

## Participant 1

- **Co považujete na práci s pacientem s PPP za nejdůležitější?**

Nutričnímu poradenství se věnuji více jak osm let a za tuto dobu jsem se naučila, že nejdůležitějším ve vztahu mezi mnou a mými pacienty je naslouchání. Pacienti ke mně přicházejí s žádostí o určitou pomoc v situaci, ve které si sami nevědí rady, a abych byla schopná jim pomoci, musím si poslechnout jejich příběh. Snažím se v něm nacházet skryté signály, které mi o pacientově prognóze více vypoví. Jedna věc je držet v ruce papír, na kterém jsou výsledky z lékařského vyšetření, a člověk to má černé na bílém. Druhá věc je vyposlechnout si pacienta a nacházet to, co na papíře není. A nemluvím jen o vyslechnutí na začátku terapie, ale o soustavném naslouchání v průběhu celé léčby.

**Hovoříte o naslouchání, na základě čehož nalézáte skryté signály. Co tím myslíte?**

Tak například lze prostřednictvím naslouchání velmi dobře zjistit, že pacient lže, což bývá právě u PPP poměrně běžné. Pacient mluví, já naslouchám a dělám si poznámky. Není to samozřejmě v rámci jednoho sezení, ale v průběhu léčby zjistím, že když mi pacient něco říká a já se vrátím zpětně ke svým poznámkám, nesedí to, a to většinou u pacientů, kteří ke mně byli „dotazeni násilím“, dobrovolně přichází pacienti se vyléčit chtějí a většinou nemají tendenci lhát. Na základě toho se můžu dopátrat k tomu, jak moc bere pacient léčbu vážně.

**Jak postupujete dále, když zjistíte, že pacient lže?**

To záleží, v čem lže. Vzhledem ke svému oboru jde většinou o to, že tvrdí, že stravovací plán dodržuje, že jí vše v předepsaném množství atd. Jídelníčky bývají sestavené tak, aby pacient pozvolna přibíral nebo se jeho váha stabilizovala. Takže když mi pacient s anorexií tvrdí, že jídelníček na sto procent dodržuje a já mám před sebou výsledky z měření, kde vidím, že váha klesá, pak je to jasné. No a v tu chvíli je poměrně náročné si uvědomit, jak postupovat, protože evidentně má ten pacient stále blok ve stravování a na nějaké hrozby z mé strany by mohl reagovat tak, že se stáhne. Takže s ním začnu pomalu a citlivě rozebírat, jak je to možné, že to co říká, nesedí s tím, co jeho tělo vykazuje. Někteří pacienti přiznají barvu a pak se můžeme zaměřit na to, co mu v jídelníčku nesedí, jiní naopak pořád mlží. V obou případech ale informuju jejich psychoterapeuta, aby se více zaměřil na jídelní postoje a odblokování pacienta. Každopádně, i když mi pacient řekne, že jíst nemůže nebo nechce, je to pro mě aspoň náznak toho, že pacient spolupracuje, protože je ke mně upřímný, než když zatajuje.

## **Co je tedy tím klíčovým v kontextu nutričního poradenství při léčbě PPP?**

No, tak vztah mezi mnou a mým pacientem musí být založený na vzájemné komunikaci, kdy já naslouchám, pacient mluví. Na základě toho, co řekne, já zvažuji, jak reagovat, jak mu pomoci a společně nacházíme ve stravování vhodné řešení. Jedině tak může spolupráce fungovat. A s tím pak jde samozřejmě ruku v ruce upřímnost ze strany pacienta, což zrovna u PPP není vždycky jednoznačné. Na druhou stranu už není mojí prací přesvědčovat pacienta, že léčba je pro něj dobrá a proto by měl být ke mně otevřený, to je na jeho uvědomění a na práci psychoterapeuta.

- **Jaké máte zkušenosti s tím, jak se tyto aspekty projevují ve vaší práci?**

Vždycky se mi potvrdilo, že s pacientem musíme mluvit. Samozřejmě se zprvu stává, že pacienti mlčí, stydí se nebo spolupracovat prostě nechtějí. Většinou se ale rozmluví a nejdůležitější je, že vidím, že se jim častokrát uleví. Za to, co říkají, je rozhodně neodsuzuji, vyjadřuji pochopení, což jim umožní překonat tu prvotní bariéru a potom začnou spolupracovat.

### **Tvrdíte, že se pacienti nakonec rozmluví. Jak je to možné?**

Tak tady si myslím, že to záleží na mém přístupu a že právě to, že se rozmluví, je jejich odezva. Snažím se být velmi empatická a vcítit se do role člověka, který naproti mně sedí a je prakticky zoufalý. Vyjadřuji pochopení k tomu, jaký problém pacient má a aby si nepřipadal méněcenný, snažím se mu naznačit, že jeho problém sice problémem je, ale ne tak velký, aby se nedal vyřešit. Tím mu dodám vlastně i odvahy. Myslím, že každý nutriční terapeut by měl mít schopnost empatie, bez toho to také nejde, bez toho se mu pacient nemusí otevřít.

- **Jakým způsobem navazujete vztah?**

To záleží na tom, jestli pacient přichází dobrovolně nebo je ke mně doporučovaný. Pokud přijde dobrovolně a vyhledal si mě sám, pak je to nejtěžší za námi, protože nemusíme prolamovat žádné ledy a prakticky můžeme začít rovnou s prací. Pokud je ke mně doslova dotáhnutý násilím, tak se ty překážky překonávají těžko, ale samozřejmě to jde. Já například začnu mluvit o něčem úplně obyčejném, ale ne o ničem ryze osobním, aby pacient neměl pocit, že se stáváme přáteli, to by nedělalo dobrotu, i když by se to mohlo projevit až třeba v průběhu několika sezení. Takže třeba o počasí, abych viděla, jak na takové obecné téma pacient reaguje. Podle toho pak volím další postup, většinou se ptám, co pacient dělá, pokud

studuje, tak co a zda ho to baví, a co dělá ve volném čase atd. Pacient se nenásilně otevře a postupně se dostáváme k problematice ve stravování. Vidíte, stojí to všechno na komunikaci, jenom je nutné zvolit ten správný přístup.

### **A co děláte v případě, že pacient ani po tomto postupu nespolupracuje?**

To je trochu problém, protože s některými pacienty se opravdu nedá někdy hnout. Volím stejný postup ale s tím, že po sezení kontaktuji spolupracujícího psychoterapeuta a upozorním ho, aby se na tu otevřenost zaměřil. Léčila jsem například slečnu s dlouholetou anorexií, která odmítala komunikovat. Zvolila jsem tenkrát nenásilnou metodu povídání si o čemkoli jiném, jenom ne o stravování a jídle a zároveň informovala jejího psychoterapeuta, aby na tom zapracoval. Slečna se rozmluvila až na čtvrtém sezení, resp. na čtvrtém sezení jsme začaly hovořit o jídle, ale účel byl splněn.

- **Jakým způsobem vedete komunikaci s pacientem?**

Jak už jsem řekla, diskuzi se snažím vést tak, aby se pacient cítil hlavně pohodlně. Jeho názory neodsuzuji, aby se necítil ponížene a méněcenně. Po celou dobu se snažím dodávat mu sebedůvěru, že léčbu zvládne a uzdraví se, to je hned vidět, jak se pacientovi uleví.

