nutričním terapeutem. Pro obě rozsáhlé kapitoly využívám jako podkladu české i zahraniční autory odborné literatury a konkrétních výzkumů.

V praktické části se snažím prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů získat informace, které mi pomohou najít odpovědi k výzkumným otázkám. Výzkumný vzorek zahrnuje skupinu nutričních terapeutů, kteří poruchy příjmu potravy léčí nebo léčili. Pozornost věnuji zejména výpovědím o vztahu nutričního terapeuta a pacienta a celkovému přístupu k léčbě.

Stěžejním důvodem výběru tohoto tématu je především osobní zkušenost s poruchou příjmu potravy a podstoupení nejedné nutriční terapie. Vzhledem k těmto zkušenostem tak budu sama moci porovnat, zda je postup nutričních terapeutů správný, případně zda a jak se změnil.

1 PORUCHY PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) představují psychická onemocnění, na jejichž vzniku a rozvoji se podílí celá řada různorodých faktorů. „*Poruchy příjmu potravy jsou považovány za kontinuum patologického jídelního chování od nejzávažnější jednotky anorexia nervosa (AN) a bulimia nervosa (BN) po psychogenní přejídání, noční přejídání a s nimi spojenou obezitu. Jedná se o multifaktoriálně podmíněné onemocnění, které je nutno posuzovat i léčit v širším bio-psycho-sociálním kontextu*“ (Papežová, 2010, s. 126). Také dle Papežové (2010) lze diagnózu PPP určit poměrně jednoduše u pacientů, kteří spolupracují a mají osobní zájem se vyléčit. Pro všechny odborníky, kteří se léčbě PPP věnují, je největším problémem odhalení celé problematiky a přiznání nemocných, kteří tento vnitřní boj velmi často zatajují nebo minimálně popírají některé z hlavních symptomů. Nejčastější příčinou odmítání odpovídající pomoci bývá stud a strach ze stigmatizace kvůli časté léčbě na psychiatrických jednotkách (Papežová, 2003).

PPP mají navenek zdánlivě odlišný charakter, ale ve skutečnosti jsou si velmi podobné. Dle DMS-IV (Diagnostický a statistický manuál pro klasifikaci a statistiku mentálních poruch, čtvrtá revize) Americké psychiatrické asociace jsou diagnostická kritéria pro mentální anorexii (dále jen MA), mentální bulimii (dále jen MB), psychogenní přejídání a poruchy příjmu potravy jinak nespecifikované založená na psychologických, behaviorálních a fyziologických vlastnostech se stejnými hlavními příznaky: připisování příliš velkého významu tělesnému vzhledu a hmotnosti a závažné poruchy ve stravování (Herrin, Larkin, 2013).

Bývá velmi časté, že se jednotlivé poruchy (nejčastěji MA a MB) mezi sebou střídají a smíšené projevy pak násobí zdravotní komplikace. Dle výzkumu Mezinárodní asociace pro poruchy příjmu potravy „*se jedna třetina mladých anorektiček začne časem přejídat a více než polovina bulimiček uvádí období anorexie v minulosti*“ (Krch, 2008, s. 12). Totéž uvádí Cooper (1995), totiž až 50 % pacientů s MA přechází v průběhu nemoci do MB a zároveň u stejného procenta s MB byly zaznamenány projevy MA.

Poruchou jídelního chování trpí v České republice častěji dívky než chlapci, přičemž MB postihuje zhruba každou dvacátou dívku (tj. 4-6 %) a anorexií onemocní zhruba 1 % dívek (Krch & Marádová, 2003). Nejrizikovějším obdobím pro rozvoj některé z PPP je období adolescence; anorexií jsou ohrožené dívky ve věku 13-20 let, zatímco bulimií v rozmezí 16-

25 let (Benešová & Mičová, 2003). Krch (2005) uvádí, že šance na vyléčení je u MA zhruba 50 %, u MB 60 %, ale u okolo 20 % nemocných dívek porucha přechází do chronicity.

PPP patří mezi psychogenní onemocnění, na jejichž počátku dle Krcha (2005) stojí redukční dieta u dívek s normální tělesnou hmotností a právě toto jídelní omezení výrazně zvyšuje riziko rozvoje MA nebo MB. „*Studie prokázaly, že PPP se později rozvine u téměř 30 % patologických dietářek*“ (Krch, 2005, s. 73).

Stěžejní rozdíl mezi jednotlivými PPP je ve způsobu zacházení s potravou a v podobě stravování. Zatímco pacienti s MA v počátečních stádiích vývoje nemoci potravu přijímat nechtějí, ačkoli si uvědomují, že to organismus vyžaduje a později jim nesprávné fungování zažívacího traktu přijímat potravu ani nedovolí, pacienti s MB se stravují velmi nesystematicky a dokáží zkonsumovat obrovské množství potravy, po kterém následuje typické kompenzační chování.

Sládková (2005) poukazuje také na odlišnost těchto onemocnění, kterou lze nalézt na úrovni emocionálního prožívání. Pacienti s MA se jeví jako méně schopní vyjadřovat jakékoli emocionální prožitky a stávají se spíše introvertní. Svůj vztah ke stravování a jídlu obvykle udržují na rovině strachu. Zároveň jim ale MA přináší pozitivní emoce ve smyslu radosti ze zhubnutí a hrdosti na svou vůli. MB naopak způsobuje silné pocity studu, osamělosti, zoufalství i nenávisti k sobě, protože u MB je konzumace potravy spojována se silným zdrojem intenzivních emocí.

Dle Nešpora (2007) lze PPP dát do souvislosti s jinými návykovými problémy: „*Z hlediska návykových nemocí jsou zvláště zajímavé ty části definic, které se týkají kritérií pro MB a mají blízko například k bažení (craving). Také „neustálé zabývání se...“ a „neodolatelná touha...“ připomínají známé znaky závislosti*“ (Nešpor, 2007, s. 2). Pacienti s PPP mají podobné reakce jako závislí lidé na alkoholu nebo na drogách – svůj problém buď bagatelizují, nebo se vyhýbají jeho řešení a vyhledávají společnost lidí se stejnými problémy. Je proto podstatné upozornit pacienty s PPP na zvýšené riziko rozvoje jiných forem návykového chování a vzniku závislostí jako je alkoholismus či narkomanie.

1.1 PPP jako multifaktoriální onemocnění

Protože PPP jsou duševního charakteru, nelze příčinu jejich vzniku zcela a jednoznačně určit. Vznik a rozvoj některé z PPP podmiňuje součinnost několika faktorů a těmito faktory bývá nemoc také udržována. Dle Krcha (2005, s. 57) se dnes odborníci shodují, „*že kromě*

redukčních diet neexistuje žádný specifický etiologický faktor nebo jednoznačná příčinná událost, která by se vyskytovala u většiny nemocných a vysvětlovala jejich obtíže. Téměř vždy jde o konstelaci vlivu různých sociokulturních a rodinných faktorů, nepříznivých životních událostí, osobnostních rysů, vývojových a biologických faktorů. Většina autorů dnes hovoří o biopsychosociální podmíněnosti PPP (...) S ohledem na nejvýznamnější aspekty problému (somatické obtíže, jídelní chování, kognitivní poruchy, interpersonální nebo rodinné problémy) a rizikové faktory je pak třeba koncipovat terapeutický plán.“

Sociokulturní faktory

Vliv médií je na vznik a rozvoj PPP skutečně ohromný. Dívčím je západní kulturou pod tlakem podsouván „ideální“ obraz ženského těla, který ve srovnání se skutečným obrazem vyústí ve skutečnost, že jsou ženy se svým tělem nespokojené (Krch, 2005). V komerčních reklamách vidíme většinou jen štíhlost (až vyhublost), která je ve spojitosti s úspěšností, mládím a nezávislostí propagována jako dokonalost, přičemž jakákoli odchylka od tohoto ideálu je pak hodnocena jako selhání a neschopnost (Sladká-Ševčíková, 2003). Naproti tomu lidé s nadváhou jsou společností vnímáni jako líní a oškliví (Krch, 2005). Za zmínku stojí také různé především dámské časopisy, které doporučují „nejnovější diety“ a rady, jak zhubnout a stát se krásnějším: „*Po celou dobu své praxe jsem neviděla žádnou redukční dietu v časopise pro muže, například v Modelářství, Rybářství či nějakém motoristickém deníku*“ (Navrátilová, 2007).

Biologické faktory

Krch (2005) uvádí, že nejvýznamnější biologickým faktorem pro rozvoj některé z PPP je ženské pohlaví. Dle výzkumů je většina žen nespokojena se svými tělesnými proporcemi a snaží se přiblížit ženskému ideálu krásy, který je silně ovlivněný společenským měřítkem, v němž je větším středem pozornosti tělo ženské než mužské. Ačkoli se dnes trend vyhublých modelek už dostává do pozadí, stále je společensky uznáváno u žen štíhlé tělo (Navrátilová, 2007). Nicméně už z biologické a reprodukční podstaty mají ženy větší tendenci k ukládání tukových zásob, k čemuž dochází především v období dospívání, které představuje další kritický faktor pro vznik a rozvoj některé z PPP. Dívky jsou v tomto období citlivější, sociálně vnímavější, uvědomují si rozdíly mezi sebou a jinými vrstevnicemi a začínají se s nimi srovnávat. Bylo prokázáno, že už dvanáctileté dívky se začínají zabývat svou tělesnou hmotností a celkovým vzhledem (Krch, 2010). Je-li tato pozornost nepřiměřená, může vést

k nadměrné sebekritice, ztrátě sebevědomí, pocitům úzkosti a v neposlední řadě k restrikcí stravy, jež může vyústit v PPP.

Psychologické a emocionální faktory

Copper (1995) jako psychologický faktor pro rozvoj PPP jmenuje důležitou událost v životě jedince, přičemž pro nemocného pak jeho porucha představuje únik před danou situací nebo vyrovnání se s ní. Souvislost mezi životní událostí a vznikem PPP vnímají dle Krcha (2008) až dvě třetiny dívek s MA či MB. Nejvýznamnějšími událostmi jsou: důležitá životní změna (např. těhotenství), úmrtí blízké osoby, osobní nezdár a syndrom vyhoření, nemoc, narušené vztahy v rodině, sexuální zneužití a přepadení, narážky na tělesný vzhled, nepřijetí v kolektivu a problémy s vrstevníky (Krch, 2005). Krch (2008, s. 78) ale také dodává, že *„relativita a objektivita těchto spouštěčů je sporná, protože jde pouze o subjektivní názor nemocného pacienta nebo jeho rodiny“*.

Události, které mají vliv na stabilitu rodinného systému, jsou často silným spouštěčem pro vznik některé z PPP (Sladká-Ševčíková, 2003). Podle této autorky může být rizikovým faktorem v rámci rodiny nadměrně ctižádostivá nebo starostlivá a úzkostlivá povaha matky, na které může být nemocný závislý, či dominantní otec s emočním odstupem; dále autoritativní výchovný styl rodičů nebo naopak nedostatečná péče o dítě a žádný projev empatie. Novák (2010) ještě zmiňuje nedostatečnou komunikaci mezi důležitými členy rodiny a malou otevřenost v diskuzích, ale také například fyzické týrání či sexuální zneužívání. Zároveň jakákoli závislost nebo samotný výskyt PPP v rodině je ohrožujícím činitelem: *„Už samotný výskyt anorexie nebo bulimie je v rodinném kontextu nejbližších příbuzných ženského pohlaví považován za významný rizikový faktor“* (Krch, 2008). Papežová (2010) uvádí, že v rodinách, kde určitou poruchou stravování trpěla matka, se PPP vyskytují až pětkrát častěji než v jiných rodinách.

Z emocionálního hlediska jedinec s jakoukoli PPP trpí ve své podstatě nízkým sebevědomím, bývá introvertní, úzkostlivý a častým doprovodem jeho nemoci jsou deprese (Leibold, 1995). Tyto depresivní stavy, vyvolané stálou obavou o tělesnou hmotnost a vzhled, se v průběhu onemocnění stále více prohlubují a mohou vyústit až v depresivní poruchu (Krch, 2005).

1.2 Mentální anorexie

Pro mentální anorexii je typické úmyslné snižování tělesné hmotnosti omezením příjmu potravy, které vede k poškození a vyčerpání organismu v důsledku malnutrice neboli

podvyživení (Papežová, 2010). Tyto případy vyžadují dlouhodobější hospitalizaci a spolupráci odborníků, kteří se na léčbu PPP zaměřují. Nechutenství a oslabení chuti k jídlu je většinou až sekundárním projevem dlouhodobého hladovění a nemusí se projevit u všech pacientů (Krch, 2010). Naopak u některých nemocných je striktně omezené stravování spojeno se zvýšeným zájmem o jídlo, ale z jiného úhlu pohledu – rádi vaří pro druhé (i nedietní a kaloricky náročné pokrmy), sbírají recepty, vyhledávají místa spjatá s jídlom atd. Pacienti s MA nejedí proto, že by neměli chuť, ale jednoduše nechtějí anebo už se nachází ve vážné fázi onemocnění, kdy tělo potravu běžným způsobem nedokáže přijmout (Papežová, 2010).

Krch (2008, s. 21) uvádí hlavní diagnostická kritéria MA (F50.0) podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10):

- aktivní udržování abnormálně nízké tělesné hmotnosti (pod patnáct procent normální tělesné váhy, což u starších dívek odpovídá váze nižší než 17,5 BMI¹);
- strach z tloušťky trvající i přes velmi nízkou tělesnou hmotnost;
- amenorea u žen (porucha menstruačního cyklu v případě, že nejsou podávány hormonální přípravky);
- opožděné projevy puberty nebo jejich úplné zastavení (zastavuje se růst, dívkám se nevyvíjejí prsa a dochází u nich k primární amenoree).

Strach z tloušťky a možného přibírání na tělesné hmotnosti pacienti s MA velmi často zaměňují za snahu jíst zdravě (Krch, 2010). Tato snaha se postupem času dostává do extrému, který vede ke zdravotním komplikacím a velkým váhovým úbytkům přinášejícím ale vnitřní uspokojení. I když si pacient svůj problém někdy uvědomuje, většinou stále věří, že by ho vyřešil sám, bylo-li by to zapotřebí. Bohužel se často stává, že k uvědomění si závažnosti problému dochází až na hranici života a smrti. Bývá totiž obvyklé, že někteří pacienti s MA se sice chtějí vyléčit, ale pod podmínkou minimálního váhového přírůstku (Leibold, 1995). Myšlenka, že by mohli přibrat, je pro ně horší než představa, že by mohli zemřít.

1.3 Mentální bulimie

Mentální bulimie zahrnuje koloběh záchvatů přejídání a následného vyvrhnutí potravy. Pacient se v důsledku nezvladatelné chuti k jídlu nekontrolovatelně přejí a poté se výčítkám

¹ Body Mass Index (index tělesné hmotnosti) vyjadřuje vztah mezi výškou a tělesnou hmotností. Součástí přílohy je graf, který na základě výpočtu (poměr hmotnosti a výšky v m²) signalizuje stav podváhy, normální hmotnosti, nadváhy a obezity.

svědomí snaží čelit. Nejčastější metodou, jak se zbavit přijaté potravy, je vyvolané zvracení, běžné je ale také požití přípravků na snížení tělesných tekutin (diuretik a laxativ).

Dle MKN-10 je k určení diagnózy MB (F50.2) třeba přítomnosti následujících tří znaků (Krch, 2005, s. 19):

- opakující se epizody přejídání. Podle některých autorů (Fairburn, Beglin, 1990) je subjektivní pocit neovladatelné ztráty kontroly nad jídlem důležitějším příznakem přejídání než zkonsumované množství. Opakované a navyklé zvracení většinou vede ke konzumaci stále většího množství potravy;
- nepřiměřená nebo nadměrná kontrola tělesné hmotnosti (zahrnuje vyvolané zvracení, zneužívání projímadel a léků na odvodnění, opakující se hladovění a nadměrnou tělesnou aktivitu);
- nadměrný zájem o tělesný vzhled a tělesnou hmotnost.

Zatímco u anorektických vyhublých pacientů bývají projevy nemoci na první pohled zřejmé, pacienti s MB takto zřetelné příznaky nemají. Jejich tělesná hmotnost bývá ve většině případů v normě nebo mají lehkou nadváhu, a proto se jeví jako zdravě vypadající lidé. Problémem je ale zdevastované prostředí trávicího traktu, poruchy metabolismu a vyčerpávající koloběh úmorných myšlenek na jídlo (Papežová, 2003).