### **Jak mu tu sebedůvěru dodáváte?**

Snažím se ho povzbuzovat, chválím ho za každý pokrok, ale i za každý neúspěšný pokus o pokrok. Když k vám přijde anorektický pacient a upřímně vám řekne, že se snažil sníst celý oběd, ale čtyři kousky brambor vynechal a tak si místo toho přidal maso, tak to vás prostě potěší nejen proto, že vám to pacient upřímně přiznal, ale taky že je vidět i jeho iniciativa splnit a dodržet to, co má předepsané. V tento moment nešetřím chválou a to pacienta nakopne vždycky.

- **Jakým způsobem probíhá stanovování cílů?**

Pokud se jedná o léčbu PPP, tak cíl stanovujeme většinou kompromisem a i to je výhra. Pacient s nějakou tělesnou hmotností přijde a po ukončení léčby by měl s jinou odcházet, ale jak už to u těchto nemocí bývá, pacienti přibrat prostě nechtějí. Takže se s ním snažím udělat kompromis, na to většinou přistoupí. Ale cílem není jen úprava hmotnosti, ale taky pravidelnost ve stravování a dodržování množství snědeného jídla, takže se zaměřujeme na to, jak si pacient bude vést záznamy a cílem každého následujícího sezení je tyto záznamy projít a najít v tom problémy a tyto problémy společně řešit.

- **Jak poznáte, že je vaše práce efektivní? Co je pro vás signálem úspěšné terapie?**

To záleží, o jaký případ se jedná. Pokud jde o anorexii, tak tam je většinou nejdůležitější ten hmotnostní přírůstek, samozřejmě adekvátní ke zdravotnímu stavu té osoby. Pokud o bulimii, tak tam ti pacienti váhově zase tolik nekolísají, tam je pro mě stěžejní dodržování pravidelnosti ve stravování. Každopádně v obou případech 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 ke své existenci, tak to je pro mě jasným signálem, že léčba ubírá tam, kam má.

- **Jak vypadá spolupráce mezi vámi a jinými odborníky na léčbu? Jak máte rozdělené kompetence se spolupracujícími odborníky?**

Primárně spolupracuji s psychoterapeutem, protože naše práce se někdy dost překrývá. Jenže nutriční terapeut není psychoterapeut, takže pokud mám pocit, že jsem odkryla nějaký problém, tak ihned dávám spolupracujícímu psychoterapeutovi echo, aby se na to zaměřil. Zároveň i on mi dává vědět o důležitých informacích ohledně jídla, pokud na nějaké narazí nebo mu je pacient řekne.

**Vidím, že v rámci léčby berete zřetel i na psychologickou složku, ačkoli cílem je určitá hmotnost a pravidelnost ve stravování. Jaké jsou tedy pro vás hranice, kde už pacienta odkazujete na psychoterapeuta?**

To je další náročná věc nás nutričních poradců, protože nejsme právě psychoterapeuti. Jenže pořád poskytujeme poradenství a v tomhle případě především u duševních poruch, takže si myslím, že bychom měli brát ohled na to, jak se pacient cítí, jaké má k jídlu postoje atd. Jenže rozdíl je v tom, že my se zajímat můžeme, nebo měli bychom, ale už bychom emoce pacienta neměli rozebírat, to už v našich kompetencích zase není. Takže například já osobně se pacienta zeptám, jestli se třeba změnil vztahy k lepšímu v jeho rodině nebo s partnerem, ale jeho odpovědí to většinou hasne.

**Co když se ale některý pacient rozmluví a chce danou věc probírat zrovna s vámi, i když to není ve vašich kompetencích? Jak to řešíte?**

To se stává poměrně často, ta hranice mezi nutričním terapeutem a psychoterapeutem je úzká. Když se tedy pacient rozpovídá a zaběhne tam, kam by měla směřovat diskuze

s psychoterapeutem, pak ho nechám domluvit, ale ihned potom rozhovor směřuji na naše téma a doporučím mu, aby to probral se svým psychoterapeutem. Pokud chce mluvit dál, tak ho sice nechám, ale prakticky na to reaguju dost okrajově, respektive mu nedávám žádné rady ani se nesnažím vyjadřovat vlastní názor, protože ten by zaprvé z psychologického hlediska a hlavně v očích jeho psychoterapeuta nemusel být správný a za druhé bych se vlastním názorem, radou nebo zkušeností mohla do terapie moc subjektivně ponořit. Prostě já si hledím svého, to znamená stravování jako takové, ostatní přenechávám psychoterapeutovi.

### **Jak komunikujete s ošetřujícím lékařem?**

S ním moc nekomunikujeme, rozhodně ne víc než s psychoterapeutem. Většinou se mi od ošetřujícího lékaře dostane do rukou lékařská zpráva o zdravotním stavu pacienta, resp. O důležitých aspektech, které je nutné znát v nutričním poradenství při plánování jídelníčku. Ale prakticky do styku moc nepřijdeme, on léčí vyloženě tělesné problémy, zatímco já se zaměřuji jen na to stravování a z lékařského hlediska maximálně s tím ohledem, zda na nějaké potraviny pacient nemá alergii, zda nemá cukrovku atd. Svou prací někdy stojím mezi ošetřujícím lékařem a psychoterapeutem, ale respektuji své i jejich kompetence a v případě nutnosti pacienta do dané péče odkazuji.

### **Kladete tedy důraz na spolupráci především s psychoterapeutem. Myslíte si, že by mohla léčba úspěšně fungovat, kdyby zde spolupráce nebyla?**

Rozhodně ne. Zaprvé léčba nemocí, jako jsou PPP, musí být komplexní, léčí je odborníci z mnoha různých oborů. Nedovedu si představit, že by se nějaký nutriční terapeut pustil do psychoterapie, zároveň psychoterapeut že by vytvářel jídelníčky. To by nadělalo víc škody než užitku, protože každý máme jiné vzdělání. Tím, že spolupracujeme, tak se vlastně zároveň i vzájemně obohacujeme o zjištěné informace a nové poznatky k tomu danému pacientovi. Prostě víc hlav, víc informací a nápadů a větší naděje k tomu, že se pacient uzdraví, respektive že my mu pomůžeme se uzdravit.

## Participant 2

- **Co považujete na práci s pacientem s PPP za nejdůležitější?**

Já osobně dávám pacientovi najevo, že pro mě není pouhým pacientem, ale snažím se o přátelský přístup. Tenhle postup umožní, že se pacient postupně otevře. Zároveň jsem si ale vědom potřeby profesionálního odstupu, aby vztah zůstal stále jen v pracovní rovině. V okamžiku, když se vztah dostane za hranici profesionality, může vzniknout problém a tahle situace nastat nesmí. Pokud bych i já do pracovního vztahu vložil příliš osobní iniciativy, pak bych nemusel být k situaci pacienta objektivní, což by vážně ovlivnilo chod léčby a to není žádoucí. Měl jsem například pacientku s diagnózou psychogenního přejídání. Měla zvýšenou tělesnou hmotnost, proto jsem jí nastavil takový stravovací režim, který povede k mírnému poklesu. Vidíte, neříkám schválně dieta, to je u mě v ordinaci zakázané slovo. Jednou jsme se ale náhodou s tou pacientkou potkali na nějaké firemní akci a ona viděla, že piju pivo a pojídám k tomu šunkový chlebíček. Byl to kámen úrazu, protože nejenže to u ní spustilo záchvat emočního přejedení, ale zároveň od té chvíle se ona ode mě až neuvěřitelně vzdálila.

### **Proč se tomu tak stalo?**

No protože tihle lidi s narušenou psychikou mají někdy tendenci ve svém terapeutovi, ať už psycho nebo nutričním, vidět něco jako „boha“. Prostě někoho, kdo sám dělá to, co radí jemu, kdo dodržuje stejný stravovací režim, jako on. A v neposlední řadě taky někoho, kdo když něco udělá, tak to dělá stoprocentně správně. Takže ta pacientka když viděla, jak s úplným klidem popíjím pivo a dávám si chlebíček, hlavou jí nejdříve problesklo, že si může dát tedy taky. Což o to, i když byla v redukci, ocenil bych, kdyby si dala, protože to je NORMÁLNÍ. Jenže jí se v hlavě také honilo, jak je možné, že kážu vodu a piju víno. Že jím nezdravý a tučný chlebíček a popíjím alkohol, když jí jsem naordinoval žitný chleba a zelený čaj. To v ní vyvolalo pravděpodobně asi stresovou reakci a spustilo nekontrolovatelné přejídání. Terapie se mnou pak už neprobíhala tak, jak by měla, protože pacientka se stáhla do sebe, přestala úplně komunikovat a já nebyl ani za pomoci psychoterapeuta schopný jí nadále pomáhat. Po konzultaci s psychoterapeutem jsem ji tedy odkázal k jinému nutričnímu poradci, kde chvíli trvalo, než pacientka začala spolupracovat, ale nakonec léčbu zvládla. Upřímně jsem z celé té situace byl pomalu stejně rozpačitý jako on, dával jsem si to i za vinu a považoval to tak trochu za profesní selhání. Až později jsem si uvědomil, že jsem tomu nemohl zabránit a došlo mi, jak je důležité udržet si profesionální odstup nejen v tom smyslu, aby se z nás

s pacientem nestali přátelé, ale i po takovém náhodném setkání jsem měl na sezení zachovat chladnou hlavu a reagovat jinak.

### **Můžete mi říct jak jinak?**

Já jsem tenkrát neměl tolik praxe, takže jsem to začal s pacientkou hloubkově rozebírat, což jsem měl nechat na psychologovi. Kdyby se to stalo dnes, asi bych se o tom na následujícím sezení zmínil, ale jenom ohledně toho přejedení, ty emoční aspekty bych nechal na řešení s psychologem, přeci jen on ví, jak na pacienta po té psychologické stránce.

### **Co je podle vás tedy tím klíčovým?**

Tak ono je to víc aspektů. Vedle toho udržení si profesionálního odstupů pak třeba to, jestli pacient mluví pravdu nebo lže, jak je to u PPP na denním pořádku. Aby byla léčba úspěšná a abych mohl připravit pro pacienta vhodný stravovací plán, potřebuju, aby mi říkal pravdu a byl ke mně ve všem naprosto upřímný a pravdomluvný. Jenže to nejde brát v případě léčby těchto poruch úplně za samozřejmé, takže se na to, co pacient říká, vlastně dost zaměřuju a upřímně pozorně poslouchám každou větu, kterou řekne.

### **Považujete tedy za další důležitý aspekt naslouchání?**

Určitě. I když nejsem psycholog, tak musím umět naslouchat někomu, kdo mě žádá o pomoc a komu pomoci chci. Bez toho by to přece nešlo, nemohl bych vytvořit vhodný stravovací režim pro někoho, komu nenaslouchám a koho kvůli tomu neznám. Jako mohl bych třeba jenom zohledňovat to, co je napsané v lékařské zprávě, na tom se jídelníček postavit dá. Jenže co by to znamenalo pro pacienta? A myslíte, že by to pacient dodržoval? No jasně, že ne. Prostě ten vztah musí být založený na tom, že společně mluvíme, posloucháme se, navrhujeme řešení, diskutujeme. Je to vlastně hodně podobné práci psychologa.

- **K tematice spolupráce s jinými odborníky se dostanu později. Ještě mi povězte, jakým způsobem navazujete vztah?**

Někdy je to jednodušší, někdy složitější, záleží, v jaké situaci se pacient nachází. Pokud se pacient sám od sebe neotevře, začnu hovořit o sobě, čímž mu dám najevo, že mi může důvěřovat a že každý má své problémy. Tento postup se mi ověřil jako dobrý způsob k navázání komunikace, protože ve chvíli, kdy začnu mluvit já, ne na téma stravování, pacient začne do rozhovoru přispívat svými připomínkami, názory a zkušenostmi. Tímto způsobem se pomalu dopracujeme k tématu stravování a práce může začít. Zároveň ale musím neustále

myslet na to, že se z nás nesmějí stát kamarádi, takže se snažím udržovat ten profesionální odstup.

### **Můžete ilustrovat na příkladu, jak si jej udržujete?**

Tak hodně často se stává, že se pacient zeptá na můj názor nebo požádá o moji radu, respektive zeptá se, co bych v jeho situaci dělal já. Třeba jsem měl pacientku, která se vždy po telefonátu s nevlastním otcem intenzivně a nekontrolovatelně přejedla. Tenkrát se mě zeptala, proč si myslím, že to tak je a co bych dělal. Na otázku proč si myslím, že to tak je, jsem neodpověděl vůbec, respektive jsem to stočil k tomu, že nezáleží, co si myslím já, ale ona a doporučil jsem jí, aby to řešila se svým psychologem. Na druhou otázku, co bych dělal, jsem se snažil zaměřit pozornost jen na to samotné stravování, takže jsem řekl něco jako „já bych si našel nějakou jinou kompenzační činnost“ – ona zrovna ráda háčkovala – „třeba bych vzal do rukou hned jehlice a začal háčkovat“. Nicméně více jsem nedoporučoval, nejen kvůli tomu, abych se nedostal za hranici pracovního vztahu, ale taky proto, že tohle je přesně ten případ, který musíme nechat na řešení psychologa, tedy to vymizení návykového chování, kdy se musí najít zdroj toho problému. Každopádně věřte nebo ne, měl jsem obrovskou radost, když pacientka na dalším sezení přišla s tím, že po telefonátu s otcem uháčkovala podložku pod hrnek a k emočnímu přejídání vůbec nedošlo.

### **Jak jste na to reagoval?**

Velmi jsem jí chválil. Pacienti s narušeným stravováním v podstatě trpí těžkým pocitem méněcennosti a nízkým sebevědomím, je potřeba jim dodávat sebedůvěru právě třeba tím, že je pochválíme. Teď si vzpomínám, že nás na škole hned na začátku učili, že za každý úspěch je třeba pacienta pochválit a každý nezdařený pokus ocenit. Prostě oni potřebují vidět a slyšet, že to všechno má smysl, že i když šlápnou vedle, tak se nic neděje, protože jsme prostě jenom lidi a chybujeme a že by nebylo dobrý, kdyby to celé kvůli jednomu neúspěchu zahodili. Protože už jenom to, že sedí u nás v ordinaci, znamená obrovský pokrok a je úplně jedno, jestli tam sedí dobrovolně nebo z donucení, protože na obou případech se dá pracovat tak, aby vedly k uzdravení.