Dojde-li k záchvatu přejedení, většinou pacienti sahají po energeticky a zejména kaloricky hodnotných potravinách, které ve svém stávajícím dietním režimu nemají. Z nutričního hlediska jde o zcela přirozenou reakci organismu na stav podvýživy, kdy je tělo nuceno co nejrychleji doplnit energii (Fořt, 2007). Pro tyto účely se jako nejvhodnější zdroj rychlého doplnění energie jeví jednoduché sacharidy (zejména sladkosti, potraviny z bílé mouky, průmyslově vyráběné potraviny). Z podrážděného bulimika se v okamžiku přejídání stává rázem spokojený člověk, plný radosti a zejména uspokojení. Horší je, co přichází po zbavení se zkonsumovaného jídla, totiž silné výčitky svědomí, pocity viny, zoufalství a znechucení ze sebe samého, že člověk opět nedokázal tomuto selhání zabránit.

Život pacientů s MB (stejně tak s MA) je zcela ovládaný nutkavými myšlenkami na jídlo, egocentrickým zaměřením na sebe sama ve vztahu k vlastnímu vzhledu a obrovským strachem o tělesnou hmotnost (Krch, 2005). Tyto projevy jsou obvykle doprovázeny tendencí k depresím a úzkosti a častému kolísání nálad. Vedle zdravotních komplikací proto PPP

zasahují i do osobních vztahů a pracovní roviny a je zapotřebí komplexní léčby několika odborníků.

1.4 Psychogenní přejídání

Pacienti s psychogenním přejídáním (F50.4; uváděno také jako záchvatovité přejídání) se příznaky velmi podobají pacientům s MB, nicméně u nich nebylo zaznamenáno nutkání potravu vyzvrátit. Zatímco MA a MB je typická spíše pro ženskou populaci, psychogenní přejídání lze zaznamenat stále více i u mužů (Fořt, 2007). Častou příčinou bývá nepravidelné a nevyvážené stravování, které může, ale nemusí být způsobeno různými dietami a hladověním. Psychogenním přejídáním se myslí konzumace obrovského množství potravy bez pocitu hladu a schopnosti přestat, dokud dotyčný není zcela přejedený a nepříjemně plný. Toto onemocnění se neváže na žádné pocity ve spojitosti s jídlem, protože pacienti z něho nemají zvláštní potěšení, jako například bulimici, ale odráží se od stresových událostí (např. úmrtí blízké osoby), přičemž *„samotná konzumace je provázena subjektivním pocitem ztráty sebekontroly“* (Cooper, 1995, s. 20). V důsledku častého a nekontrolovatelného přejídání nemocní přibírají na váze, což bývá doprovázeno úzkostlivými stavy, nespokojenosti se sebou, pocity hanby a provinilosti.

Přestože psychogenní přejídání není spojeno s jiným kompenzačním návykem, bývá zpravidla propojeno s nezdravou sebekontrolou a nevhodnými jídelními návyky. *„Kromě zvýšené tělesné hmotnosti bývá s psychogenním přejídáním velmi často spojena rozličná psychiatrická komorbidita (deprese, závislost na alkoholu a jiných návykových látkách, emocionální problémy, panická porucha)“* (Krch, 2005, s. 22).

Vedle nadváhy nebo obezity s sebou psychogenní přejídání přináší i jiné negativní vlivy na zdravotní stav člověka. Velmi často je u něj diagnostikována zvýšená hladina cholesterolu a s tím spojené problémy s cévami nebo krevním tlakem, dále se u něj může rozvinout porucha metabolismu nebo cukrovka a v případě silné obezity komplikace s pohyblivostí v důsledku zatížení kloubního aparátu (Navrátilová, 2007). V neposlední řadě se pak tato porucha může velmi snadno rozvinout v MA nebo MB.

Dle Krcha (2005, s. 22) jsou epizody přejídání spojeny alespoň se třemi s následujícími charakteristikami:

- opakované epizody přejídání, ve kterých jí člověk mnohem rychleji, než je obvyklé;
- jí, dokud se necítí nepříjemně plný;

- jí, aniž by pociťoval hlad;
- jí o samotě, protože se stydí, že jí tak mnoho;
- po přejedení je sám sebou znechucen, deprimován nebo se cítí velmi provinile;
- v souvislosti se záchvaty přejídání se objevuje pocit úzkosti;
- psychogenní přejídání není spojeno s pravidelným kompenzačním chováním.

1.5 Léčba

Krch (2010) uvádí, že PPP jsou vzhledem ke svému komplexnímu charakteru, závislosti na sociokulturních faktorech a úzké hranici mezi normou a patologií postaveny na rozhraní oborů obecného lékařství, psychiatrie, psychologie, nutričního poradenství a sociologie. Aby byla léčba úspěšná, měla by pokrývat všechny tyto roviny. „*Měla by se týkat tělesného zdraví a vnitřního prostředí organismu, psychiky nemocného i rodiny, z níž pochází. Měla by také brát v úvahu širší sociální kontext a vlivy, jimž jsou dospívající dívky vystavovány*“ (Nešpor, 2007, s. 43). Léčba tak vyžaduje úzkou spolupráci několika odborníků. Nutriční terapeut se společně s lékařem zabývá záležitostmi spojenými s tělesnou hmotností pacienta; psychiatr s lékařem určují léčbu medikamenty; nutriční terapeut s rodinou spolupracují na plánování nového režimu stravování a psychoterapeut s členy rodiny řeší rodinné situace, které mohly mít na rozvoj PPP a její udržování vliv (Herrin & Larkin, 2013).

PPP mají svůj stěžejní základ v psychice nemocného, proto se s léčbou musí pomalu a velmi opatrně. Je velmi málo pravděpodobné, že by se nemocný dokázal vyléčit zcela sám, protože většinou jeho zdecimovaná osobnost potřebuje podporu od druhých (odborníků a rodiny). Léčba PPP je vždy dlouhodobá záležitost a vzhledem k příznakům velmi individuální. Někteří pacienti občas nabývají dojmu, že jsou vyléčení, ale dostanou-li se do stresové situace, pak stačí drobnost, aby byl spouštěcí faktor znovu zautomatizován, a opět se objevují špatné jídelní návyky. „*Ze statistik je známo, že polovina lidí trpících PPP se vyléčí zcela, zatímco druhá polovina se léčí celý život*“ (Krch, 2008, s. 34).

Zásadním ukazatelem pro léčbu PPP je motivace pacienta, jeho vůle se léčit a včasné vyhledání odborné pomoci (Papežová, 2010). Pacienti svůj problém ale často popírají a odbornou pomoc odmítají především ze strachu, že by jakákoli změna mohla vést k nárůstu tělesné hmotnosti.

Dle Papežové (2010) první kontakt s nemocnými mají nejčastěji praktičtí lékaři, pediatři nebo gynekologové. Hrají nezastupitelnou roli v diagnostice a motivaci pacienta k další léčbě,

protože právě oni jim mohou vysvětlit, jak léčebný proces probíhá, a odkázat je na adekvátní pracoviště. Většinou lékaři primární péče na základě znalosti o specifické povaze onemocnění předávají nemocného do odborné psychiatrické péče. Řeší se, zda se bude pacient léčit ambulantně nebo zda bude hospitalizovaný a domlouvají se další postupy, které se podle průběhu onemocnění upravují.

PPP představují onemocnění s velmi různorodým průběhem, délkou léčby a konečným vyústěním. Pokud se nemoc stane chronickou, přináší nemocnému dlouhodobé utrpení. Je spojena s postupným nárůstem vážných zdravotních komplikací, které mohou končit až smrtí, proto je vyžadována vysoce profesionální interdisciplinární spolupráce. Pečlivé posouzení aktuálního stavu i dlouhodobého individuálního průběhu (např. pracovní schopnosti) vytváří podmínky pro adekvátní zdravotní a další (např. sociální) intervence. *„Posouzení průběhu a včasnou intervencí velmi často ztěžují pacienti a jejich rodiny zatajováním důležitých informací a odmítáním z nedostatku motivace ke změně a ze strachu sociálního vyloučení. Neadekvátní intervence jako dlouhodobě neúčinná léčba s prohlubováním malnutrice, předčasná invalidizace bez hospitalizace na specializovaném pracovišti nebo dlouhodobé odmítání léčby zvyšují rizika chronického průběhu s opakovanými relapsy, zdravotní komplikace a sociální izolaci nemocných“* (Papežová, 2010, s. 397).

Vedle volby ambulantní péče nebo hospitalizace (pokud v ambulantní péči nedojde k zásadním změnám jako je přírůstek tělesné hmotnosti u anorektických pacientů a snížení frekvence záchvatů přejídání a zvracení u bulimických pacientů nebo pokud je pacient ohrožen na životě) je nutné vybrat vhodný typ psychoterapie. Správný výběr a koordinace léčby nejen mezi odborníky, ale i vzhledem k potřebám pacienta, má zásadní charakter. Postup léčby se pak liší podle znění přesné diagnózy s ohledem na tělesný a psychický stav pacienta a ochoty spolupracovat ze strany rodiny. Při výběru adekvátního postupu je třeba přihlédnout k fázi onemocnění a výsledkům předchozí léčby. *„Volba vhodné psychoterapie se řídí podle motivace pacienta a úrovně, na jaké je schopen pracovat z hlediska svého zdravotního stavu, a podle zralosti osobnosti a sociálního (rodinného) prostředí“* (Papežová, 2010, s. 290).

Hospitalizace

Hospitalizace (případně jen částečné hospitalizace) se využívá u nejvážnějších případů, kdy je nezbytná stabilizace zdravotního stavu pacienta, proto je-li pacient ve vážném ohrožení

životu, je realizovaná i proti jeho vůli. Krch (2005, s. 125) uvádí hlavní kritéria pro hospitalizaci pacienta:

- nezbytné obnovení tělesné hmotnosti u extrémně vyhublých pacientů;
- přerušení záchvatů přejídání, zvracení nebo užívání projímavých látek v případě, že se projevují vážnými somatickými komplikacemi, které představuje vážné zdravotní ohrožení;
- léčba některých komorbidních stavů, jako je těžká deprese, tendence sebepoškozování či zneužívání návykových látek;
- léčba jiných závažných onemocnění.

V případě, že ambulantní léčbu odmítá dítě, pak musí i přes jeho nesouhlas zasáhnout rodiče, kteří za něj i jeho léčbu zodpovídají.² Pokud byla ambulantní léčba neúspěšná (během dvou až tří měsíců nedošlo k zásadním změnám) nebo pacient nereagoval na dosavadní psychologickou léčbu, pak lze o hospitalizaci také uvažovat (Krch, 2005).

Délka hospitalizace závisí na zdravotním stavu pacienta, většinou trvá okolí tří měsíců. Není zaměřena jen na tělesnou stabilizaci, ale součástí komplexní léčby je i složka psychologická orientovaná na psychické problémy způsobené PPP, ve které se psycholog podílí na výběru adekvátní psychoterapie.

Částečná hospitalizace nebo denní stacionář bývají výhodnější pro většinu pacientů s PPP (Krch, 2005). Poskytují nejen dohled nad jídelním režimem, ale zároveň nabízejí i intenzivní terapii. Pacienti sem dochází, nejsou vytrženi ze svého přirozeného prostředí, takže se mohou cítit i méně stigmatizovaní než při úplné hospitalizaci. Je jim poskytnut nejen dohled nad jídelním režimem, ale také intenzivní terapie. Denní stacionáře tak představují ideální přechod mezi hospitalizací a ambulantní léčbou (Krch, 2005).

Ambulantní lékařská péče

Dle Garnera (Krch, 2005) je ambulantní péče vhodná pro nepoddajné pacienty s typickou chronicitou PPP. Tato lékařská péče má odlišný cíl od psychoterapie, protože se nezaměřuje na překonání dané PPP, ale snaží se pacienty „jen“ stabilizovat po psychické a tělesné stránce. Pacienti se obvykle dostavují na místo poskytnuté péče v týdenních intervalech a kromě

² <http://www.idealni.cz/clanek/hospitalizace-nemocnych-mentalni-anorexii-a-bulimii/>

tělesné hmotnosti je zde lékařem zkontrolován zdravotní stav a pacientům je poskytnuta konzultace.

Pro ambulantní léčbu jsou vhodní anorektičtí pacienti s hmotností pod 30 % ideální váhy pouze za předpokladu dostatečné motivace, spolupracující rodiny a krátkodobého trvání příznaků. Minimálně jednou za týden by měla probíhat kontrola hmotnosti a zdravotního stavu. Bulimičtí pacienti, neobjevují-li se u nich závažné zdravotní komplikace, sebevražedné sklony, současné užívání návykových látek nebo život ohrožující projevy, se léčí většinou ambulantně nebo v denních stacionářích (Papežová, 2010).

Ambulantní pacienti mohou podstupovat terapii individuálně nebo ve skupinách. Probíhá-li ve skupině, pak se pacienti mohou podporovat a motivovat, ale zároveň také vzájemně vyvolat nové tendence zaobírat se příznaky své PPP a zvýšit tak riziko možného relapsu (Krch, 2005).

Svépomoc a psychoedukace

Pacientům, jejichž PPP nepřešla ještě do chronicity a u nichž se projevují méně závažné příznaky PPP, může k zlepšení nebo úplnému uzdravení pomoci svépomoc a edukativní intervence (Krch, 2005). Garner (Krch, 2005) upozorňuje, že psychologická osvěta je efektivní zejména u pacientů s MB s mírnějšími symptomy.

Účinností psychoedukace a svépomoci při léčbě MB se zabývalo mnoho empirických studií. Bylo zjištěno, že léčba zaměřená na edukaci má sice výrazný vliv na chování některých pacientů, ale výsledky léčby už nejsou tak přesvědčivé jako například u kognitivně-behaviorální terapie (dále jen KBT). Olmsted et al. (1991) provedli výzkum na základě srovnání účinnosti edukativního materiálu, který předložili pacientům s PPP, s výsledky KBT. Zjistili, že pro jednu třetinu respondentů s méně zřetelnými příznaky PPP byla edukativní léčba a KBT stejně účinná (Krch, 2005).

Metodou léčby zaměřené na osvětu je distribuce různých edukativních materiálů, které jsou nejčastěji založené na kognitivně-behaviorálním přístupu a které obsahují většinou také složku nutričního poradenství. Informace o PPP poskytují různé svépomocné skupiny a občanská sdružení (v ČR nejznámější Občanské sdružení Anabell), ve kterých se setkávají lidé s podobnou problematikou, a jejich příběh může mít nemalý vliv na to, aby jiný zúčastněný vyhledal skutečnou odbornou pomoc. Nutno ale podotknout, že ačkoli je program svépomocné skupiny moderovaný zkušenými koordinátory, stále toto zařízení nenahrazuje

psychologickou a psychoterapeutickou léčbu, ale představuje jakýsi mezistupeň před vyhledáním odborné pomoci (Černá, 2005).

1.6 Terapeutické přístupy

Uhlíková (2010) uvádí, že mezi hlavní terapeutické přístupy k léčbě PPP patří kognitivně-behaviorální terapie, rodinná a individuální psychoterapie, nutriční poradenství a psychoedukace. *„Kvalitní terapie by měla být v rukou školených psychiatrů, psychologů a psychoterapeutů, kteří mají klinické zkušenosti i se závažnějšími formami onemocnění, dokáží adekvátně pacienty předat do jiné péče (ambulantní KBT, hospitalizaci či denního stacionáře s komplexním programem), nebo léčbu kombinovat (psychoterapie a psychofarmaka) při neúspěchu jedné terapeutické nebo psychoterapeutické formy“* (Papežová, Novotná, 2010, s. 397).

Na efektivitu skupinové a individuální terapie existují různé výzkumy. Dle výsledků studie z roku 2007 se pacienti po absolvování skupinové i individuální terapie cítili zhruba stejně dobře, došlo ke stejné změně nevhodného chování a obecně byli v lepším psychickém stavu. I když skupinová terapie přispívá k lepšímu začlenění do společnosti a individuální terapie má větší vliv na udržení změny v nevhodném chování, žádné významnější rozdíly nebyly zjištěny. Došlo se k závěru, že s ohledem na snižování psychických prvků a prvků nevhodného chování typického pro PPP byla skupinová i individuální terapie stejně úspěšná (Tasca & Bone, 2007).

Kognitivně behaviorální terapie

KBT představuje typ psychoterapeutické metody, která je úspěšná zejména u léčby MB a využívá se u individuálních terapií, kde by rodinná terapie nebyla zcela vhodná, tj. pro pacienty se středně těžkými až vážnými příznaky a dle věku (Krch, 2005). Zaměřuje se na konkrétní problémy a primárním cílem je potlačení faktorů, které udržují danou PPP, a přerušování nevhodných návyků, čímž pacient získává kontrolu nad svým chováním a učí se pracovat se svými pocity. Ačkoli se jedná o krátkodobější terapii (obvykle zahrnuje dvacet sezení během pěti měsíců), zlepšení bývá dlouhodobé, a to nejen proto, že vyžaduje maximálně aktivní a otevřenou spolupráci pacienta, ale přímo se také zaměřuje na psychologické aspekty, které se na danou PPP pojí (Papežová, 2010).