### **• Jakým způsobem vedete komunikaci s pacientem?**

V případě, že pacient začne mluvit, tak mu do toho vůbec nezasahuju, pouze naslouchám a dělám si průběžné poznámky. Pokud se pacient nedokáže rozmluvit sám od sebe, pak ho podněcuju nenásilnými otázkami a pokud se u nějaké zadrhne, nenutím ho k odpovědi a



přejdu k dalším otázkám. Jednou se mi dokonce stalo, že na sezení dorazil pacient a nebyl k zastavení a na mé otázky se vůbec nedostalo a ve své podstatě na otázky, které nebyly řečeny, prakticky odpověděl sám.

- **Jakým způsobem probíhá stanovování cílů?**

U anorexie je primárním cílem dosáhnout takové tělesné hmotnosti, která odpovídá například zdravým parametrům BMI. Je pro mě zásadní striktně se držet lékařské zprávy a lékařských doporučení, kolik by měl pacient na tělesné hmotnosti přibrat. Podle toho pak koncipuji stravovací plán a je na pacientovi, aby ho dodržoval. Jeho dodržení pak kontroluji pravidelným přeměřováním a vážením. U léčby bulimie je zásadní odstranit chaotické jídelní chování, proto se zaměřuji na systematické zapisování snědeného jídla během dne, a hlavně na to, aby pacient přestal držet diety. V první řadě, jak jste se možná i všimla, vůbec nepoužívám slovo dieta, nese to sebou negativní význam a i já z něj mám husí kůži. Takže při sestavování jídelníčku je lepší používat spojení jako nový stravovací režim, zdravý životní styl a tak. Na tom se s pacientem shodujeme, neustále o tom diskutujeme, aby to vyhovovalo nejen jemu, ale i mně, respektive tomu, co mám v lékařské zprávě.

**Dá se tedy říci, že společně vytváříte kompromisy?**

Ano, přesně tak. Například mám ruce zprávu od lékaře, že pacientka váží třeba 40 kg a ideální ke správnému fungování těla by bylo 55 kilo. Zároveň tam mám ale poznámku, u těch méně závažných případů, že minimální hmotnost – třeba pro navrácení menstruace – je aspoň 47 kilo. Takže já začnu v tu chvíli s pacientkou tak trochu vyjednávat, protože si to můžu k jejímu zdravotnímu stavu „dovolit“. Ono to totiž nefunguje tak, že přijde pacient a my mu řekneme „tak slečno, musíte nabrat patnáct kilo, z toho tolik svalové hmoty a tolik tukové tkáně“. To vůbec. Primárně ti pacienti přibírat nechtějí, vždyť to je jejich největší strach. Takže nám vlastně nezbývá nic jiného, než s nimi systematicky vyjednávat a kompromisem stanovit alespoň tu minimální hmotnost.

**Jak se vytváří takový kompromis například u léčby mentální bulimie?**

Tak tam je to složitější, protože tam nejde tolik nebo spíš vůbec o tělesnou váhu, ale o to, abychom odstranili ten kolotoč přejídání a zvracení. Takže kompromis většinou začíná tím, že se oba shodneme, že by bylo ideální, kdyby pacient úplně vypustil slovo dieta, s čímž moji všichni pacienti souhlasí, protože to je pro ně prostě peklo. Postupně vytváříme kompromisy další – primárně se zaměřením na to, aby pacient vypustil zvracení nebo užívání projímadel.

V tu chvíli je velmi důležitá spolupráce s jeho psychologem, který se musí soustředit na to, proč tohle kompenzační chování vůbec vzniklo a dbát pozornosti tomu, aby si tam pacient nevytvořil nějaké jiné horší kompenzační chování, jako třeba sebepoškozování. No a takhle v průběhu léčby vytváříme vlastně postupně kompromisy. Jsou to malé kroky, ale na druhou stranu jisté, to znamená, že já i pacient jsme si jistí, že je „společně zvládneme“.

- **Co je pro vás signálem úspěšné terapie?**

Tak úspěšné už pro mě je to, že pacient komunikuje a že je odhodlaný spolupracovat, od jeho vůle se to vlastně všechno odvíjí. Když člověk chce, tak zvládne úplně všechno, nehledě na překážky, které ho potkají. S tím souvisí i ta upřímnost ke mně, protože když vidím, že mi pacient vše upřímně řekne, pak si to vykládám tak, že je ochotný na sobě pracovat, protože kdyby lhal, tak by šel jen proti sobě. No a pak samozřejmě je nejvíce vypovídající ta váha a výsledky z různých antropometrických měření, to znamená procentuální změna zastoupení svalů, tuků a vody v těle, na to máme speciální přístroje. A taky změna v tom postoji k jídlu, od začátku léčby tluču pacientům do hlavy, že dieta je krátkodobý výmysl, ať to slovo úplně zapomenout, a učím je novému a hlavně normálnímu postoji k jídlu, to znamená, že je normální dát si kousek koláče, že je úplně normální dát si oběd v restauraci a bez výčitek ho celý sníst. Samozřejmě to uzpůsobuju individuálně zdravotnímu stavu každého pacienta, takže když u mě sedí pacient s náběhem na diabetes, neřeknu mu, aby si dal šlehačkový dort, protože by se mu po tom mohlo přitížit, no rozumíte, to je snad jasné.

- **Jak vypadá spolupráce mezi vámi a jinými odborníky na léčbu?**

Hlavně spolupracuju s psychologem pacienta. Jak jsem už říkal, práce nutričního terapeuta je navenek hodně podobná práci psychologa, ale psycholog se zaměřuje pořád na to nitro člověka, odkrývá zdroje problémů, zatímco já se zaměřuju jen na to stravování a za hranici nějakého postoje k určité potravíně se už nedostanu. Nebo spíš už si nedovolím zajít. Jak jsem vám už říkal, když má pacient tendenci mluvit se mnou jako s psychologem, přesměruju ho na něj a nenápadně se vrátím k tématu stravování. Nejenže by to mohlo poškodit tu hranici profesionality v tom smyslu, že já vlastně nejsem vzdělaný k tomu, abych s pacientem hovořil jako psycholog a myslím, že bych klidně nevědomky mohl uklouznout a dostat se za tu hranici, ale taky bych tím mohl klidně uškodit i tomu psychologovi, si myslím, jakože klidně nějak narušit vztah mezi ním a pacientem. Takže jak říkám, jakmile se objeví něco, co má řešit psycholog, pacienta i psychologa upozorním, aby se na to zaměřili. Často se stává, že psycholog něco objeví, pacient to napraví a výsledek vidím já ve výživě.

- **Myslíte si, že by mohla léčba úspěšně fungovat, kdyby zde spolupráce nebyla?**

Tak to si nemyslím. Léčba těchto duševních nemocí musí začít u té psycho složky, všechno je to v hlavě. Nemyslím si, nebo jsem si tím dokonce jistý, že kdybych léčil pacienta, aniž by docházel na souběžnou psychoterapii, že by léčba byla úspěšná. A to stejné platí i naopak, i když asi v menší míře, ale prostě to musí jít ruku v ruce. Kdybychom nespolečně pracovali, léčba by se neubírala směrem dopředu k uzdravení, pacient by nedělal výsledky, protože my si mezi sebou důležité informace předáváme. To je třeba ten příklad s háčkováním, něco jsem navrhl, to fungovalo, ale zároveň bylo třeba, aby psycholog odkryl, proč k tomu původnímu kompenzačnímu chování docházelo a aby ohlídal, že nepřijde něco horšího. Takže si myslím, že stejně tak, jako je ve vztahu mezi pacientem a nutričním terapeutem důležitá komunikace, stejně důležitá je i mezi nutričním terapeutem a psychologem. Ani bez první, ani bez druhé věci by to prostě nešlo.

### Participant 3

- **Co považujete na práci s pacientem s PPP za nejdůležitější?**

V první řadě si nemyslím, že je nutné mezi nutričním terapeutem a pacientem vytvářet nějaký zvláštní vztah, čímž myslím například vztah jako s psychologem. Nesnažím se o to, abych byl pro pacienta přítelem. I kdyby nějaký můj skutečný kamarád trpěl PPP, nevzal bych si ho pod křídla jako svého pacienta. Prostě to není dobré, protože člověk se do toho začne moc subjektivně začleňovat, začne to jinak prožívat, protože emoce se v takovém kontaktu s bližší osobou derou na povrch a prostě už to nebude brát objektivně tak, jak by měl. Psycholog by měl taky určitě zůstat nestranný, ale tam je pak zapotřebí také nějakého hlubšího pojetí, protože s psychologem pacient řeší „proč“ a snaží se najít příčiny jeho chování. To ale v kompetencích nás, nutričních terapeutů, není, my máme řešit jen stravování pacienta. Samozřejmě že se dostaneme k tématu „proč se přejídáte? Jaký vztah máte k tomuto jídlu?“, ale vždy jde o přímé souvislosti se stravováním. Mým cílem není odhalit, jaké emoce se za jídelním chováním pacienta skrývají, na to musí přijít psycholog. Já jakožto nutriční terapeut se zaměřuji na samotný proces jídelního chování, ne na jeho příčiny.

**Říkáte tedy, že Vaším cílem je jen stravovací režim pacienta. Nepotřebujete ale k plánování léčby znát i psychický podklad, který se ke stravování váže?**

Samozřejmě, že potřebuji. Ale ten nezískávám já, ale psycholog. Vždyť já ani nemám vzdělání k tomu, abych pacienta psychologicky zkoumala. V nutričním poradenství bohužel to hlubší studium psychologie chybí, protože sem klasická psychoterapie vyloženě nepatří. Hlavní gró léčby onemocnění, jako jsou PPP, je psychoterapie. Nebála bych se říct, že až když je kvalitní a účinná psychoterapie, začne fungovat i nutriční poradenství. Proto by nutriční poradce měl vždy s psychoterapeutem pacienta komunikovat, protože od něj dostává podklady, které mohou být při sestavování jídelníčku a obecně při výživě důležité.

**Můžete to ilustrovat na nějakém příkladu?**

Zrovna nedávno jsem měla pacientku s mentální anorexií. Prvním krokem v léčbě bylo nastavit takový jídelní režim, který povede k adekvátnímu nárůstu váhy. To se dařilo, vlastně daří, pacientka přiměřeně přibírá. Jenže jak se mi dostalo informací od jejího psychoterapeuta, ačkoli nemá problém sníst předepsané množství jídla, dělá jí komplikace jíst určité zdravé potraviny před její matkou a babičkou, se kterými žije. Konkrétně to byl třeba bulgur a proteinový nápoj, protože pacientka moc neholdovala masu, ale bílkoviny někde doplnit

musela. Psychoterapeut zjistil, že si tento blok vytvořila už v dospívání, kdy na ní matka i babička tlačily, že „zdravé“ není chutné a že je to drahé. Pro mě to byla dost zásadní informace, protože z mojí strany jakožto výživového poradenství bylo třeba, abychom společně našly jiné potraviny, které tento problém nespustí.

### **To se ale asi nedá považovat za dlouhodobé řešení, co myslíte?**

To určitě ne. Jenže iniciativu musel převzít psychoterapeut, který se snažil ten blok odstranit, to už zase moje práce není. Náplní mé práce je jen jídlo a stravování jako takové, takže až když mi bylo řečeno, že se pacientka přestává bát jíst zdravé potraviny před svou matkou a babičkou, postupně jsme začaly do jídelníčku tyto potraviny zařazovat, protože pacientka se v rámci psychoterapie naučila toto jídlo obhájit a hlavně odstranila ten původní blok, který jí bránil ho jíst.

### **Vidím, že považujete spolupráci s psychoterapeutem za velmi důležitou. Jak máte rozdělené kompetence?**

Jak jsem řekla, účinnost psychoterapie podmiňuje účinnost nutriční terapie. Léčba by nebyla efektivní, kdyby spolupráce nefungovala a kdyby společně tihle dva odborníci nekomunikovali. Už jenom z toho důvodu, že se mně i mým kolegům z oboru velmi často stává, že se nám pacienti začnou svěřovat s věcmi, o kterých by měli mluvit se svým psychoterapeutem.

### **Jak v takové situaci reagujete?**

Automaticky pacientovi řeknu, že tématem našeho sezení je stravování nikoli třeba jeho problém ve vztahu. Jasně že vyjádřím pochopení, pokusím se do pacienta vcítit a empaticky nahlédnout tu jeho situaci, ale přesměřuji ho s tím k jeho psychoterapeutovi. Až ten mi dá případné info, když najde něco, co je v přímé souvislosti s výživou. Mně se tenhle přístup velmi osvědčil, ačkoli se může zdát jako velmi razantní a necitlivý k pacientům. Ale i pacient by měl vědět, že jeho léčba musí probíhat nějak systematicky a že každý, kdo se jím zabývá, řeší něco jiného. Zároveň si tím vzájemně s psychoterapeutem, jak se říká, nelezeme do zelí a každý se věnuje tomu svému, čemu máme. Jak jsem vám řekla na začátku, nutriční terapeut nemá pacienta psychologicky zkoumat a pokud bych to udělala a chybovala, byla bych velmi nerada, kdyby to moje pochybení mělo vliv na průběh psychoterapie nebo vztah pacienta a psychoterapeuta. Stejně tak žádný psychoterapeut by se neměl odvážit sestavit pacientovi jídelníček, protože k němu se zase nedostává zpráva od lékaře.

## **Takže komunikujete i s ošetřujícím lékařem?**

Jak se to vezme, záleží, v jakém zdravotním stavu se pacient nachází a hlavně co je pro mě z hlediska výživy z té zprávy od lékaře důležité. Hlavně se ke mně nedostávají vyloženě život ohrožující případy, kdy je pacient tak podvyživený, že se mu musí dostávat výživy žilní cestou. To řeší úplně jiní odborníci. Pro mě jsou důležité informace, jako je třeba hladina cholesterolu, alergie na nějaké látky v potravinách, diagnóza nebo i zvýšené riziko vzniku cukrovky atd. Tedy takové informace, na které musím brát při vytváření nového stravovacího režimu ohled. A vlastně to s lékařem nijak zvlášť nekonzultuji, mně stačí lékařská zpráva s určitými výsledky, podle kterých nastavuji jídelní režim, stejně tak jemu totéž.