V KBT je důležité, aby byla terapie od počátku jasně strukturována a časově vymezena. Krch (2010) upozorňuje, že terapeut by měl zaujímat aktivní a otevřenou roli, ale bude-li si to

situace žádat, neměl by se bát být direktivní, zároveň stále spolupracující, aby pacienta nepřestal motivovat a vedl ho k aktivní účasti při hledání řešení problémů. Důležitými terapeutickými metodami v KBT je sebemonitorování (ve smyslu vedení si jídelních záznamů včetně pocitů, které se na to vážou), aktivní nácvik (např. zvládání možných krizových situací), konfrontace se situacemi, které v pacientovi vyvolávají stres a úzkost, a domácí cvičení. Cílem tohoto postupu je identifikovat chyby v myšlení pacienta a spolu s nimi změnit předpoklady, které u daného pacienta pomáhají PPP udržovat. V neposlední řadě se KBT zaměřuje na prevenci relapsu, přičemž pracuje s předpokladem, že u pacienta v průběhu terapie k recidivě může dojít, ale v rámci aktivního nácviku ho připravuje na její zvládnutí (Krch, 2005).

Interpersonální terapie

Interpersonální terapie (dále jen IPT) byla původně vytvořena jako krátkodobá léčba deprese, takže se na léčbu problémů se stravováním přímo nesoustředí. Léčebný postup IPT je dle Fairburna (1997) zpravidla třífázový (Krch, 2005, s. 129):

- nalezení a pojmenování interpersonálních problémů, které stály na počátku rozvoje PPP a danou nemoc udržují;
- uzavření terapeutické smlouvy, která se zakládá na spolupráci pacienta a terapeuta na řešení těchto interpersonálních problémů;
- zaměření na otázky spojené s ukončením terapie.

Efektivitě IPT byla věnována velká pozornost a vznikaly různé empirické výzkumy. Krch (2005) uvádí studii Fairburna et al. (1997), kteří se zaměřili na ústup symptomů onemocnění na konci léčby a zjistili, že ve srovnání s KBT se v tomto ohledu IPT jeví jako méně účinná. Postupem času a společně se zkvalitněním procesu IPT bylo ale u pacientů, kteří ji podstoupili, zaznamenáno zlepšení. Po necelém roce dalšího empirického sledování už byla účinnost IPT a KBT srovnatelná. Studie pacientů s MB také potvrdila efektivitu IPT (Wilfley et al., 1993). I v tomto výzkumu byla na konci léčby KBT stejně účinná jako IPT, šlo-li o redukci záchvatů přejídání (Krch, 2005).

Vzhledem ke stejné účinnosti IPT a KBT je diskutabilní, jaký přístup při volbě terapie upřednostnit. „*Terapeut, který má dobrý výcvik v IPT by určitě neměl být podporován v tom, aby se této formy léčby vzdal ve prospěch KBT. Kognitivně behaviorální terapie je však stále doporučována jako první léčba, protože bylo potvrzeno, že má rychlejší účinky na ústup*

příznaků PPP. O přechodu k IPT by se mělo uvažovat u pacientů s MB, kteří nereagovali dobře na počáteční průběh KBT a u kterých převládly interpersonální konflikty. IPT by se měla začleňovat také do dlouhodobější psychoterapie pacientů s MA a s přetrvávajícími příznaky“ (Krch, 2005, s. 129).

Rodinná terapie

Rodinná terapie představuje účinný způsob léčby u dětí a adolescentů, tj. jedinců, kteří žijí se svou rodinou. U dospělých pacientů, u kterých jsou znatelné rodinné problémy, by se měla stát součástí jejich individuální terapie. Ačkoli není rodinná terapie pokládána za základní způsob léčby, vyjasnění rodinných konfliktů může být pro pochopení některých problémů v rámci terapie klíčové (Krch, 2005). Leibold (1995) klade důraz na pozitivní atmosféru v rodině, která je pro pacienta velmi důležitá pro prevenci případné recidivy.

„Rodinní terapeuti jsou přesvědčeni, že poruchy příjmu potravy mohou odrážet určité dysfunkční role, spojenectví, konflikty nebo interakční vzorce v rodině“ (Minuchin et al., 1978, cit. podle Krch, 2005, s. 127). PPP zde nemusí být problémem pouze pacienta, ale do jisté míry i důležitých členů rodiny. Je žádoucí, aby byly nalezeny nefunkční prvky, které ovlivnily vznik a rozvoj pacientovy poruchy a nemoc stále udržují, proto by měl terapeut rodinu podporovat ve společném hledání problému, jeho pojmenování a řešení. Není-li problém nalezen, pak může dojít k tomu, že se jedinec nechce (nebo nemůže) od rodiny odpoutat a nemusí dojít k normálnímu vývoji od dítěte k dospělému a samostatnému jedinci, což s sebou přináší zejména sociální komplikace. PPP se nemocnému nabízí jako řešení jiné obtížné situace a všem zúčastněným umožňuje zaměřit se na tento problém a zároveň vyhnout se řešení hlavního zdroje problému (Krch, 2005).

Zároveň rodinná terapie nepomáhá pouze nemocnému jedinci, protože práce s celou rodinou umožňuje překonat stagnaci rodiny, v níž je PPP přítomna. *„Vznik nemoci u jednoho člena rodiny má na fungování celé rodiny zásadní vliv. Tematika jídla, chování při jídle, starosti, které porucha přináší ostatním, modifikují každodenní život rodiny, vzájemné vztahy jejích členů a zvládání zátěžových situací. Mění se vývojové potřeby rodiny nejsou saturovány a vývoj rodiny je blokován“ (Hadaš, 2007, s. 51). Jakmile se podaří nemoc překonat, rodinná struktura se upevní a její systém se dává opět do pohybu. Rodina se může zaměřit na řešení problémů, které kvůli pozornosti na nemocného jedince a vyrovnání se s tím, neřešila, čímž se otevře prostor pro individuaci dalších členů rodiny (Minuchin, 2013).*

Nedávný výzkum ukázal, že rodinná terapie je účinná zejména u adolescentních pacientů s MA či MB, u nichž se ale příznaky nemoci projevují krátkodoběji (méně než 3 roky) a členové rodiny jsou schopni poskytnout podporu nemocnému nejen na sezeních s nutričním terapeutem, ale i v domácím prostředí bez přímého vedení odborníka. Podobných výsledků dosáhli i vysokoškolští studenti a vdané ženy. Na modelu této studie bylo prokázáno, že k ústupu nevhodného jídelního chování dochází u pacientů v rámci rodinné terapie rychleji a efektivněji, než u pacientů, kteří podstupují terapii individuálně. Na základě výsledků autoři výzkumu rovněž podpořili funkčnost denních stacionářů a doporučují je především pro dospívající pacienty, kterým se v rámci rodinné terapie nepodařilo dosáhnout očekávaného pokroku (Le Grange & Eisler, 2009).

Vedle výše zmíněných léčebných metod existují ještě další možnosti léčby a terapie PPP, jako například farmakoterapie; gestalt terapie, která se zaměřuje na přítomnost a pocity s ní spojené; psychoanalytická terapie soustředící se na osobnostní projevy pacienta a hlubší porozumění danému onemocnění; terapie orientovaná na tělo se snahou o propojení emocionální a tělesné složky pacienta; dále relaxační a dechová cvičení, ergoterapie či různé techniky zaměřené na tvořivost (Krch, 2005). Některým pacientům bývá doporučováno v rámci léčby PPP například rehabilitační cvičení nebo využití alternativních metod v léčbě, jako je třeba tradiční čínská medicína (Leibold, 1995). Každý pacient je jiný a každému vyhovuje jiný terapeutický přístup. Stejně jako nutriční poradenství, které by se pacientovi mělo přizpůsobit přímo na míru, i psychoterapie by měla klást důraz na individualitu každého pacienta a vytvořit mu takový psychoterapeutický plán, který odpovídá jeho osobním potřebám a zaručí pacientovi úspěch (Kalina, 2013).

2 NUTRIČNÍ PORADENSTVÍ

Jak již bylo řečeno, k léčbě PPP je nutný interdisciplinární přístup a mělo by se na ní podílet několik odborníků, kteří jsou si vědomi nejen svých kompetencí v rámci oboru, ve kterém působí, ale také kompetencí každého člena léčebného týmu a profesionálních hranic vůči pacientovi (Herrin, Larkin, 2013). Každý obor má v léčbě své zastoupení a hraje potřebnou úlohu vzhledem k individuálním potřebám každého pacienta. Nelze proto obecně říci, který z oborů je důležitější nebo účinnější. Nelze předpokládat, že po nalezení spouštěcích emocionálních faktorů s psychoterapeutem nebo odstranění některých zdravotních komplikací ve spolupráci s lékaři, dojde k regulaci příznaků dané PPP, které souvisejí přímo se stravováním. Zároveň ani dosažení adekvátní tělesné hmotnosti nemusí znamenat ústup od narušeného stravovacího chování a špatných jídelních postojů. „*Výzkum a zkušenosti s léčbou mentální anorexie ukazují, že všechny fyzické symptomy a mnoho psychických a sociálních problémů spojených s tímto onemocněním jsou sekundárním důsledkem poruchy příjmu potravy*“ (Krch, 2005, s. 159). Už od počátku léčby by měl být tedy důraz kladen na vhodnou úpravu stravovacího režimu pod vedením nutričního specialisty, který by měl být vždy součástí terapeutického týmu.

2.1 Role nutričního poradenství v systému léčby PPP

Nutriční poradenství představuje nedílnou součást léčby PPP. Zaměřuje se na stravovací režim pacientů a klade si za cíl zachytit nevhodné jídelní chování a nastavit takový jídelní plán, který by odpovídal zdravotnímu stavu pacienta – tělesnému i duševnímu (Papežová, 2010). Nemusí být žádoucí, aby se celou situaci pacienta s PPP snažil vyřešit nutriční terapeut zcela sám. PPP mají svůj základ v psychiatrické etiologii, proto by měl nutriční terapeut spolupracovat s ošetřujícím lékařem či psychiatrem a psychoterapeutem. Pokud tyto obory nejdou v součinnosti, pak to může pacienta brzdit v léčbě (Krch, 2005).

Hlavní funkcí nutričního poradenství je pomoci pacientovi se stravováním a výběrem potravin, aby byla tělesná hmotnost vzhledem k dané PPP správně korigována. Ve většině případů nutriční terapeut vytváří pacientovi stravovací plán ušitý přímo na míru. Někteří se tomuto postupu brání, protože přímo předepsaný jídelníček obsahující přesné gramáže potravin, složení a někdy i úpravu pokrmů jsou jen dalším omezením v „začarovaném“ kruhu PPP a pacienti se pak v případě nedostupnosti tohoto manuálu cítí bezradní, což může v praxi fungovat jako spouštěcí faktor pro recidivu. Jiní zase na jasně daném plánu trvají a to zejména

v počátcích léčby, kdy je třeba, aby pacient přesně věděl, jak přiměřeně jíst a jak toto konkrétní množství časově rozložit (Fořt, 2007).

V každém případě by složení jídelníčku mělo být dostatečně pestré a bohaté na živiny. Příjem základních živin (bílkovin, sacharidů a tuků) by mělo být pro daného pacienta přijatelné a optimální vzhledem k jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu, proto je na místě častá konzultace mezi nutričním terapeutem a ošetřujícím lékařem/psychiatrem (Papežová, 2010). Zadák (2008, s. 76) zdůrazňuje zejména spolupráci s psychoterapeutem, protože „*k diagnóze onemocnění patří až chorobná lhavost, snaha manipulovat okolí a vymlouvat se na objektivní příznaky.*“ Je tedy nejen nutné, aby nutriční terapeut sledoval, zda pacient stravu přijímá (dle kontroly hmotnostního přírůstku), ale zároveň je úkolem psychoterapeuta odkrývat emoce, které se mj. pojí na nový způsob jídelního chování. Podcenění této součinnosti může vést ke zdání, že nemocný spolupracuje, nicméně se velmi často stává, že pacient tajným vyhazováním jídla, zvracením nebo nadměrným cvičením sabotuje snahy těch, kteří jeho nemoc léčí (Krch, 2005).

K nutričnímu terapeutovi jsou pacienti nejčastěji odkazováni pro výrazné zhubnutí při MA nebo narušenému jídelnímu chování při MB, mohou jej ale pro tyto důvody vyhledat i sami a dobrovolně. Dle Kohouta (Papežová, 2010) se tím se ihned mění celý náhled na proces terapie z důvodu vlastní iniciace a motivace pacientů, ale stále zdůrazňuje nezbytnost profesionálního přístupu nutričního terapeuta, který si musí být vědom možných – a velmi častých – relapsů i u motivovaných pacientů.

Samostatně se nutriční poradenství využívá u pacientů, kteří se vyznačují relativně mírnými příznaky dané PPP. V praxi to znamená vyšší pravděpodobnost výrazného zlepšení stavu či dokonce uzdravení na základě psychoedukace, což bývá nejčastější u pacientů s MB, jejichž zdravotní stav není ohrožený a nemoc se projevuje jen mírnými obtížemi. Nutriční specialisté za těchto podmínek seznamují pacienty s celou problematikou PPP, upozorňují na případná rizika a rozebírají s nimi jejich nevhodné jídelní chování. Na tomto základě jim pak předkládají doporučení ohledně správného stravování (Hadaš, 2007).

2.2 Cíle nutričního poradenství

Primárním cílem nutričního poradenství je navrhnout takové dietní opatření, které vede k normalizaci tělesné hmotnosti tak, aby odpovídala výšce, věku a zdravotnímu stavu pacienta. Kohout (Papežová, 2010) ale upozorňuje, že nutriční terapeut většinou dosáhne

v komunikaci s pacientem jen kompromisu vzhledem k naplánované hmotnosti a to takového, kdy se plánovaná váha pohybuje mezi hmotností ideální a hmotností aktuální. Vedle dosažení a udržení normální tělesné hmotnosti lze jako další cíle uvést (Krch, 2005):

- zavedení normálního jídelního chování s primárním cílem přestat držet diety;
- podpora normálního postoje k jídlu;
- vytvoření adekvátní reakce na podněty hladu a nasycení.

Nutriční terapeut potřebnou úpravu tělesné hmotnosti dosahuje pomocí úpravy jídelníčku. Měl by být schopný pacientovi připravit jídelníček na míru s využitím stravovacích preferencí a s ohledem na jeho zdravotní stav (Papežová, 2010). Přechod mezi novým a původním stravovacím režimem by neměl obsahovat radikální kroky a to zejména u pacientů s MA, kdy dochází ke změně z nízkoenergetického stravování k příjmu vyšší energetické hodnoty. Je zde zvýšené riziko tzv. refeeding syndromu (též realimentačního syndromu). *„Jde o komplexní narušení metabolických procesů u jedinců, kterým je po těžkém hladovění v dobré víře podáno velké množství potravin. To může paradoxně vést k vážnému poškození zdraví a ohrožení daného jedince na životě.“*³ Refeeding syndrom představuje stav nastávající u pacientů, kteří byli dlouhodobě adaptováni na nízký příjem energie. V této spojitosti bývají často jako příklad uváděni vězni v koncentračních táborech. Dle Kohouta (Papežová, 2010) je-li energetický příjem obnoven příliš rychle, pak vyšetření krve může odhalit prudký pokles hladiny minerálních látek, který se projevuje klinickými příznaky, jako jsou psychické změny (zmatenost, agresivita, únava, celková změna chování), a může rezultovat až selháním orgánových systémů a srdečním selháním.

Jak u MA, tak u MB je v období onemocnění těžce zatížený trávicí systém. Zejména u MA může větší množství potravy zpočátku vést k pocitu těžkého žaludku, nadýmání nebo průjmům. Papežová (2010) upozorňuje, že právě tyto komplikace mohou pacienty vyděsit a utvrdit v přesvědčení, že jejich nízkokalorická dieta byla tím nejvhodnějším řešením. *„V první fázi je nutné pacientku stabilizovat, zabránit dalším váhovým úbytkům a ve spolupráci s psychiatrem či psychoterapeutem stanovit kompromisní váhu“* (Papežová, 2010, s. 184). Až poté lze postupně a pomalu v malých přírůstcích váhu zvyšovat.

³ <http://www.stefajir.cz/?q=realimentacni-syndrom>

2.3 Nutriční terapeut

Nutriční terapeut je nelékařskou zdravotnickou profesí, která ve spolupráci s lékařem navrhuje pro pacienty s PPP nový stravovací systém – pro každého individuálně propočítává energetickou hodnotu konzumované stravy a navrhuje opatření při jejím nedostatku, dále se zaměřuje na obnovení zdravé tělesné váhy a uvedení dosavadních stravovacích návyků pacienta do normálu. Nutriční terapeut pomáhá pacientovi s výběrem jednotlivých potravin, ale soustředí se také na změnu postojů a přesvědčení ve vztahu ke stravování a nápravu chybných představ nejen o jídle, ale i k vlastnímu tělu (Herrin, Larkin, 2013).