- **Myslíte si, že by mohla léčba úspěšně fungovat, kdyby zde spolupráce nebyla?**

Nefungovala by bez spolupráce jak s psychoterapeutem, tak s ošetřujícím lékařem. Ve finále i s jinými odborníky – měla jsem pacientku s mentální bulimií, která v důsledku zvracení měla velmi poškozené dásně a zkaženou polovinu zubů. Až po komunikaci se stomatologem jsem zjistila, že se pacientka musí některým potravinám vyhnout, aby to tu zdevastovanou dutinu ústní a otevřené dásně nedráždilo. To bych bez něj vlastně vůbec nevěděla, kdyby mi to ta pacientka neřekla sama. Prostě léčba PPP musí být komplexní, je to jako motor v autě. Když vám začne téct olej a přestane fungovat převodovka, auto se po nějaké vzdálenosti zastaví. Stejně je to s léčbou PPP. Léčba představuje tu převodovku, kdy jedno ozubené kolečko zapadá do druhého.

- **Ráda bych se ještě vrátila k důležitým aspektům v léčbě PPP. Kladete důraz na spolupráci s jinými odborníky. Co dále považujete za klíčové?**

V první řadě respekt z mojí i pacientovy strany. I když je můj přístup razantnější, vždycky s pacientem jednám s respektem a totéž očekávám i od něj. V praxi to znamená, že cokoli on řekne a mně se to může zdát až do nebe volající, neodsuzuji to a přijímám to jako fakt, který je pro nás oba důležitý. Kdybych to odsoudila, pacient by „mohl hodit zpátečku“ a přestal by být otevřený, něco by mi třeba zatajil nebo by mi začal lhát, čemuž se samozřejmě snažíme vyhnout, protože to stravování nejde úplně stoprocentně ohlídat, takže se z devadesáti procent spoléháme na to, co nám pacient upřímně vypoví a s tím pracujeme.

## **Dokážete poznat, když vám pacient lže?**

Vlastně ani ne. S tím, co mi pacient poví, nakládám jako s pravdou. Stane se, že mám pochybnosti a pacienta se na danou věc oklikou zeptám. Vy máte ráda ty příklady, tak vám to na něm ukážu. Mezi největší lháře v PPP patří anorektičtí pacienti, kteří lžou v tom, že něco snědli, ačkoli to na jejich váze není znát. V reálu si představte, že ke mně přijde takový anorektik, který mi už na několikátém sezení tvrdí, že jí přesně to, co má předepsané. Jenže já provedu už poněkolikáté měření na Inbody a vidím, že jeho hmotnost je stejná. Nedám ale nic najevo a v rámci sezení hovoříme tedy o tom, jak všechno v předepsaném množství jí. On mi to stále potvrzuje. A já se pak pokusím navrhnout, že mu do jídelníčku tedy můžu přidat další potraviny, protože to tak krásně snědl. Ačkoli se to může zdát nemístné, že je pacient zahrán do kouta, funguje to, protože se přizná, že nejí tak, jak má. Ale i toto přiznání je pro mě velmi důležitá informace, kterou je nutné ocenit. Takže pacienta sice „pokárám“ – to berte velmi nadneseně – ale zároveň ho i pochválím, že se mi nakonec přiznal, aby se mu nedostalo pocitu, že za každý prohřešek následuje trest a abych ho tak ujistila, že mi může říct cokoli.

- **Co je pro vás signálem úspěšné terapie?**

V první řadě změna hmotnosti, to je prostě jasný fakt. A je jedno, jestli je to přírůstek u anorexie, stabilizace u přejídání nebo adekvátní rozložení váhy – tím myslím svaly, tuky, voda – u bulimie. No a pak samozřejmě změna postoje ke stravování, k níž dojde ve spolupráci s psychoterapeutem, viz situace s matkou babičkou a bulgurem. Když mi pacient řekne, že byl v cukrárně a dal si bez výčitek alespoň lehký cheesecake, mám neuvěřitelnou radost, že má práce je efektivní. Jednou se mi dokonce stalo, že pacient, chlapec, který se léta věnoval fitness a kulturistice, ale spadl do mentální anorexie, na sezení se mnou a s jeho psychoterapeutem přinesl jahodový koláč a dokonce si úplně v klidu dal ještě jeden kousek navíc. Samozřejmě že mohl jen předstírat, že to jí úplně bez výčitek, ale právě to, že jsme neviděli žádnou jinou emoci, kromě toho, že mu koláč chutná, v nás vyvolalo pocit, že je léčba úspěšná.

## Participant 4

### • **Co považujete za práci s pacientem za nejdůležitější?**

Vzájemnou spolupráci. Spolupráce by měla být založená na tom, že pacient přichází dobrovolně a chce na sobě pracovat, má na tom osobní zájem. Právě tato jeho vnitřní motivace je možná nejdůležitějším předpokladem jeho změny nebo uzdravení. Pacient je po celou dobu spolupráce jejím aktivním účastníkem. V práci s klientem považuji za důležité také navázání vztahu založeného na důvěře. Klient by mi měl důvěřovat natolik, aby neměl potřebu něco zamlčovat nebo lhát. Já zase důvěřuji jemu, že říká pravdu. Pokud cítím, že něco zamlčuje, můžu ho na to svobodně upozornit.

### **Jak pracujete s pacientem, který dobrovolně nepřichází?**

Motivace takového pacienta je většinou nulová. Ale to neznamená, že by se to nedalo změnit. Osobně se snažím pacienta trochu psychologicky rozebrat, ale pouze se zaměřením na stravování. Ptám se, co mu přináší dosavadní stravování. Zatvrzelý pacient odpoví, že kontrolu a disciplínu. Soustředím se tedy na téma kontroly a pokouším se pacienta dovést k tomu, aby si uvědomil, že ho tato nadměrná kontrola vlastně omezuje, jak už to u poruch příjmu potravy bývá. Není to uvědomění z minuty na minutu, někdy trvá i pár sezení, než to pacient skutečně uzná. 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.

### **Jakým způsobem potom pracujete s motivací?**

Snažím se o konfrontaci dosavadní pacientovy situace se situací, která by nastala v rámci uzdravení.

### **Můžete to uvést na nějakém příkladu?**

To je jednoduché. Představte si pacienta s mentální anorexií, který se vyhýbá společenským akcím kvůli například společné večeři. Je izolovaný od dané skupiny lidí, trpí depresemi a úzkostmi, je velmi osamělý. Opatrně mu tato fakta reprezentuji a poté mu řeknu, ať si představí, jak jde například na posezení s kolegy z práce, dá si večeři jako všichni ostatní a baví se. Nechám mu čas, aby si tuto situaci zkusil opravdu vybavit a věřte nebo ne, valná většina pacientů jedním dechem vydechne „svoboda“.



### **Co myslíte, že tím míní?**

Uvědomí si, jak moc je jejich nemoc svazuje, omezuje, jak jim diktuje a ovládá život. Toto uvědomění je pro mě strašně důležité v tom smyslu, že pacient v sobě má alespoň trochu motivace, od které to všechno začíná. Když mu k tomu dám naději, že uzdravení je reálné a povzbudím ho, že to může dokázat, pokud bude chtít, považuji léčbu za započatou.

- **Jakým způsobem navazujete vztah?**

Na začátku se každého ptám, s čím ke mně přichází – jaký je jeho problém. A dále se ptám, jak mu mohu pomoci já a jak konkrétně si představuje moji roli v jeho procesu uzdravení. Myslím, že je fajn, když pacient sám nahlas vysloví, že žádá o pomoc s tím a tím a když definuje svůj problém. I na tom se dá poznat, jak moc bere pacient léčbu vážně. Dále procházíme některé další důležité vstupní otázky, během nichž ho nechávám, aby se rozpovídal. Já aktivně naslouchám a k jeho případu se vyjadřuji.

### **V čem je podle vás aktivní naslouchání důležité?**

Když pacient vidí, že mu naslouchám a že na to, co mi vypoví, nějakým způsobem reaguji, dostává se mu tak pocitu bezpečí. Nebo lépe řečeno – vytvářím tím pro něj bezpečný prostor otevřít se mi, což k práci potřebuji, abych mu mohla pomoci. Pacienti s PPP jsou citliví, velice dobře vnímaví a hlavně egocentričtí. Musím každou větu pečlivě zvážit, abych ji nepoužila špatně a pacient se nestáhl do sebe. Musí mít pocit, že mu u mě nebude ublíženo, že cokoli řekne, já neodsoudím. Musí mi plně důvěřovat a jeho důvěru k sobě mohu získat právě soustavným nasloucháním.

- **Jakým způsobem vedete komunikaci s pacientem?**

Komunikace je vedená jako dialog a reaguje na aktuální potřeby pacienta. Sám pacient může navrhnout témata, která chce probrat nebo si například přinést sepsaný seznam otázek, které si přeje zodpovědět. Za každých okolností se snažím být k pacientovi vnímavá a empatická. Myslím, že je důležitá i mimoslovní komunikace, takže sedíme s pacientem proti sobě, snažím se mu dívat do očí a přikyvovat, abych mu dala najevo, že ho vnímám. Pokud cítím, že pacientova motivace slábně, snažím se jí v rámci rozhovorů posílit.

## **Jak jej posilujete?**

Pokud je pacient už v nějakém progresu a má za sebou i kdyby jen nepatrné úspěšné kroky, začnu mu tyto úspěchy připomínat. Jak už to bývá i v životě, člověk má tendenci vidět spíše to negativní než pozitivní. 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 je normální, že v rámci léčby udělá několik úspěšných kroků kupředu, ale může se stát, že klopýtne a o jeden se vrátí. Ale že se nejedná o neúspěch a bylo by škoda celou léčbu zahodit.

- **Jakým způsobem probíhá stanovování cílů?**

Cíl vždy nechávám definovat nejprve pacienta. Dále ho společně upravíme do podoby cíle, který je reálně splnitelný v rámci nutriční terapie a měl by být také měřitelný nebo jiným způsobem velmi konkretizovaný. V praxi to znamená změna na tělesné váze nebo například cíl, že pacient začne snídat. Pracujeme také s dílčími cíli a dílčími kroky v jejich naplňování. A samozřejmě cíle se podle potřeby mohou měnit.

- **Co je pro vás signálem úspěšné terapie?**

Práce je efektivní, pokud se daří naplňovat zmiňované dílčí cíle nebo pokud se zlepšuje kvalita života pacienta, a to odvozuji i na základě jeho subjektivního popisu. Terapie je ale podle mě úspěšná vždy, když pacientovi jakýmkoliv způsobem pomáhá nebo mu něco pozitivního přináší.

## **Co například?**

Vhodným příkladem je třeba změna v tom, že pacient v průběhu léčby začne chodit s nějakou blízkou osobou na obědy, večere. Berte to s rezervou, „začne chodit“ neznámá, že je to každý den, dokonce každý týden. Ani si nemyslím, že je důležité, jak často chodí, ale s jakými pocity. Nicméně to řeší už se svým psychoterapeutem.

- **Jak vypadá spolupráce mezi vámi a jinými odborníky na léčbu?**

V současné době jsem součástí multidisciplinárního týmu, kde mohu komunikovat s psychoterapeutkou, gastroenterologem a psychiatrickou. Konzultujeme konkrétní kazuistiky, na kterých společně pracujeme nebo si vyměňujeme informace k léčbě poruch příjmu potravy, což je také velmi užitečné.

- **Jak máte rozdělené kompetence se spolupracujícími odborníky?**

To je jedna z otázek, kterou se zabýváme v rámci multidisciplinárního týmu – stanovení jasných kompetencí každého z nás. Já se samozřejmě zaměřuji hlavně na pomoc s jídelníčkem a zařazováním potravin do stravovacího režimu svých pacientů. Při výrazných zdravotních komplikacích klienty důrazně odkazuji na spolupráci s lékaři. Stejně tak psychologické otázky odkazuji do psychoterapeutické práce, kterou já klientovi nemohu poskytnout.

- **Myslíte, že by mohla léčba fungovat, kdyby zde spolupráce nebyla?**

To je těžká otázka. Hlavní práce vždy spočívá na samotném pacientovi, i kdyby měl okolo sebe jakékoliv množství odborníků. Spolupráce odborníků samozřejmě celý proces léčby může výrazně urychlit a zefektivnit, ale v případě, že se pacient vyléčit nechce, pak může přijít i spolupráce odborníků nazmar.

## Participant 5

- **Co považujete za práci s pacientem za nejdůležitější?**

Je to práce jako každá jiná a tak ji tedy i беру. Byť to mnohdy není snadné, snažím se vždy při odchodu z práce zavřít dveře i v hlavě. Nemohu nad problémy pacientů přemýšlet více, než bych z pracovního hlediska měl. Nejenže by mě to ovlivňovalo v soukromém životě, ale také bych mohl být vůči některému problému pacienta zaujatý. To je rozhodně aspekt, kterému se chci za každou cenu vyhnout.

**Přikládáte tedy význam oddělení práce a osobního života?**

Přesně tak. Práci si domů prostě netahám.

**Jak tento přístup praktikujete ve vztahu k pacientovi?**

Asi máte na mysli, jestli to oddělují i v ordinaci, že? Osobně si myslím, že pokud člověk pracuje s jiným člověkem na takové – s nadsázkou řekněme psychologické – bázi, pak si nějaký ten pracovní odstup od toho člověka udržovat musí. Pro dobro pracovního vztahu a dobro pacienta. Pokud bych se začal do terapie profilovat až příliš subjektivně, například bych pacientovi začal zcela subjektivně radit nebo něco doporučovat na základě vlastních zkušeností, a podával bych to i jasným subjektivním způsobem, pacient by si mohl myslet, že jsme přátelé. Samozřejmě že základem je, že mi pacient důvěřuje, stejně jako já jemu, ale musí to mít hranici. 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 a mohlo by to dojít až do stádia, ve kterém bych byl nucen terapii skončit.

- **Jakým způsobem navazujete vztah?**

Na tuto otázku nemůžu jednoznačně odpovědět. Neexistuje žádný univerzální postup. U každého pacienta je to prostě jiné a tomu se jako odborník v pomáhající profesi musím uzpůsobit. Když ke mně přijde pacient, snažím se o pochopení jeho problému, hodně naslouchám tomu, co říká i neříká.

### **Jak to myslíte?**

Sice nejsem kompetentní v oboru psychologie, ale dovolím si tvrdit, že už mám nějakou praxi za sebou a pokud se mi podaří se na pacienta empaticky napojit, dokážu číst mezi řádky a tak nějak z něj vycítím, z čeho má třeba strach a nechce mi to říct.

### **Jak to s ním řešíte?**

To je právě to těžké. Nemůžu to s ním rozebírat moc, protože nejsem psycholog. Takže se soustředím třeba jen na tu emoci k dané potravíně, ale okolnosti už nerozebírám.