Nicméně dle Kohouta (Papežová, 2010, s. 186) „nelze nutriční poradenství považovat za psychoterapeutickou intervenci, kterou by měl zároveň s poradenstvím provádět u pacientek s PPP psycholog nebo psychiatr se specializovaným výcvikem v této problematice.“ Je nutné zdůraznit, že nutriční terapeut nemá hlubší vzdělání v oblasti psychologie a není tedy kompetentní osobou, která by mohla poskytovat psychoterapii. Keel (Herrin, Larkin, 2013) ale upozorňuje, že ze strany pacientů často dochází k propojení osobnosti nutričního terapeuta, ve kterém vidí zároveň i svého psychoterapeuta, a že je jejich povinností nezasahovat do kompetencí druhého. Někteří pacienti, kteří se dlouho zdráhali léčbu vyhledat, se mohou cítit dotčeně, pokud nutriční terapeut podmíní svou léčbu souběžnou psychoterapií. Stojí za pečlivé uvážení, zda pacient psychoterapii potřebuje či zda je dostačující pouze zásah do stravovacího režimu. Začne-li nutriční terapeut léčit pacienta bez paralelní psychoterapie a objeví-li se v průběhu sezení psychické problémy nebo nebude-li dělat pacient očekávané pokroky, pak je žádoucí, aby vytvořil doporučení k psychoterapeutovi, který je k léčbě duševních problémů a odblokování případných bariér kompetentní (Herrin, Larkin, 2013).

V případě, že se nutriční poradenství kryje s psychoterapií (např. ohledně problematiky vnímání vlastního těla), není neobvyklé, že pacient má tendenci na sezení s nutričním terapeutem řešit otázky vhodné pro psychoterapeutické sezení a naopak. V takové situaci je vždy lepší pacienta nenásilně přeměřovat zpět k tématu pro danou terapii, protože pokud by například nutriční terapeut toleroval pacientovu snahu řešit psychologické problémy na nutričním sezení, pak by se účinek léčby mohl zeslabit a zároveň by mohlo dojít k nežádoucímu narušení vztahu na psychoterapii (Kelloggová, 2008). Proto je tolik kladen důraz na pravidelnou komunikaci s psychoterapeuty (a jinými členy týmu). Úkolem nutričního terapeuta je porozumět tomu, co pacient dělá, co si myslí a jaké má pocity ve vztahu ke stravování, váze a případně problémům vnímání vlastního těla; proniknout do toho,

proč se u pacienta vyvinuly problémy ve stravování, není hlavním záměrem nutriční terapie, ale psychoterapie. Ponoří-li se nutriční terapeuti do psychologických oblastí, pak nemusí věnovat náležitou pozornost a čas problematice výživy (Herrin, Larkin, 2013).

2.3.1. Osobnost nutričního terapeuta

Osobnost nutričního terapeuta se velmi podobá ideálnímu obrazu osobnosti psychoterapeuta. Měl by umět ocenit úspěchy, kterých nemocný dosahuje, a zároveň přijmout nezdary, kterým se v průběhu terapie s pacientem s velkou pravděpodobností nevyhne. „*Pacientům se často uleví, když zjistí, že k uzdravení je třeba pozvolných kroků a že i nutriční terapeuti jsou si vědomi, že v procesu uzdravování nemocní učiní čas od času dva kroky vpřed a jeden vzad*“ (Herrin, Larkin, 2013, s. 33). V takové situaci by měl být terapeut schopný motivovat pacienta v jeho snažení o dosažení cíle a k tomuto cíli ho vést.

Měl by být zcela objektivní, nestranný a otevřený. Pokud o to pacient požádá, může mu říct vlastní názor, ale s co největší opatrností a vědomý si odpovědnosti k jeho potřebám. Vzhledem k psychiatrické etiologii PPP musí umět reagovat na nejrůznější situace, ke kterým může dojít, zůstat pohotový a nebát se přehodnotit své závěry a cíle. Měl by mít výborné komunikační dovednosti, schopnost naslouchat a vyjádřit nejen pochopení, ale i obavy. Měl by být optimistický, aby pacientovi dal naději, že řešení jeho problému společně najdou a že náprava jeho jídelního chování je možná (Herrin, Larkin, 2013).

2.4 Vztah nutričního terapeuta a pacienta

Jak jsem již uvedla, nutriční terapeut nemá hlubší vzdělání v oboru psychologie, ale jeho práce často koreluje s prací psychologa (Kopřiva, 1997). Velmi často se dostává do situací, kdy potřebuje širší komunikační schopnosti s pacienty s PPP, aby vytvořil adekvátní terapeutický vztah odvozený od individuálních potřeb nemocného. Základním kritériem je udržení hranice mezi osobním a profesionálním vztahem.

Stejně jako psychoterapeut i nutriční terapeut si musí být vědom toho, že pacienti ho v průběhu času (většinou po překonání prvotních bariér a v závislosti na míře motivace) mohou postavit do pozice „přítele“. Na rozdíl od terapeuta si neuvědomují důležitost rozlišení hranice mezi osobním a profesionálním vztahem a vyžadují, aby s nimi terapeut sdílel osobní zkušenosti (Papežová, 2010). V tento moment musí terapeut brát zřetel na potřeby samotného pacienta a zůstat stále objektivní. Sdělovat osobní zkušenosti nemusí být žádoucí, protože „*pacientku může taková informace vést k pocitu selhání, když ji není schopná použít, a*

terapeuta k pocitu, že pacientka nespolupracuje“ (Papežová, 2010, s. 316). Je velmi složité v průběhu terapie měnit vztah, který je od samého počátku špatně nastavený, proto není vhodné, aby terapeut do profesionálního vztahu vkládal osobní zkušenosti, ale maximálně se koncentroval na potřeby nemocného.

Chce-li terapeut pacientovi porozumět, musí se dokázat vcítit do jeho situace a pokusit se s jeho problémy ve vztahu k jídlu ztotožnit. Pacientovi se musí dostat přijetí ze strany terapeuta a pochopení. V případě, že nutriční terapeut nemocnému dostatečně neporozuměl, je vhodné požádat, aby celou situaci zopakoval, čímž si nejen může on sám objasnit vlastní pocity, ale zároveň i terapeut může odhalit, jak tyto pocity prožívá. Je potřeba projevit k pocitům pacienta respekt a v průběhu terapie je kontrolovat (Kopřiva, 1997).

Papežová (2010, s. 321) ale zároveň poukazuje na skutečnost, že někteří terapeuti nabývají dojmu, že musí přijmout a akceptovat vše, co pacient říká: *„Přijetí se týká člověka jako takového, ale vztah je vytvořen s tou částí osobnosti, která je léčbě PPP nakloněna. Při velmi časté ambivalenci jedinců s PPP jsme někdy nuceni pacientku s jejím problematickým chováním konfrontovat. Diskuzi vedeme tak, aby se pacientka necítila ponižena, ale přesto její chování bylo jasně označeno za škodlivé, zároveň dáváme najevo důvěru, že je schopna své jídelní chování změnit.“* Pokud by terapeut nebyl schopen uvědomit pacienta o jeho zdraví ohrožujícím chování (např. velmi nízká tělesná hmotnost, využívání diuretik či laxativ i přes upozornění lékaře o možných rizicích), mohl by si to dotyčný vyložit způsobem, že změna v tomto ohledu není tolik důležitá.

Na problematiku vztahu nutričního terapeuta a pacienta proběhla před dvěma lety kvalitativní studie. Jones (Herrin, Larkin, 2013) na konkrétním počtu zúčastněných zkoumal, kolik zkoumaných nutričních terapeutů mělo sklon v rámci nutričního poradenství překročit hranici profesionality a umožnit pacientovi, aby se cítil v roli přítele. Z dvaatřiceti dotazovaných pouze čtyři začali do procesu terapie vstupovat příliš subjektivně, což v pacientech vyvolalo mylný pocit nového přátelství. Valná většina informátorů byla schopná profesionální vztah udržet a hranici nepřekročit. Jones tento závěr přisuzoval ke skutečnosti, že se v posledních několika letech zvýšila kvalita vzdělání nutričních terapeutů, kteří v kombinaci s bohatými informacemi ohledně PPP dokáží už poskytnout vysoce kvalitní léčebný přístup.

2.4.1. Vztah založený na spolupráci

Je velmi dobře známo, že vztah založený na spolupráci mezi poradcem a pacientem je stěžejní pro každý typ poradenství, včetně nutričního. Kombinace vnímavého naslouchání a empatického citění je projevem nekritického přístupu k pacientovi a zároveň přijetím jeho rozpolcených pocitů ze změn jídelního chování, které pro něj bylo původně běžné. V poradenském prostředí je pacient skutečným spolupracovníkem a měl by se zde cítit bezpečně a bez obav ze souzení. Jedinec, jehož řeč těla naznačuje, že je uvolněný, udržuje stálý oční kontakt a odkrývá patřičné informace, je do poradenství zapojen (Herrin, Larkin, 2013).

„Celkově je tedy spolupráce založená na partnerském vztahu, ve kterém převládá rozebírání daného problému a společné hledání řešení. Nutriční terapeut se snaží u pacienta vyvolat a vzbudit vnitřní motivaci pro změnu tím, že respektuje jeho nezávislost a podporuje jeho samostatnou práci“ (Miller, Rollnick, 2002, cit. podle Herrin, Larkin, 2013, s. 36).

Otevřené otázky pomáhají nutričnímu terapeutovi nashromáždit informace. Aktivní naslouchání a přetlumočení zase dávají zpětnou vazbu pacientovi, že ho terapeut poslouchá, zároveň pochopí lépe svoji situaci, když své myšlenky uslyší přeformulované. Při utváření vztahu založeném na spolupráci je užitečné pacientovy myšlenky odrážet, parafrázovat a zrekapitulovat (Herrin, Larkin, 2013).

Vztah terapeuta a pacienta je obtížné udržet, pokud nejsou schopni udělat kompromis a mají protikladné cíle. Této překerní situaci musí čelit terapeuti téměř vždy u nedobrovolně přichozích pacientů, když se jim snaží pomoci přibrat na tělesné hmotnosti, přestat držet drastické diety nebo odstranit chování spojené se špatnými stravovacími návyky (Larkin, Matsumoto, 2007). Zatímco pacienti se proti těmto cílům většinou bouří, terapeut musí při řešení těchto zakořeněných přesvědčení zůstat klidný a rozvážený.

Někteří pacienti s MA mohou mít pocit, že budou nuceni zanechat dosavadního chování, které jim umožňuje cítit se výjimečně a „pány situace“. Stejně tak pacienti s MB nemusí být připraveni vzdát se pocitu nezávislosti a volnosti, který je pro koloběh přejídání a zvracení typický. Těmto pacientům velmi často pomáhá, když k nim terapeut přistupuje se zvědavostí, zájmem a schopností vcítit se. Je na místě je ujistit, že jejich vlastní pokusy, které by mohly problémy napravit, jsou chvályhodné a terapeut je oceňuje. Nejen při zakládání vztahu, ale i v průběhu terapie je žádoucí nešetřit chválou a pacienty oceňovat. Správné reakce jim umožní

nahlédnout, že pokroky skutečně dělají a namotivují je v léčbě pokračovat. I obyčejné reakce jako poděkování, že pacient dorazil na sezení, ocenění jeho upřímnosti nebo pochvala za jeho odvalu, mohou pacienta velmi podpořit a dodat mu v léčbě sebevědomí (Larkin, Matsumoto, 2007).

Nutriční terapeut by měl naznačovat, že svého pacienta, bez ohledu na věk, jeho zkušenosti a nevhodné jídelní chování, bere vážně. Měl by mu ukázat, že ho respektuje, protože jeho pocity, názory, myšlenky i vnitřní boje jsou oprávněné, hodnotné a on o ně projevuje zájem. Tím, že terapeut pacientovi ukáže, že jeho vlastní úhel pohledu v kontextu s danou PPP dává smysl, mu poskytne respekt a pochopení. Laskavý přístup dává pacientovi pocit naděje na uzdravení (Herrin, Larkin, 2013).

U nespolupracujících pacientů je zapotřebí překonat vzdor vůči léčbě (projevy časté argumentace, přerušování, negace a ignorace). *„Vzdor je významným signálem poukazující na nefunkčnost vztahu mezi terapeutem a pacientem, ať už se jedná o odlišné představy o cíli, programu sezení, frustraci z terapie nebo neporozumění rolím“* (Miller, Rollnick, 2002, cit. podle Herrin, Larkin, 2013, s. 39). V každém případě je na terapeutovi, aby odhalil zdroj tohoto odporu a rozluštil ho, protože to, jak na něj terapeut reaguje, stanoví směr, kterým se poradenství bude ubírat (Larkin, Matsumoto, 2007).

Pacienti, kteří se podrobí léčbě na příkaz někoho jiného, mohou obzvlášť odolávat tomu, aby zanechali špatných jídelních návyků. V tomto případě je žádoucí podívat se s nimi společně na jejich problém ze širší perspektivy a nahlédnout důsledky dané PPP, čímž se procesu terapie zapojí. Otázky typu *„Dokážete si představit, že se budete takto chovat i ve 30 letech?“* nebo *„Co byste doporučil někomu jinému s podobným problémem?“* mohou pacientovi, který se léčbě brání, pomoci zapojit se do procesu stanovování si cílů. Tyto pokusy napomáhají nemocným vidět nesrovnalosti mezi jejich současným chováním, cíli a touhami a uvědomit si důvody, proč se chtějí změnit (Herrin, Larkin, 2013).

Vedle vzdoru může být v nutriční terapii další překážkou neupřímnost ze strany pacientů. PPP i z těch nejupřímnějších lidí dokážou udělat lháře. Pacienti lžou, protože se nemusí cítit bezpečně, říkají-li pravdu, dále jim prozrazení může pomoci popřít závažnost situace nebo ochránit je či jejich rodiny před pocitem studu. Pokud nutriční terapeut ví, že pacient lže, musí zůstat klidný a pohotově reagovat. Může například vystihnout rozdíl mezi informacemi, které se mu od pacienta dostávají, a objektivními údaji. Příkladem je konfrontace tvrzení pacienta, který dodržuje jídelníček na 100 %, s údajem z tělesného měření, které vykazuje značný

úbytek tělesné hmotnosti. Pacienti se obvykle přiznají po návrhu terapeuta přidat do jídelníčku nějaké potraviny. Jestliže pacienti lžou i nadále, je přínosné tuto skutečnost diskutovat s jejich psychoterapeuty, aby toto téma nadnesli jako námět pro další psychoterapeutické sezení (Herrin, Larkin, 2013).

2.4.2. Stanovování očekávání a cílů

Důležitým úkolem na počátku nutričního poradenství je prozkoumat, jakou má pacient motivaci a co od nutričního poradenství očekává. Je vhodné se pacienta ptát, co by si vzhledem k jeho stravovacím návykům přál a čeho by rád dosáhnul. Nutričnímu terapeutovi se dostane náhled na motivační situaci jedince a pacient se bude cítit respektovaný jako rovnocenný partner. Dle míry motivace je vhodné také pacienta začlenit do procesu stanovení programu na každé sezení nutriční terapie, čímž se pacient automaticky zapojí do léčby a podpoří se tím spolupráce mezi oběma osobami (Herrin, Larkin, 2013).

Aby práce s pacientem přinesla změnu, je třeba stanovit cíl. *„Bez stanoveného cíle je těžké, ne-li nemožné posoudit, zda nastává pokrok a zda bylo dosaženo smyslu společné práce“* (Úlehla, 2005, s. 80). Nejvhodnějším způsobem, jak cíl stanovit, je vzájemná domluva nebo přijetí pacientova cíle, přičemž jej nelze brát jako něco samozřejmého a snadno dosažitelného. Cíl musí být realistický, zaměřený na konkrétní věc a má jmenovat začátek něčeho nového, nikoli konec něčeho starého. Dle Úlehly (2005) by měl být cíl malý, protože jeho dosažení je nejen snazší, ale přináší s sebou také radost z pokroku, což má nemalý vliv na stav pacientovy motivace. Je proto lepší stanovit několik menších cílů, nežli jeden velký.

Většinu pacientů znepokojuje představa stanovit cíle kvůli obavě, že se budou muset vzdát kontroly nad svým stravováním a tělesnou hmotností. V psychoterapii je zapotřebí se těmito obavám věnovat. V nutričním poradenství je proto důležitým principem při stanovování cíle zaměření na jednotlivé malé a pozvolné kroky. *„Je pravděpodobnější, že pacient dosáhne malých a snadno uskutečnitelných kroků než jednoho razantního“* (Larkin, Matsumoto, 2007, s. 69).

Jakmile terapeut rozpozná míru motivace svého pacienta, měl by jasně vyjádřit přesvědčení, že řešení existuje a že disponuje nezbytnými odbornými znalostmi i zkušenostmi, díky kterým pacientovi pomůže případné překážky překonat. Toto jednání má za cíl navnadit pacienta k léčbě a ujistit ho, že zapojením do terapie se mu otevře možnost pokroku. *„Zažehnout v našich pacientech jiskru naděje je první povinností nás terapeutů a pokud tím pacienta do*

lčby dostaneme, je zapotřebí mu opakovat, že v léčbě nemůže selhat, pokud už je do ní zapojen“ (Yahne, 2004, cit. podle Herrin, Larkin, 2013, s. 48).

Aby byl pacient schopný zapojit se do stanovování cíle, musí ve svém nutričním terapeutovi cítit maximální důvěru. Je podstatné věnovat čas tomu, aby terapeut pacienta ujistil, že má nejen odborné znalosti a zkušenosti, ale také trpělivost, která je pro vedení pacienta k uzdravení nezbytná.

Nutriční terapeut by měl podporovat pacienta v soustředění na cíl, který je v jeho nejlepším zájmu vzhledem k zdravotnímu stavu a který je relevantní pro jeho uzdravení. Podle Larkinové a Herrinové (2013, s. 41) dotazování běžnými otázkami typu *„Na čem byste chtěl ve vašem stravování tento týden pracovat?“* nebo *„S čím se cítíte připravený začít?“* může podnítit velmi přínosný rozhovor o možných cílech ve změně jídelního chování. Cíle, které navrhne sám pacient, by měl terapeut nadšeně vyslechnout a ocenit, ačkoli před schválením bývá někdy nutné jejich upravení a přizpůsobení aktuální situace.

Než dojde ke společné dohodě ohledně stanovení si cíle ve změně jídelního chování, měli by si být pacient i terapeut na 90 % jistí, že šance na úspěch je velká (Úlehla, 2005). Zvládnutí dílčích cílů zvyšuje sebejistotu pacienta, aby se vypořádal s cíli mnohem složitějšími. Nedělali pacient očekávané pokroky, terapeut musí plány přizpůsobit a poupravit. Někteří pacienti mohou být v pokroku brzděni tím, že odborník v rámci nutričního poradenství nestanoví stěžejní cíl pro změnu chování (např. přestat držet diety, zastavit koloběh přejídání a vyvolávaného zvracení) a většinu pozornosti věnují psychologickým problémům pacienta. V situaci, ve které si pacienti vybírají zaměření na taková témata, by nutriční terapeut měl jedince odkázat na souběžnou psychoterapii a psychoterapeuta o tom informovat (Herrin, Larkin, 2013).

Každé sezení v rámci nutričního poradenství by mělo končit tím, že se pacient zaváže plánu, který zahrnuje alespoň jeden cíl ve změně chování. Odpovídající cíle pro změnu chování nebo úkoly (např. jíst snídani, k večeři přidat více bílkovin, zodpovědně vyplňovat stravovací deník apod.) se v průběhu sezení zautomatizují. V léčbě dále mohou cíle změny chování zahrnovat dodržování jídelníčku či tréninkového plánu nebo úkol jako jít nakupovat potraviny. Jak jsem již uvedla, stanovené cíle a úkoly by měly být snadno proveditelné a navržené k tomu, aby pacientovi poskytly pocit úspěchu a poradci umožnily předat pozitivní zpětnou vazbu za pacientovu snahu (Herrin, Larkin, 2013).

2.5 Ukončení léčby nutričního poradenství

Dle Kelloggové (2008) je ukončení léčby spojené se zvýšeným rizikem recidivy. Většinou se dlouhodobě poskytovaná léčba, tj. 2-3 roky u závažných případů, spojuje s pozitivní prognózou, proto by nutriční terapeuti měli být u dřívějšího ukončení léčby velmi obezřetní. Léčbu nelze ukončit ze dne na den, ale je zapotřebí pozvolna snižovat četnost sezení. Hrozí tím menší pravděpodobnost, že pacient bude toto ukončování vnímat jako ztrátu podpory a zároveň nebude mít sklon vytvořit si na odbornících závislost. Méně častá sezení tak pomáhají pacientovi trénovat prevenci proti recidivě a strategii řešení problémů, zatímco jim je pomoc odborníka stále k dispozici.

Kelloggová (2008) upozorňuje také na fakt, že obzvláště u pacientů s MA se často při ukončování léčby objevuje pocit odmítnutí další pomoci od nutričního terapeuta. Je proto zapotřebí jakékoli plánované snížení frekvence sezení vždy citlivě projednat. Jakmile totiž odezní narušené stravovací návyky, je nutno dbát pozornosti, aby se pacienti nezačali cítit opuštění. Shrnutí pacientova pokroku a změn chování může být nápomocné v případě plánování posledního sezení při uzavírání léčby, čímž se pacientovi dostane pocit soběstačnosti. Nicméně nelze opomenout, že rozhodnutí o ukončení léčby by měl nutriční terapeut učinit až po konzultaci s ostatními členy léčebného týmu a že by měl pacientovi dát vždy najevo, že v případě potřeby je vítaný a bude mu poskytnuta náležitá pomoc.

2.6 Nutriční poradenství při léčbě jednotlivých PPP

Jak jsem již uvedla v první kapitole o obecných charakteristikách PPP, tato onemocnění jsou psychologického původu. V tomto oboru by léčba také měla začít, případně by zde měla mít své základní těžiště (Larkin, Matsumoto, 2007). Psychologické pozadí PPP bývá podobné, ale přístup nutričních terapeutů k léčbě jednotlivých poruch se liší a to v závislosti na konkrétních stravovacích zvyklostech pacienta a jeho aktuálních zdravotních potřebách. V následující části se věnuji popisu nutričního poradenství při léčbě MA, MB a psychogenního přejídání, abych vyzdvihla základní rozdíly v přístupu k léčbě těchto onemocnění.

2.6.1. Nutriční poradenství při léčbě mentální anorexie

Výchozím znakem typickým pro chování jedinců s MA je striktní omezování příjmu potravy. Tito pacienti mívají před počátkem restriktce stravy většinou normální tělesnou hmotnost, jejíž snížení není potřeba (a vzhledem k věku začínající anorexie ani žádoucí kvůli tělesnému i

duševnímu vývoji). Většinou pod vlivem společenských tlaků ale začnou hubnout a svou „diету“ dovedou až do extrémních stavů (Krch, 2005).

Nejčastěji MA začíná omezením příjmu potravin bohaté na tuky a jednoduché sacharidy. Pacienti je postupem času omezují více a více, až je nakonec ze svého jídelníčku vyřadí úplně. S tím jde ruku v ruce i změna ve frekvenci stravování. Dle Beumonta a Williamsově (Krch, 2005) pacienti zprvu vynechávají svačiny a snídaně, které bývají bohaté na živiny, a zejména snídaně představují hodnotnou část příjmu energie. Později ze svého jídelníčku vyškrtnou i oběd. Večeře vzhledem ke společnému stolování s rodinou většinou zůstává. *„Dalším důvodem je, že tito pacienti považují za bezpečnější jíst až na konci dne, protože jim pak zbývá už jen několik hodin, ve kterých by mohli podlehnout hladu“* (Krch, 2005, s. 160).

Vedle omezení stravy se objevují anomálie ve spojitosti s normálním jídelním chováním doprovázené častými depresemi ze stravování. Nemocní s MA bojují s nutkavými myšlenkami sledovat množství zkonsumované stravy, objevuje se u nich tendence jídlo nadměrně přezvykovat a typické je krájení potravin na malé kousky, které jí ve finále s obrovskou úzkostí velice pomalu.

Na počátku nutričního poradenství při léčbě MA je nezbytné prozkoumat pacientovy postoje k jídlu a výživě. Dle Krcha (2005) bývá užitečné setkat se i s členy rodiny a zjistit, zda se u nich také nevyskytují projevy špatného jídelního chování. Během úvodního sezení se začíná vytvářet důvěrný vztah, který je zapotřebí k tomu, aby pacient odhalil svůj strach ke stravování a začal se řídit radami svého nutričního terapeuta.

Jak jsem již uvedla, primárním cílem v léčbě MA je obnovit normální tělesnou hmotnost, tj. taková hmotnost, při které je jedinec fyzicky zdravý a kterou si může udržet, aniž by omezoval příjem normální zdravé stravy. U dospělých by se měla pohybovat na škále BMI mezi hodnotami 20-25, u dětí není vhodné měřítko BMI využívat kvůli stálému tělesnému růstu a spíše se využívají pediatrické růstové tabulky. Hmotnostní přírůstek za týden se pohybuje v rozmezí 0,5-1,5 kg v závislosti na tom, zda je pacient hospitalizovaný nebo se léčí ambulantně, protože hospitalizované pacientky mají méně pohybu a více kontroly, proto je u nich hmotnostní přírůstek obvykle vyšší (Krch, 2005).

Ideální denní příjem potravy by měl být, jak uvádí Papežová (2010), pro každého pacienta individuálně rozvrhnutý, aby hodnoty spořádaného množství odpovídaly pěti až šesti jídlům denně, obsahující vyvážený poměr sacharidů, tuků a bílkovin. Je zapotřebí s těmito hodnotami

pracovat opatrně, aby se stabilizoval nejen trávicí systém, ale byl čas také na psychickou adaptaci na jiné množství jídla. Dosáhne-li pacient doporučené hmotnosti, nutriční terapeut začne velmi zvolna energetický příjem směřovat na takovou úroveň, ve které si pacient hmotnost udržuje a jí normální stravu (Papežová, 2010).

Jídelníček pro léčbu MA by neměl obsahovat žádné zvláštní potraviny, ba naopak – běžně dostupné jídlo podporuje v pacientech pocit, že mohou normálně jíst a naučí se vlastní odpovědnosti vzhledem ke stravování, na rozdíl od krmení pomocí sondy, parenterální výživy (náhradní výživa podávaná přímo do krevního řečiště) nebo vysokoenergetických tekutých diet, kterých by se mělo využívat jen v krajních případech (Papežová, 2010). Nejen pacienti léčení ambulantně, ale i ti hospitalizovaní by se měli novému stravovacímu režimu učit na základě pravidelnosti a normálních pokrmů. Není vhodné při léčbě podávat výrobky snížené o obsah tuku (tzv. light) a s umělými sladidly, protože zaprvé zabraňují nárůstu hmotnosti, zadruhé by mohly utvrzovat pacienty v jejich narušených jídelních postojích v tom smyslu, že k udržování hmotnosti jsou nutné (Krch, 2005).

Léčba jakékoli PPP je během na dlouhou trať, ne-li celoživotní, protože jídlo je nezbytnou složkou k přežití a nelze bez něj fungovat (zde rozdíl mezi léčbou PPP a léčbou např. alkoholismu). Po dosažení normální tělesné váhy je stále nutné pacienty vést, aby se přizpůsobili normálnímu stravování a jejich hmotnost, stejně tak jako psychická složka, zůstala stabilní. Období, kdy jedinec vystoupí z léčby a už se nestravuje pod dozorem nutričního terapeuta, je kritické pro relaps. Je proto zapotřebí, aby byli pacienti podporováni zejména ze strany svých rodin a v přiměřené sociální interakci k normálnímu životnímu stylu. Dojde-li k relapsu, nelze jej přehlížet a je nutné se opět vrátit k terapeutickým sezením. Beumont a Williamsová (Krch, 2005, s. 164) připomínají, že *„onemocnění, jako je mentální anorexie, přetrvává několik let a stejně tak, jako je třeba stálá psychoterapie, je pro dlouhodobou rehabilitaci těchto pacientů nutná i stálá nutriční terapie.“*

2.6.2. Nutriční poradenství při léčbě mentální bulimie

Stejně jako u léčby MA, tak i u léčby MB musí pacient změnit své narušené jídelní chování. Rozdíl spočívá v tom, že nemocný s MB má většinou normální tělesnou hmotnost, není proto zapotřebí dělat v jídelníčku takové zásahy do hodnoty energetického příjmu. Z nutričního hlediska je zapotřebí tyto hodnoty spíše stabilizovat a rozložit do pravidelného denního příjmu, přičemž je nutné pacientům stále připomínat, že se nejedná o dietu, ale „normální“

stravovací režim. V důsledku hladovění a přejídání se zpomaluje metabolický proces, který nastartuje jedině pravidelnost ve stravování.

Většina pacientů s MB se obává, že když začne normálně jíst, přibere. Aby byla léčba úspěšná, je nutné tento blok odstranit. Faktem je, že zpočátku nastavením pravidelného stravování a změnou jídelníčku váha lehce kolísá a to zejména v případě, že pacient často vyvolával zvracení nebo užíval projímavé látky. Krch (2005) apeluje na nutriční terapeuty, aby na tuto skutečnost své pacienty upozornili a uklidnili je, že váha kolísá nikoli kvůli nabírání tuku, ale v důsledku zadržování tělesných tekutin, a že tento stav se během několika týdnů stabilizuje.

Ovšem vzhledem k častým epizodám hladovění a přejídání a kvůli nadměrnému příjmu sacharidů, které tělo není schopno zpracovat, dochází někdy u chronické MB k ukládání energie ve formě tukových zásob. Je dost pravděpodobné, že ačkoli se pacient na škále BMI pohybuje v normě, zastoupení tuku v těle dosahuje vyšších hodnot, než je žádoucí. S nevhodnými jídelními návyky souvisí také zvýšení hladiny cholesterolu a cukru krvi. Pokud výsledky z vyšetření skutečně vykazují vyšší hodnoty, musí se stravování uzpůsobit jejich snížení (Papežová, 2010). To nebývá při léčbě MB jednoduché, protože základním kritériem je „přestat držet diety“. Proto je zde supervize ze strany nutričního terapeuta o to náročnější a zodpovědnější. Musí pacienta naučit, že zdravé jídelní chování nespočívá v tom, že málo jí, ale že jí pravidelně a přiměřeně.

Pro léčbu MB nutriční terapeuti využívají denního jídelního záznamu pacientů. Ti si každý den vedou do předem připravené tabulky podrobný záznam toho, co jí, jaké množství, kdy a kde a jaké se tomu vážou pocity (např. snědli toho moc, ztratili kontrolu, zvraceli atd.). Základním a jediným pravidlem je pravdivost a pečlivost záznamu a v případě selhání se nevzdávat, protože i to je pro terapeuta důležitou informací.

S nutričním terapeutem se záznam hodnotí jako celek a společně s pacientem se snaží najít určité vzorce narušeného jídelního chování. Většinou, mají-li to pacienti „černé na bílém“, uvidí spouštěče svého kompenzačního chování a společně s psychoterapeutem hledají řešení (Krch, 2005). Nutriční terapeut sleduje pravidelnost a kontrolovaný způsob stravování. Je na místě proto pro pacienta vytvořit jídelní plán, který určuje druh jídla a čas konzumace. Cílem tohoto plánu je nahradit chaotický koloběh hladovění a přejídání, ve kterém nemocný nedokáže obvykle rozeznat, zda má hlad nebo je přeplněný, pravidelným jídelním režimem, na který se pacient postupem času adaptuje.

Smyslem stravovacího plánu pro MB je odstranit přejídání. Čím více se jídelní plán automatizuje, tím více se snižuje nutkání zbavit se potravy právě kvůli nepřítomnosti přejídání. Stává se, že ačkoli pacient dodržuje jídelní plán, cítí se po některých potravinách nafouklý, dostavuje se strach, že se zvýší jeho tělesná hmotnost a s tím spojené vtíravé myšlenky na kompenzační chování, kterému je velmi těžké se ubránit. Je na nutričním terapeutovi, aby pacientovi pomohl s výběrem potravin, a na psychoterapeutovi, aby společně s pacientem našli náhradní řešení pro odvedení pozornosti do té doby, dokud vtíravé myšlenky nevymizí (Papežová, 2003).

V problematice léčby MB výzkum z roku 2008 ukázal, že dospívající pacienti s MB mají lepší prognózu k uzdravení, jestliže epizody přejídání a následného pročišťování zredukuje už na počátku léčby, přičemž doporučoványmi strategiemi, které přispějí k ústupu tohoto nevhodného jídelního chování, jsou sebemonitorování a plánování jídelníčku. Nutriční terapeuti by měli pacientovi poskytnout stravovací plán, který pomůže pacientovi omezit chaotické stravování a následně v rámci terapie pracovat na tom, aby bylo toto jídelní chování odstraněno zcela (Le Grange, Doyle, Crosby & Chen, 2008).

2.6.3. Nutriční poradenství při léčbě psychogenního přejídání

V léčbě psychogenního přejídání je pozornost soustředěna zejména na epizody přejídání. Psychoterapeut se snaží odhalit význam spouštěcích faktorů, odstranění stavů deprese, pocitů úzkosti a provinění a s pacientem pracují na zvládnání stresových situací. Vzhledem k tomu, že pacient s psychogenním přejídáním nemá žádné emocionální vazby k jídlu, zaměřuje se nutriční terapeut na změnu dosavadních stravovacích návyků ve smyslu zavedení pravidelnosti ve stravování a na snížení časté nadváhy nebo obezity.

3 EMPIRICKÁ ČÁST

Jak bylo popsáno v teoretické části, je evidentní, že poruchy příjmu potravy představují závažná onemocnění, jejichž vznik a rozvoj podmiňují různorodé faktory. Vzhledem k tomu, že jde primárně o duševní onemocnění, které výrazně ovlivňuje psychické zdraví člověka, má vliv na rodinný a sociální život jedince a v neposlední řadě s sebou nese řadu fyzických problémů, je třeba při léčbě brát na vědomí biopsychosociální podklad těchto poruch a léčit je komplexně, to znamená ve spolupráci s odborníky na psychickou složku, lékaři s adekvátní specializací na tělesnou složku a sociálními pracovníky, kteří se zaměřují na pomoc pacientů s PPP ze sociálního hlediska. Nedílnou součástí léčebného týmu je nutriční terapeut, zastupující složku výživového poradenství.

Nutriční poradenství si vedle primárních cílů jako je zavedení zdravého jídelního chování a podpora takových postojů ke stravování, které jsou v dané společnosti normální a vedou ke stabilizaci tělesné hmotnosti, zakládá na důležitosti vztahu s pacientem a celkovém přístupu k léčbě poruch příjmu potravy. Nutriční terapeuti, ačkoli mají v kompetencích řešit „pouze“ stravování pacienta, musí – vzhledem k povaze onemocnění – dbát na specifické aspekty, které jsou v kontextu léčby poruch příjmu potravy důležité a které hrají zásadní roli v terapeutickém vztahu. Ten v léčbě představuje velmi důležitý faktor. Pokud by vztah terapeuta a pacienta nespĺňoval některá významná kritéria, léčba by nemusela být úspěšná, případně by tato situace mohla pacienta brzdit v léčbě. Budu se tak snažit o rozkrytí povahy tohoto vztahu.

Ve výzkumné části své bakalářské práce se proto soustředuji na profesní zkušenosti nutričních terapeutů, kteří se ve své praxi s léčbou poruch příjmu potravy setkali či setkávají a kteří jsou schopni na základě svých znalostí a zkušeností podat výpovědi, které mi pomohou najít odpovědi na mé výzkumné otázky zaměřující se na důležitost různých aspektů v procesu terapie a na spolupráci odborníků, kteří se léčbě PPP věnují.

První oddíl praktické části věnuji popisu metodologie, podle které jsem výzkumné šetření prováděla. Druhý oddíl je určený stanovenému cíli bakalářské práce, respektive samotné analýze a interpretaci sesbíraných dat, které vyústí ve diskuzi a závěrem celého výzkumu.

3.1 Výzkumný problém a výzkumné otázky

Výzkumným problémem je pokus o nalezení a deskripci toho, co nutriční terapeuti shledávají v léčbě PPP za stěžejní, aby byla léčba účinná a vedla pacienta k uzdravení. Ve výzkumu se

rovněž zaměřuji na spolupráci nutričních terapeutů s jinými odborníky, která by měla být už ze své podstaty pro léčbu PPP nepostradatelná. Specificky se výzkum soustředí na zodpovězení následujících výzkumných otázek:

- Jaké aspekty úspěšné terapie považují nutriční terapeuti v kontextu celé léčby PPP za klíčové?
- Jaký význam přikládají nutriční terapeuti spolupráci s dalšími odborníky v rámci léčby PPP?

3.2 Výzkumná strategie

Vzhledem k tomu, že jsem výzkum postavila především na zkoumání zkušeností lidí ze specifického vzorku a cílem bylo porozumění určitému fenoménu, zvolila jsem kvalitativní výzkumnou strategii. Tato strategie mi pomohla získat hlubší vhled do dané problematiky a porozumění postupům, které nutriční terapeuti v rámci léčby PPP realizují, čímž se mi dostalo bohatých informací, které mi umožnily danou problematiku pochopit, jež jsem se snažila na základě analýzy hloubkových rozhovorů popsat a vysvětlit.

3.3 Navrhovaná technika sběru dat

Jak jsem již uvedla, mým cílem bylo nalézt, co nutriční terapeuti považují v léčbě PPP za důležité a zachytit, jak se staví k významnosti spolupráce s jinými odborníky na léčbu. Pro sběr dat bylo vhodné využít techniku hloubkového dotazování prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru, který se vyznačuje velkou pružností celého procesu získávání informací. V rámci přípravy jsem sestavila okruh témat s konkrétními otázkami, které mi zajistily, že jsem dané téma s participanty zcela probrala. Vzhledem k flexibilitě polostrukturovaných rozhovorů jsem v průběhu dotazování mohla předem připravené otázky měnit v závislosti na aktuálních potřebách a dosavadních výsledcích, případně rozhovor doplňovat o otázky nové a adekvátní k získání důležitých informací. Struktura rozhovorů se měnila také v tom smyslu, že jsem ke každému participantovi přistupovala zcela individuálně a s respektem, a kladla důraz na to, aby šlo o správně vedený rozhovor dvou rovnocenných partnerů, a pokládané otázky vedly k informačně hodnotným odpovědím. Základem pro mé rozhovory byla dvě hlavní témata, která se bezprostředně vztahovala k procesu nutričního poradenství, přičemž každý z těchto tematických okruhů obsahoval základní a konkrétní otázky. Domnívám se, že v obou okruzích jsem dokázala nalézt důležité informace vhodné k zodpovězení výzkumných otázek. Tematickými okruhy (s příkladem otázek) byly:

- Vztah nutričního terapeuta s pacientem a jejich spolupráce:
 - Co považujete na práci s pacientem s PPP za nejdůležitější?
 - Jakým způsobem navazujete vztah?
 - Jak vedete komunikaci s pacientem?
 - Jakým způsobem probíhá stanovování cílů?
 - Co je pro vás signálem úspěšné terapie?
- Spolupráce odborníků na léčbu PPP:
 - Jak vypadá spolupráce mezi vámi a jinými odborníky na léčbu?
 - Jak máte se spolupracujícími odborníky rozdělené kompetence?
 - Myslíte si, že by mohla léčba úspěšně fungovat, kdyby zde spolupráce odborníků nebyla? Proč ano/ne?

3.4 Výběr vzorku a prostředí výzkumu

V případě kvalitativní metody výzkumu je zapotřebí dle Hendla (2005) výzkumný vzorek vybírat účelově a cíleně, tedy s tím předpokladem, že vybraní informátoři splňují určitá kritéria pro daný výzkum a jsou ochotni se výzkumu účastnit. Proto jsem o spolupráci ke svému výzkumu požádala nutriční terapeuty, nezávisle na pohlaví, kteří se alespoň jednou za své praxe setkali s léčbou jakékoli PPP a kteří mají vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oboru Nutriční terapeut.

Co se týče počtu participantů, pro kvalitativní výzkum je nutný takový počet, dokud nedojde k teoretické saturaci, tedy dokud jakožto výzkumník neuznám za vhodné, že v rámci rozhovorů už nezjišťuji žádné nové informace a ze získaných dat jsem schopná vyvodit určité závěry. Při počátečním uvažování o tématu bakalářské práce a výzkumu jsem pro ujištění, zda je vůbec možné takový výzkum uskutečnit, kontaktovala několik nutričních terapeutů, abych zjistila, že dokážu získat dostatečný počet participantů. Původně mi účast na spolupráci k výzkumu byla slíbena od osmi nutričních terapeutů z patnácti kontaktovaných, přičemž jsem si byla vědoma toho, že v případě nedostatečného množství informací budu nucena vyhledat další participanty. Výzkumu se nakonec zúčastnilo z osmi uvedených participantů pouze šest. S těmito šesti informátory jsem hovořila minimálně dvakrát, abych doplnila chybějící informace k rozhovorům, a vzhledem k závěrům se domnívám, že šlo nakonec o dostatečný počet. Vzorek dotazovaných participantů byl co do pohlaví, věku, vzdělání i délky praxe spíše smíšený (viz následující tabulka):

	<i>pohlaví</i>	<i>věk</i>	<i>vzdělání</i>	<i>délka praxe</i>
Participant 1	žena	42	VŠ	8
Participant 2	muž	41	VŠ	9
Participant 3	žena	36	VŠ	6
Participant 4	žena	37	voš	8
Participant 5	muž	38	VŠ	5
Participant 6	žena	40	voš	8

Získávání potenciálních participantů probíhalo několika způsoby. V první řadě jsem využila osobních konexí a požádala dva známé nutriční terapeutky o jejich účast ve výzkumu. U nich jsem využila techniku sněhové koule (snowball sampling), čímž jsem získala další tři informátory. S žádostí o spolupráci jsem neuspěla u pracovníků Občanského sdružení Anabell v Praze, ale zájem o výzkum projevíli dva zaměstnanci z brněnské pobočky, přičemž jeden z nich z časových důvodů nakonec odmítl rozhovor poskytnout. Osmým informátorem měl být externí nutriční terapeut pro Fakultní nemocnici v Hradci Králové, se kterým se mi ale nepodařilo před zahájením sběru dat navázat kontakt. Z patnácti nutričních terapeutů, které jsem elektronicky kontaktovala, přislíbilo účast osm z nich, šest se jich nakonec skutečně účastnilo. Zůstává otázkou, proč zbylých sedm na žádost vůbec nereagovalo, případně proč se výzkumu nechtěli zúčastnit.

Vzhledem k časovému úskalí všichni participanté souhlasili s telefonickým videohovorem. Před zahájením každého rozhovoru jsem se participantům představila, seznámila jsem je se svou bakalářskou prací a s cílem výzkumu. Informovala jsem je, že jejich účast je dobrovolná a mohou od výzkumu kdykoli odstoupit a že získaná data jsou anonymní a nezveřejním nic, co by mohlo kohokoli poškodit. Všech šest participantů trvalo na anonymitě, proto ve výzkumné části vystupují pod označením „participant 1, participant 2, atd.“ Požádala jsem je také o souhlas s nahráváním rozhovoru na elektronické zařízení a informovala je, že transkripce z této nahrávky bude sloužit výlučně za účelem analýzy dat pro bakalářskou práci a nebude šířena nikam dále. Ačkoli šlo o rozhovory v elektronické podobě, snažila jsem se tento virtuální vztah založit na vzájemném respektu a důvěře mezi dvěma rovnocennými osobami. Konec každého rozhovoru jsem ukončila poděkováním a participanty jsem znovu požádala, zda mi v případě nutnosti prohloubí stávající informace nebo doplní chybějící, k čemuž u každého z nich minimálně ještě jednou došlo. Nakonec jsem všem participantům nabídla možnost do výsledků mé práce nahlédnout.

3.5 Analýza dat

S organizováním dat a jejich analýzou se v kvalitativním výzkumu začíná už ve fázi sběru dat (Hendl, 2005). Pravidelně jsem prováděla transkripci, tedy získaná data jsem převedla do doslovné textové podoby bez jakékoli redukce textu, teprve poté jsem text částečně upravila do spisovné podoby. Dále jsem si data rozdělila na analytické okruhy – segmenty (např. odstavce, barevně zvýrazněné věty), ve kterých jsem z hlediska cílů výzkumu hledala význam. V takto upravených datech jsem posléze nalézala podobnosti a souvislosti za využití techniky otevřeného kódování, tedy segmentům jsem přiřazovala specifické kódy, které mi umožnily podrobněji rozpracovat text, pomohly mi v něm se lépe orientovat a usnadnily interpretaci dat. Tento proces jsem zároveň doplnila zapisováním vlastních poznámek k jednotlivým kódům (postřehy, úvahy, předběžné hypotézy aj.).

Podle této metodologie jsem sesbíraná data zpracovala a pokusila se je podle zvolených tematických okruhů zpracovat tak, abych našla odpovědi na výzkumné otázky. Na konci každého analytického okruhu jsem zpracovala vyhodnocení a pokusila jsem se o komparaci svých výsledků s odbornou literaturou.

Analýzou dat se mi podařilo získat tři základní kategorie. Tyto kategorie obsahují data, která se u všech participantů podobala či shodovala. Šlo o kategorie:

- 1) Spolupráce nutričního terapeuta a pacienta
- 2) Proces sezení
- 3) Spolupráce odborníků na léčbu PPP

V součinnosti s uvedenou odbornou literaturou jsem se po analýze jednotlivých tematických okruhů pokusila o komparaci a interpretaci získaných dat:

- 1) Spolupráce nutričního terapeuta a pacienta

Ve vztahu s pacientem všichni dotazovaní kladli důraz na spolupráci, která je založená na soustavném naslouchání, oboustranné důvěře a schopnosti empaticky se do situace svého pacienta vcítit. Zároveň všichni důrazně opakovali, jak moc je důležitá upřímnost ze strany pacienta, přitom u všech bylo společné uvědomění si toho, že PPP doprovází typické zatajování problémů a téměř chorobná lhavost.

„... Prostřednictvím naslouchání lze velmi dobře zjistit, že pacient lže, což bývá u PPP poměrně běžné ... S tím jde samozřejmě ruku v ruce upřímnost ze strany pacienta, což zrovna u PPP není vždycky jednoznačné.“ (Participant 1)

„Klient by mi měl důvěřovat natolik, aby neměl potřebu něco zamlčovat nebo lhát. Já zase důvěřuji jemu, že říká pravdu ...“ (Participant 4)

S výše uvedeným souvisí i skutečnost, že se všichni dotazovaní shodli na potřebě pacienta respektovat, brát ho vážně a dát mu najevo, že jeho pocity, názory i vnitřní boje jsou oprávněné.

„... cokoli, co pacient řekne, a mně se to může zdát do nebe volající, neodsuzuji a přijímám to jako fakt ...“ (Participant 3)

„Snažím se vyjádřit pochopení třeba tím, že souhlasně pokyvují ... takové reakce u pacienta evokují pocit pochopení, které vede k vytvoření důvěry.“ (Participant 6)

Ačkoli každý z participantů přistupuje k léčbě jinak, z odpovědí se dalo snadno vyvodit, že všichni se snaží zůstat ve vztahu k pacientovi objektivní. Pokouší se vytvořit profesionální vztah, ve kterém nepřekračují určité hranice, aby subjektivně nezasáhli do procesu terapie. Zůstávají nestranní, nehovoří o osobních zkušenostech a stále se maximálně koncentrují na potřeby svého pacienta.

„... vlastním názorem, radou nebo zkušeností by se mohla do terapie moc subjektivně ponořit“ (Participant 1)

„Pokud bych do pracovního vztahu vložil příliš osobní iniciativy, pak bych nemusel být k situaci pacienta objektivní, což by vážně ovlivnilo chod léčby ...“ (Participant 2)

„Kdybychom se za tu hranici dostali, mohlo by to poškodit pacienta v tom smyslu, že by se na mě jako na nově vytvořeného a pomáhajícího přítele upnul, což by se mohlo negativně projevit třeba v jeho sociálních vztazích. V tu chvíli by byl náš pracovní vztah nějak narušený ...“ (Participant 5)

Důležitým ukazatelem v práci s pacientem je schopnost terapeuta dát pacientovi naději, že řešení jeho problému je možné. Je velmi podstatné pacientovi důvěřovat, že je schopný své jídelní chování změnit a v této změně ho podporovat, protože toto chování může podnítit jeho motivaci, stejně jako ocenění každého, i neúspěšného pokusu o změnu a pochvala za každý

pokrok. Po prozkoumání dat jsem zjistila, že projev toho, že uzdravení je možné a ocenění a chválu, dávají najevo všichni.

„... snažím se mu naznačit, že jeho problém sice problémem je, ale ne tak velký, aby se nedal vyřešit ...“ (Participant 1)

„Prostě oni potřebujou vidět a slyšet, že to všechno má smysl, že i když šlápnou vedle, tak se nic neděje.“ (Participant 2)

„Zároveň je ale naší povinností dát pacientovi najevo, že to není boj bez konce, že tento boj může vyhrát, pokud o to bude stát a pracovat na tom. Jeho motivace je 75 % úspěchu.“ (Participant 6)

Nicméně zajímavým zjištěním bylo, že ačkoli všichni dotazovaní hovořili o nutnosti pochvaly, ocenění a vyjádření pacientovi, že uzdravení je reálné, jen jeden z nich zmínil konkrétní práci s motivací. To je v rozporu s tvrzením Millera a Rollnicka (2002), podle kterých by měl nutriční terapeut s vnitřní motivací pacienta pracovat, stejně jako s tvrzením Herrinové a Larkinové (2013), které uvádí, že nutriční terapeut by měl být schopný motivovat pacienta v jeho snažení o dosažení cíle a k tomuto cíli ho vést.

Na otázku, jak participant 4 posiluje pacientovu oslabenou motivaci, odpověděl: *„Pokud je pacient už v nějakém progresu a má za sebou i kdyby jen nepatrné úspěšné kroky, začnu mu tyto úspěchy připomínat ... Když pacient s nějakou PPP udělá chybu, má sklony se k této chybě upínat a někdy i celou léčbu vzdát ... Proto svým pacientům v takové situaci řeknu, že se nejedná o neúspěch a bylo by škoda celou léčbu zahodit. ... Snažím se o konfrontaci dosavadní pacientovy situace se situací, která by nastala v rámci uzdravení“.*

Usuzuji, že důvod, proč dotazovaní nutriční terapeuti s motivací nepracují tak, jak by dle uvedené odborné literatury měli, spočívá v jejich nekompetentnosti v tomto hledisku. Jak bude nadále evidentní, všichni participanté jsou si vědomi kompetencí ve svém vlastním oboru a vzdělání, do kterého klasická psychologie nepatří. Dle získaných odpovědí nezasahují participanté do kompetencí psychologa či psychoterapeuta, kteří by se na rozvoj motivace měli zaměřit. Domnívám se, že této problematice by se dalo věnovat více pozornosti, která přesahuje už hranice této bakalářské práce. Pro potvrzení své domněnky lze uvést tvrzení participanta 4, který na otázku ohledně konkrétního postupu práce s motivací odpověděl: *„U toho je nutná podpora ze strany psychiatra nebo psychologa, kteří se na téma motivace a*

kontrola mohou zaměřit hlouběji než já. Já musím diskuzi udržovat pouze na rovině stravování a nezasahovat do práce druhých, odpovědnějších“.

2) Proces sezení

Důležitým poznatkem v této kategorii bylo, že nutriční terapeuti při plánování cíle většinou musí přistoupit na společně vytvořený kompromis, protože ačkoli se někteří pacienti vyléčit sice chtějí, je tomu tak pouze pod podmínkou minimálního váhového přírůstku. Ze získaných dat bylo možné snadno vyvodit, že nutriční terapeuti často využívají v procesu stanovování cílů kompromisů a že si uvědomují, že i shoda ohledně cíle léčby může u některých vzdorujících pacientů znamenat až nadprůměrný úspěch.

„... cíl stanovujeme většinou kompromisem a i to je výhra ... jak už to u těchto nemocí bývá, pacienti přibírat prostě nechtějí ...“. (Participant 1)

„... primárně ti pacienti přibírat nechtějí, vždyť je to jejich největší strach ... Takže nám vlastně nezbyvává nic jiného, než s nimi systematicky vyjednávat a kompromisem stanovit alespoň tu minimální hmotnost.“ (Participant 2)

Potvrdil se i fakt ohledně velikosti cíle a jeho dosažitelnosti, který definuje Úlehla (2005). Nutriční terapeut by neměl ve spolupráci s pacientem stanovovat jeden velký cíl, ale rozdělit jej na dílčí kroky, protože jejich splnění podněcuje pacientovu motivaci. Z toho lze i vyvodit znalost nutričních terapeutů, že je větší pravděpodobnost dosažení malého a snadno uskutečnitelného kroku než jednoho razantního.

„... cíl společně upravíme do takové podoby, který je reálně splnitelný v rámci nutriční terapie ...“ (Participant 4)

„... dílčí a hlavně reálné cíle jsou lepší, než jeden velký a nepřiměřený. Je to dobré pro pacienta v tom smyslu, že vidí ty úspěchy, což ho motivuje ... když vidí, že mu to odsýpá, stoupne u něj naděje a odhodlání v léčbě pokračovat. Splnění dílčích cílů prostě funguje jako skvělý hnací motor.“ (Participant 5)

„Snažím se cíle nastavovat průběžně, působí to lépe na pacientovu motivaci ... jednotlivé cíle musí být rozumné, reálné a nastavené zcela zdravě a citlivě k prodělané poruše“. (Participant 6)

V návaznosti na stanovování cílů a očekávání jsem pátrala po faktorech, které pro nutriční terapeutky předznamenávají efektivitu jejich práce. S ohledem na aktuální zdravotní stav pacienta vedle měřitelných výsledků (konkrétně změny tělesné hmotnosti nebo procentuálního zastoupení tukové a svalové tkáně) všichni participanti považují za důležitý signál úspěšné léčby změnu v postoji ke stravování a v pochopení konzumace jídla jako něčeho, co není jen jakási nutnost k přežití, ale že jde o důležitou součást života, která je naprosto běžná a normální.

„... je vždycky nutné se podívat na to, jak se změnil pacientův vztah k jídlu. Pokud zmizel strach ze stravování a pokud v tom nejlepším případě už pacient nebere jídlo jen jako nezbytnost pro svoji existenci, tak je to pro mě jasným signálem, že se léčba ubírá tam, kam má.“ (Participant 1)

„... samozřejmě změna postoje ke stravování, k níž dojde ve spolupráci s psychoterapeutem.“ (Participant 3)

„Změna postoje k jídlu. To znamená pochopení jídla jako běžné a důležité součásti života, ne jako nepřítele“. (Participant 6)

Zároveň se mi s tím znovu potvrdil již zjištěný fakt, jak moc je pro nutriční terapeutky ze strany pacientů důležitá upřímnost a otevřenost, na čemž stojí celá komunikace mezi těmito dvěma partnery.

V některých odpovědích, ačkoli jsem se přímo nezeptala, jsem mohla také nahlédnout, že nutriční terapeuti chápou stravování jako sociální skutečnost, respektive jako pojítko s jinými lidmi, protože podporovali pacienty ve společném stolování a dokázali ocenit, když pacient konzumaci jídla před jinými lidmi nejen zvládl, ale alespoň se o ni pokusil.

„Když mi pacient řekne, že byl v cukrárně a dal si bez výčitek alespoň lehký cheesecake, mám neuvěřitelnou radost ...“ (Participant 3)

„Vhodným příkladem je třeba změna v tom, že pacient v průběhu léčby začne chodit s nějakou blízkou osobou na obědy, večere ...“ (Participant 4)

„... podle její výpovědi a posléze i jejího psychologa se naučila obědy jíst nejprve ve třídě o samotě a nakonec i ve školní studovně mezi ostatními spolužáky ...“ (Participant 5)

Pouze jeden participant nejmenoval jako jeden z hlavních signálů úspěšné terapie váhový přírůstek, tak jako ostatní. Uvedl ho až jako sekundární důsledek změny postoje k jídlu, kdy není třeba dělat radikální změny ve složení konzumované stravy. Neodvážuji se posuzovat, zda je to správně či nikoli, nicméně je důležité podotknout, že podle Krcha (2005) je primárním cílem nutričního poradenství – vedle dosažení a udržení určité tělesné hmotnosti – zavedení normálního jídelního chování. Odpověď tohoto participanta se mi zdá více než zajímavá a domnívám se, že by stálo za hlubší analýzu prozkoumat, zda samotná změna v myšlení (postoje ke stravování) vede přímo ke změně tělesného stavu pacienta bez zásahu do konkrétního stravovacího režimu (tedy složení jídelníčku).

„Nepovažuji za důležitou nějakou razantní změnu ve složení jídelníčku pacienta. Signálem úspěšné terapie je pro mě změna postoje k jídlu ... S tím jde ruku v ruce nárůst životní energie a postupné uvědomování si větší chuti do života. Úprava fyzického stavu, ať už změna v tělesné hmotnosti nebo vymizení některých příznaků, které jsou pro danou PPP typické, pak přichází samovolně.“ (Participant 6)

3) Spolupráce odborníků na léčbu PPP

V této kategorii jsem se zaměřila především na to, zda mezi různými odborníky na léčbu probíhá vzájemná komunikace a jak vypadá. Krch (2010), Nešpor (2007) i Herrinová s Larkinovou (2013) prezentují PPP jako onemocnění duševního charakteru způsobené různorodými faktory, mající vliv na tělesný, psychický i sociální život daného jedince a aby byla léčba úspěšná, měla by pokrývat všechny tyto aspekty.

U všech participantů jsem v průběhu dotazování nejednou narazila na shodu v tom, že nepracují samostatně, ale na léčbě PPP svých pacientů se kolegiálně podílejí. Za základ považují komunikaci s psychologem/psychoterapeutem pacienta, se kterým diskutují důležité informace k situaci svých pacientů.

„Primárně spolupracuji s psychoterapeutem, protože naše práce se někdy dost překrývá.“ (Participant 1)

„... až když je kvalitní a účinná psychoterapie, začne fungovat i nutriční poradenství. Proto by nutriční poradce měl vždy s psychoterapeutem komunikovat, protože od něj dostává podklady, které mohou být při sestavování jídelníčku a obecně při výživě důležité.“ (Participant 3)

„... pravidelně konzultuji s jeho psychologem, případně psychiatrem, a s ošetřujícím lékařem jen za zvláštních okolností.“ (Participant 5)

„Od lékaře vyžaduji jeho vyjádření k zahájení nutriční terapie kvůli zdravotnímu stavu pacienta, od psychologa z hlediska psychického.“ (Participant 6)

Podle výpovědí si participanti s jinými odborníky sdělují i takové údaje, které už přesahují rámec jejich pracovních pravomocí a které nejsou schopni řešit (ať už kvůli nedostatečnému vzdělání k dané problematice nebo z pracovně etického hlediska, kdy nepřekračují hranici své náplně práce a svých kolegů z jiných oborů). Dotazovaní nutriční terapeuti si jsou vědomi nejen kompetencí v rámci svého oboru, ale také kompetencí členů léčebného týmu a akceptují, že nutriční poradenství nelze považovat za psychoterapeutickou intervenci a v případě potřeby je nutné pacienta odkázat ke specializovanému odborníkovi, protože ze strany pacientů často dochází k propojení osobnosti nutričního terapeuta a psychoterapeuta.

„... my se zajímat můžeme, nebo měli bychom, ale už bychom emoce pacienta neměli rozebírat ... prostě já si hledím svého, to znamená stravování jako takové, ostatní přenechávám psychoterapeutovi. Svou práci někdy stojím mezi ošetřujícím lékařem a psychoterapeutem, ale respektuji své i jejich kompetence a v případě nutnosti pacienta do dané péče odkazuji.“ (Participant 1)

„Při výrazných zdravotních komplikací klienty důrazně odkazuji na spolupráci s lékaři. Stejně tak psychologické otázky odkazuji do psychoterapeutické práce, kterou já klientovi nemohu poskytnout.“ (Participant 4)

S těmito a následujícími výpověďmi koresponduje tvrzení Kopřivy (1997), totiž že nutriční terapeuti nemají hlubší vzdělání v oboru psychologie, ačkoli jejich práce s prací psychologa často koreluje.

„Vždyť já ani nemám vzdělání k tomu, abych pacienta psychologicky zkoumala ... iniciativu pak musel převzít psychoterapeut, který se snažil tento blok odstranit, to už zase moje práce není.“ (Participant 3)

„Každý z nás jasně ví, co si může na základě vlastního vzdělání dovolit a co už musí přenechat druhému.“ (Participant 5)

„Každý máme jasně vymezené kompetence, které respektujeme a hranice nepřekračujeme ...“ (Participant 6)

V případě, že pacient v rámci nutriční terapie hovoří o tématu hodného psychoterapeutického sezení, všichni participanti pacienta s daným tématem či problematikou nenásilně odkážou na řešení s jejich psychoterapeutem. Zároveň s tím jsem mohla odhalit, že dotazovaní berou ohled na přesměrování pacienta k psychoterapeutovi v tom smyslu, aby nenarušili nejen svůj terapeutický vztah s pacientem, ale také vztah pacienta a psychoterapeuta.

„Pokud bych pacienta psychologicky zkoumala a chybovala, byla bych velmi nerada, kdyby to moje pochybení mělo vliv na průběh psychoterapie nebo vztah pacienta a psychoterapeuta ...“ (Participant 3)

„I když nás spojuje jeden pacient a jeden případ, naplní každého z nás je něco jiného ... pokud něco důležitého je, mohu si to u kolegy vždy zjistit. Nebylo by vůbec vhodné, kdybych začala řešit něco, pro co je kompetentní kolega, protože bych tím mohla narušit jeho terapii.“ (Participant 6)

Pro léčbu PPP je nutný interdisciplinární přístup. Jak jsem interpretovala výše, spolupráce nutričního terapeuta s psychologickou složkou funguje. Nicméně zajímavým zjištěním je, že ačkoli dotazovaní participanti s lékařem spolupracují, tuto spolupráci nepovažují za důležitější než s psychoterapeutem. Žádný z participantů se také nezmínil o spolupráci se sociálním pracovníkem, který se zaměřuje na pomoc pacientům ze sociálního hlediska. Je pouze mou domněnkou, že komunikace ohledně sociální podpory pacienta probíhá především mezi sociálním pracovníkem a psychoterapeutem, protože se mohou zaměřit na specifický sociální problém z psychologického hlediska. Tento předpoklad by samozřejmě bylo nutné podložit konkrétním výzkumem.

„S ošetřujícím lékařem moc nekomunikujeme, rozhodně ne víc než s psychoterapeutem ...“ (Participant 1)

„... spíše s ním konzultuji velmi sporadicky. Hovoříme spolu před započítím léčby ... V průběhu léčby se s lékařem setkávám jen v případě naléhavého problému.“ (Participant 5)

„Některé pacienty odkazují po konzultaci s lékařem na fyzioterapeuta pro rehabilitační cvičení, jiným doporučují návštěvu různých specialistických pracovišť, například psychosomatické kliniky, nebo dokonce doporučují alternativní metody, jako je třeba tradiční čínská medicína. S pracovníky těchto oborů ale nijak nespolupracují. Vše ale po konzultaci s lékařem.“ Na dotaz, zda tento participant spolupracuje s lékařem pacienta více než s jeho

psychologem, se znovu ale potvrdilo, že spolupráce s lékařem není úplně stěžejní: „*To určitě ne. Je to tak půl na půl a v závislosti na zdravotním stavu pacienta.*“ (Participant 6)

Po získání výše zmíněných informací o spolupráci nutričních terapeutů a jiných odborníků na léčbu PPP jsem se ještě soustředila na subjektivní názor participantů, zda by léčba mohla být bez jakékoli spolupráce úspěšná. V této problematice se odpovědi ale lišily. Zatímco většina dotazovaných se jednoznačně shodla, že léčba by bez spolupráce efektivní nebyla, další kladli důraz na samotnou práci pacienta a jeho motivaci se uzdravit.

K první skupině participantů musím dodat, že ačkoli tvrdí, že léčba by nebyla úspěšná bez komplexního přístupu, z výše uvedených odpovědí je zřejmé, že sami aktivně spolupracují pouze a primárně s psychoterapeutem.

„... *léčba nemocí, jako jsou PPP, musí být komplexní ... Prostě víc hlav, víc informací a větší naděje k tomu, že se pacient uzdraví, respektive že my mu pomůžeme se uzdravit*“ (Participant 1)

„... *prostě to musí jít ruku v ruce ... protože my si mezi sebou důležité informace předáváme*“ (Participant 2)

Ale i u druhé skupiny dotazovaných dochází v rozporu v tom smyslu, že ačkoli jako důležitý aspekt léčby uvádějí odhodlanost pacienta, v prvním tematickém okruhu motivaci vůbec neuvedli. Přitom z podložené literatury (Papežová, 2010) je evidentní, že základním ukazatelem pro léčbu PPP je motivace pacienta a jeho vůle se léčit.

„*Hlavní práce vždy spočívá na samotném pacientovi, i kdyby měl okolo sebe jakékoliv množství odborníků.*“ (Participant 4)

„... *hlavně záleží na motivaci pacienta ... spolupráce odborníků je důležitá, ale ne důležitější než motivace samotného člověka.*“ (Participant 5)

„*V některých případech je klíčová kombinace psychologa, nutričního terapeuta a třeba fyzioterapeuta, jindy stačí jen psycholog. Důležitá je ale motivace pacienta ...*“ (Participant 6)

I přes tyto odlišené odpovědi ale lze tvrdit, že aby byla léčba úspěšná, musí se brát v úvahu stav motivace pacienta a jeho zcela individuální potřeby. Léčba musí být ušitá pacientovi přímo na míru, proto tedy každému vyhovuje i jiná kombinace odborníků a celkový přístup.

DISKUZE

Ráda bych zde shrnula poznatky a zjištění, ke kterým jsem došla v rámci výzkumného šetření a pokusila se zodpovědět výzkumné otázky, které jsem si v úvodu práce stanovila.

Tato bakalářská práce byla zaměřena na nutriční poradenství při léčbě poruch příjmu potravy, konkrétněji na proces nutriční terapie, přístup nutričních terapeutů k pacientům, na vztah mezi nutričními poradci a pacienty a na spolupráci odborníků, kteří se léčbě poruch příjmu potravy věnují.

Prováděla jsem výzkumné šetření, jehož cílem bylo prozkoumání postoje, který zaujímají nutriční terapeuti obecně k terapii a svým pacientům a celkově ke skutečnosti, kdy u onemocnění se základem v psychice pacienta, jako jsou poruchy příjmu potravy, je vyžadovaný interdisciplinární přístup k léčbě. Získaná data, která jsem komparovala s odbornou literaturou, mi poskytla odpovědi na položené výzkumné otázky.

Ačkoli vzorek dotazovaných participantů byl co do jejich délky praxe, vzdělání a zkušeností s léčbou poruch příjmu potravy spíše smíšený, na základě výsledků si dovoluji soudit, že potvrdili většinu tvrzení ohledně důležitých aspektů léčby i spolupráce s jinými odborníky, která jsem uvedla v teoretické části z materiálu dostupné literatury.

Odpovědi, které se vztahovaly ke klíčovým aspektům léčby poruch příjmu potravy, potvrzovaly tvrzení uvedená v teoretické části. Za důležitý faktor lze zcela jistě považovat upřímnost pacientů, což korespondovalo s tvrzením Zadáka (2008). Ze získaných odpovědí je evidentní, jak moc je tento aspekt významný, protože jej dotazovaní několikrát stále zmiňovali. S tím souvisí i potřeba oboustranné důvěry a respektu, jak stejně uvádí Kopřiva (1997). Mezi osobnostní kvality nutričního terapeuta, které jsou pro kvalitní léčbu podstatné, lze zařadit soustavné naslouchání a schopnost empatie a pochopení pacientovy situace, což jsou stejné aspekty, jaké citují texty Herrinové a Larkinové (2013).

Pro úspěšnou léčbu je velmi důležitá schopnost nutričních terapeutů, kterou jmenuje i Papežová (2010), a to udržení si v rámci vztahu s pacientem profesionální odstup. Tato skutečnost souhlasí i s uvedenou studií zaměřenou na nepřekročení profesionální hranice od Jonese (2015).

Všechny tyto aspekty umožňují nutričním terapeutům řídit kvalitní terapii, která vede k uzdravení pacienta. Všichni participanté jej zdůrazňovali jako podstatnou součást

komunikace, která podmiňuje efektivní spolupráci, například v kompromisním stanovování cílů.

V rozporu s tvrzením Millera a Rollnicka (2002) a Herinové a Larkinové (2013) většina participantů s motivací pacienta nijak zvlášť nepracuje a pokud ano, pak se jí snaží jen posílit na základě pochvaly a ocenění. Hlubšího zkoumání motivace pacienta z jejich strany jsem se nedopátrala, protože jako důležitý aspekt jej jmenovali pouze dva participanté. Práci s motivací přenechávají spolupracujícím psychologům či psychoterapeutům, protože sami se v tomto hledisku, které zasahuje do oboru psychologie, necítí kompetentní. Jak jsem už uvedla v kapitole 3.5 (Analýza dat), domnívám se, že by se této problematice dalo věnovat více pozornosti, která ale už bohužel hranice této bakalářské práce přesahuje.

Odpovědi, které se týkaly významnosti spolupráce nutričních terapeutů a dalších odborníků na léčbu, přinesly zároveň i poznatek k první výzkumné otázce. Zprvu musím podotknout, že všichni participanté ve své praxi spolupracovali i s jinými odborníky (především s psychologem či psychoterapeutem pacienta, s ošetřujícím lékařem spíše omezeně a jiní odborníci jmenováni nebyli). Spolupráci odborníků považovali za důležitý aspekt úspěšné léčby, ale ne za nejdůležitější. Polovina participantů pokládala spolupráci odborníků za klíčovou, zatímco druhá zmiňovala hlavně pacientovu práci na sobě a jeho motivaci. Nicméně i přes odlišné odpovědi bylo možné nalézt základní spojitost v tom, že dotazovaní si byli vědomí potřeby komplexního přístupu k léčbě, stejně jako zdůrazňuje Papežová (2010), což předpokládá správnou kombinaci odborníků s ohledem na individuální potřeby pacienta, jeho motivovanost a odhodlání se uzdravit, jak také uvádí Leibold (1995) a Krch (2005).

Obávám se, že výsledky z tohoto výzkumného šetření neumožňují jakoukoli generalizaci, protože se ho účastnil nakonec menší počet participantů, než bylo původně plánováno. Zároveň ale dodávám, že jak uvádí Šťovíčková-Jantulová (2009/2010), jedná-li se o kvalitativní výzkum, zobecnování na populaci je většinou nerealizovatelné. Přesto se domnívám, že výsledky výzkumu nakonec potvrzují některá již doložená fakta a přináší i zajímavé informace, kterým by bylo možné věnovat více pozornosti.

Závěrem lze říci, že v souladu s literaturou z teoretické části výzkumné šetření potvrdilo téměř všechny informace v ní uvedené a souhlasilo s výsledky zmíněných výzkumů. Doufám, ačkoli výzkum nepřinesl prakticky žádné nové poznatky, ale jen potvrdil ty již vyčtené, že bude tato bakalářská práce užitečná nebo přinejmenším poutavá k přečtení pro ty, kteří se o nutriční poradenství zajímají nebo přímo se mu věnují.

Zandlová (2015) hovoří o výhodách kvalitativního výzkumu, konkrétně rozhovoru, díky kterému má výzkumník větší příležitost dané problematice hlouběji porozumět. Na základě tohoto výzkumu jsem mohla nahlédnout, jak důležité je při léčbě tak citlivého onemocnění vystupování nutričního terapeuta a jeho jednání směrem k pacientovi, jehož osobnost bývá vlivem nemoci často velmi zdecimována. Zároveň jsem získala mnoho nových a cenných informací, jak se poruchy příjmu potravy ve skutečnosti opravdu léčí z hlediska různých odborníků a specializovaných pracovišť.

V návaznosti na tuto bakalářskou práci by bylo zajímavé zjistit, jak se k nutričnímu poradenství staví samotní pacienti s poruchami příjmu potravy. Jak vnímají osobnost nutričního terapeuta, ale také proces terapeutického sezení. Podle mého názoru by ale bylo třeba do výzkumného vzorku zařadit pouze ty pacienty, kteří jsou ze své poruchy už vyléčení. Domnívám se, že kdyby byl výzkum prováděn s pacienty, kteří současně nutriční terapii stále podstupují, někteří z nich by se k tomu mohli stavět zaujatě.

ZÁVĚR

Tato bakalářská práce se zabývá nutričním poradenstvím jako součástí léčby poruch příjmu potravy.

Cílem práce bylo na základě kvalitativního výzkumného šetření zjistit, jaké aspekty považují sami nutriční terapeuti v rámci léčby poruch příjmu potravy za významné a jak vnímají důležitost spolupráce specialistů, kteří se léčbě také věnují.

V teoretické části, rozdělené na dvě velké kapitoly, jsem nejprve přiblížila problematiku poruch příjmu potravy, kde jsem uvedla základní informace o tomto onemocnění (mentální anorexii, mentální bulimii a psychogenním přejídání), popsala základní faktory, které se podílejí na vzniku a rozvoji, a poměrně obsáhlou část věnovala samotné léčbě. Uvedené informace jsem podložila odbornou literaturou s výzkumy českých i zahraničních autorů.

V části praktické jsem prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů získávala informace, které by mi pomohly zodpovědět výzkumné otázky. Pro přehlednost získaných dat jsem se zaměřila na předem zvolené tři tematické okruhy a dotazovala se již připravenými otázkami, které jsem v průběhu rozhovorů měnila a uzpůsobovala konkrétním podmínkám. Rozhovoru jsem se účastnila já, jakožto výzkumník, a vždy jeden nutriční terapeut, který splňoval mnou zvolená dvě kritéria – praxe s léčbou poruch příjmu potravy minimálně u jednoho pacienta a vysokoškolské nebo vyšší odborné vzdělání v oboru Nutriční terapeut. Účastníci byli vybíráni účelově a využila jsem také metodu sněhové koule (snowball sampling). Cílem rozhovorů bylo nalezení toho, co nutriční terapeuti shledávají v léčbě poruch příjmu potravy za stěžejní, aby byla léčba úspěšná a vedla pacienta k uzdravení. Cíleně jsem se proto zaměřovala na terapeutův postoj k léčbě, na jeho vztah s pacientem, proces sezení a spolupráci s jinými odborníky. Tímto postupem jsem získala velké množství informací, které jsem prostřednictvím otevřeného kódování roztřídila, zredukovala a specificky pojmenovala. Na základě toho jsem tyto poznatky komparovala s uvedenou odbornou publikací a tím došla k výše uvedeným závěrům.

SEZNAM POUŽITÝCH PRAMENŮ A LITERATURY

BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. Praha: MAC, 2003. Diety pro nejčastější choroby. ISBN 80-86015-91-2.

COOPER, Peter J. *Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání: jak se uzdravit*. Olomouc: Votobia, 1995. ISBN 80-85885-97-2.

ČERNÁ, Ria. *Význam svépomocných skupin na cestě k motivaci a participaci na léčbu poruch příjmu potravy*. Pardubice, 2005. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace-375-vyznam-svepomocnych-skupin>

FOŘT, Petr. *Tak co mám jíst?*. Praha: Grada, 2007. Zdraví & životní styl. ISBN 978-80-247-1459-2.

HADAŠ, Lubomír. *Poruchy příjmu potravy: psychosociální přístup rodinné terapie*. Masarykova Univerzita: Fakulta sociálních studií. Disertační práce. Brno. 2007. Dostupné z: https://is.muni.cz/th/55290/fss_d?info=1;zpet=%2Fvyhledavani%2F%3Fsearch%3Dlubom%C3%ADr%20hada%C5%A1%20agenda:th%26start%3D1

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HERRIN, Marcia. a Maria. LARKIN. *Nutrition counseling in the treatment of eating disorders*. 2nd ed. New York, NY: Brunner-Routledge, 2013. ISBN 9780415642576.

HERRIN, Marcia. a Nancy. MATSUMOTO. *The parent's guide to eating disorders: supporting self-esteem, healthy eating, & positive body image at home*. 2nd ed. Carlsbad, CA: Gürze Books, c2007. ISBN 978-0-936077-03-1.

KALINA, Kamil. *Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii*. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-4361-5.

KELLOGOVÁ, Molly. *Kellogg's Counseling Tips for Nutrition Therapists: Ending Treatment*. 2008. Dostupné z: <http://www.mollykellogg.com/archive08.html#75>

LEIBOLD, Gerhard. *Mentální anorexie: příčiny, průběh a nové léčebné metody*. Praha: Svoboda, 1995. ISBN 80-205-0499-0.

KOPŘIVA, Karel. *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Portál, 1997. ISBN 80-7178-150-9.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2008. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2005. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-x.

KRCH, František David a Eva MARÁDOVÁ. *Výchova ke zdraví: poruchy příjmu potravy : příručka pro učitele*. Praha: VÚP, 2003.

MINUCHIN, Salvador. *Rodina a rodinná terapie*. Praha: Portál, 2013. ISBN 978-80-262-0371-1.

NEŠPOR, Karel. *Návykové chování a závislost*. 3., aktualiz. vyd. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-80-7367-267-6. NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava. Realimentace u závažných poruch příjmu potravy. In: *Vědecký seminář Psychiatrické společnosti ČLS JEP, PRAHA*. 2007.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010. ISBN 978-80-7204-657-7.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa: příručka pro všechny, kteří nemocí trpí - postižené samotné, jejich rodiny, přátele, partnery a některé odborníky (učitele a lékaře první linie)*. Praha: Psychiatrické centrum, 2003. ISBN 80-85121-81-6.

PAPEŽOVÁ, Hana. *Bulimia nervosa*. Vyd. 1. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2003. ISBN 85121-32-8.

PAPEŽOVÁ, Hana, ed. *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, 2010. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

SLADKÁ-ŠEVČÍKOVÁ, Jana. *Z deníku bulimičky*. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-795-7.

ŠŤOVÍČKOVÁ-JANTULOVÁ, M. (2009/2010). Úvod do empirického výzkumu sociálních věd. *E_Úvod do společenskovedních metod*. [e-learning]. [online]. Praha: FHS UK. [cit. 2015-11-03]. Dostupné z: <http://moodle.fhs.cuni.cz/course/view.php?id=614>

TASCA, G. A., BONE, M. Individual versus Group Psychotherapy for Eating Disorders. *International Journal of Group Psychotherapy*. 2007, 57, 3. ISSN 0020-7284.

ÚLEHLA, Ivan. *Umění pomáhat: učebnice metod sociální praxe*. Vyd. 3., v Sociologickém nakladatelství (SLON) 2. Praha: Sociologické nakladatelství, 2005. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 80-86429-36-9.

ZADÁK, Zdeněk. *Výživa v intenzivní péči*. 2., rozš. a aktualiz. vyd. Praha: Grada, 2008. ISBN 978-80-247-2844-5.

SLÁDKOVÁ, Iva. *Poruchy příjmu potravy a vnitřní svět nemocných*. Psychologie dnes, 2005. ISSN 1212-9607.

LE GRANGE, D., EISLER, I. Family interventions in adolescent anorexia nervosa. Dostupné z:

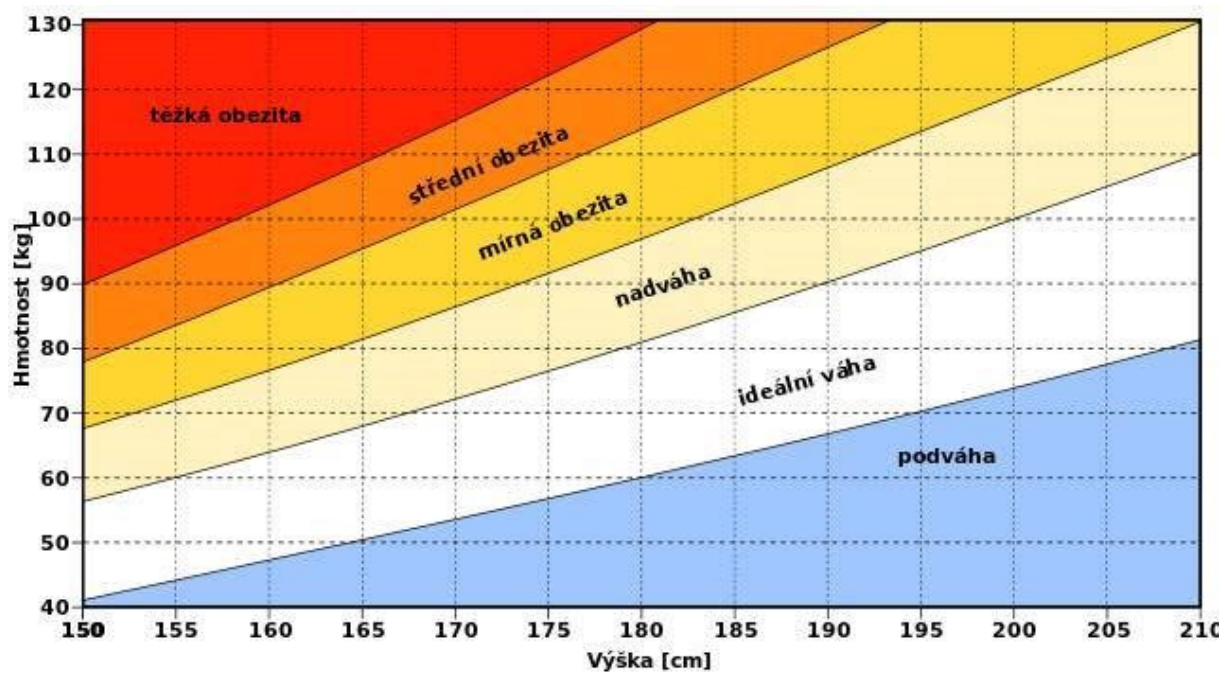
http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice%20papers/practice_paper_nutrition_intervention.ashx

LE GRANGE, D., DOYLE, P., CROSBY, R.D., CHEN, E. *Early response to treatment in adolescent bulimia nervosa*. Dostupné z:

http://www.eatrightpro.org/~media/eatrightpro%20files/practice/position%20and%20practice%20papers/practice%20papers/practice%20papers/practice_paper_nutrition_intervention.ashx

PŘÍLOHY

Graf – BMI



Zdroj: <http://www.wikiskripta.eu/index.php/BMI>