- **Jakým způsobem vedete komunikaci s pacientem?**

Držím se pravidla respektu. Respektuji vše, co mi pacient vypoví, nijak jeho situaci nezlehčuji. Jsem si vědom toho, že boj s jakoukoli PPP je velmi náročný a musí se brát vážně. Pacient tento respekt musí cítit, nebylo by vhodné, kdyby ve mně viděl nějakou nadřazenou osobu, nejen z důvodu, že by nemusel kvůli tomu spolupracovat, ale taky proto, jak už jsem říkal, že by se na mě mohl nepřiměřeně upnout. Snažím se pacienta povzbuzovat a chválím ho. Nedávno jsem četl článek, ve kterém nějaká paní doktorka z lékařské fakulty řekla, že ani zdravý člověk se nemá chválit za to, jak „hezky jí“, protože to je jako kdybychom ho chválili, jak hezky dýchá. Chtěla poukázat na to, že stravování je stejně tak přirozené jako dýchání. Musím uznat, že je to myšlenka dobrá, protože to může vyvolat neadekvátní reakci na to, že člověk začne zbytečně přemýšlet, jak vlastně jí a v tom horším případě to klidně může mít podíl na rozvoji nějaké poruchy ve stravování. Nicméně ze své zkušenosti vím, že pochvala u pacientů s rozjetou PPP je na místě. Zaprvé je to namotivuje a povzbudí, aby v léčbě pokračovali, za druhé je to i z mé strany reakce na situaci citlivého pacienta, kterou je nutno mu předat, protože v tu chvíli si uvědomí, že dělá správně a že v tom má pokračovat.

- **Jakým způsobem probíhá stanovování cílů?**

Na tuto otázku postačí velmi zobecněná a jednoduchá odpověď. Nic se nikdy neudělá samo a nic nejde hned. Čili při těchto léčbách je důležitý hlavně čas a žádný spěch. Pěkně krůček po krůčku, jinak by léčba také mohla mít naprosto opačný účinek.

### **Říkáte tedy, že léčbu rozdělujete na dílčí cíle. Jak to diskutujete s pacientem?**

Přesně tak, 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. S většinou svých pacientů děláme

společně seznamy dílčích cílů a nechávám pak samotného pacienta, aby si splněný cíl odškrtnl. Když to vidí, že mu to „odsýpá“, stoupne u něj naděje a odhodlání v léčbě pokračovat. Splnění dílčích cílů prostě funguje jako skvělý hnací motor.

- **Co je pro vás signálem úspěšné terapie?**

V první řadě splnění dílčích cílů, ať třeba nárůst svalové hmoty o půl kila, snědený banán ke svačině navíc nebo spořádaný oběd se spolužáky nebo kolegy. To už hovoří samo o sobě, že léčba se ubírá tam, kam má. Ve většině případů přijde pacient sám s tím, že na sobě cítí změny. Může samozřejmě lhát, ale vztah je založený na vzájemné důvěře a pravdomluvnosti, proto nemám tendenci jeho tvrzení zpochybňovat a prostě věřím tomu, co mi subjektivně říká.

- **Jak vypadá spolupráce mezi vámi a jinými odborníky na léčbu?**

Když je ke mně pacient poslaný z nemocnice nebo stacionáře, pak pravidelně konzultuji s jeho psychologem, případně psychiatrem, a s ošetřujícím lékařem jen za zvláštních okolností.

#### **Co myslíte zvláštními okolnostmi?**

Promiňte, řekl jsem to nepřesně. Spíše s ním konzultuji velmi sporadicky. Hovoříme spolu před započítím léčby, abych dostal informace o fyzickém stavu pacienta, který se váže k nutričním činnostem. Jsou pro mě důležité údaje například o různých alergiích, hladině cholesterolu, cukru v krvi, které by mohlo vést k diabetes. Vyšetření na složení těla, tedy na zastoupení svalové a tukové tkáně, si dělám sám. V průběhu léčby se s lékařem setkávám jen v případě nějakého naléhavého problému.

#### **Můžete ještě rozvést kontakt s psychologem?**

S psychologem pacienta hovořím poměrně často. Nejde ani tak o to, že by se mi od něj dostávalo velké množství důležitých informací, ale spíše já jemu dávám náměty, které by měl s pacientem probrat, protože já je s ním řešit nemůžu, nemám k tomu vzdělání. Na sezení s pacientem potom v průběhu času vidím, že nějaký ten daný problém, na který jsem jeho psychologa upozornil, pravděpodobně probrali a situace se výrazně zlepšila.

#### **Můžete uvést nějaký příklad?**

Ano, určitě. Měl jsem pacientku, která dobrovolně a motivovaně podstupovala léčbu MA už asi sedmý měsíc. Dívka měla problémy s konzumací obědů ve všední dny. Pokusil jsem se

zaměřit na to, proč je pro ni tolik komplikovaný čas obědů a vysvětlila mi, že nedokáže jíst vlastní jídlo před hromadou lidí ve školní jídelně. Jenom doplním, že vlastní jídlo musela mít speciálně kvůli alergii na lepek a jiné látky. Zavírala se na dívčí záchodky, kde snědla připravenou část oběda. Nesnědla ho celý, protože jí to nehygienické prostředí toalet prostě nedovolilo. Přišel jsem na to díky výsledkům z tělesného měření, kdy váha nešla nahoru tak, jak měla. Ihned jsem tento problém předal do rukou jejímu psychologovi. A vida, za necelé dva měsíce už slečna vykazovala adekvátní výsledky z antropometrického měření a 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, kde byla studentům k dispozici mikrovlnka.

- **Jak máte se spolupracujícími odborníky rozdělené kompetence?**

Každý z nás jasně ví, co si může na základě vlastního vzdělání dovolit a co už musí přenechat druhému. Nemůžu mluvit za ostatní, ale já do řemesla psychologa nefušuju, do lékaře už vůbec ne. Řeším jen stravování a konkrétní postoj k jídlu. A když mi přijde, že tento postoj už vyžaduje odbornost psychologa, upozorním na to nejen pacienta, ale i jeho psychologa.

- **Myslíte si, že by mohla léčba úspěšně fungovat, kdyby zde spolupráce odborníku nebyla? Proč ano/ne?**

Opět nejednoznačná odpověď. Spolupráce nás všech je důležitá, ale neřekl bych, že nejdůležitější. Myslím, že hlavně záleží na motivaci pacienta. Protože dobře motivovaný pacient, u něhož jde to „chci“ prostě ze srdce, se někdy dokáže vyléčit třeba jen za pomoci nutričního terapeuta, který mu nastavuje jídelní režim, nebo naopak jen psychoterapeuta. Samozřejmě by ten daný odborník neměl suplovat práci jiného odborníka, to zdůrazňuji. Otázkou je, jestli je tento kodex v praxi dodržován. A druhou věcí je, jak je porucha u toho pacienta závažná, většinou jde o ty méně závažné a krátkodobější případy. Já mám zkušenost s dívkou s klasickou bulimií. Vyhledala si mě tenkrát sama, neléčila se v nemocnici, ale vykazovala známky MB. Vyslechl jsem si její příběh, a i když jsem jí doporučil soustavnou léčbu s psychologem a upozorňoval jsem jí na to, že jí psychoterapii poskytnout nemůžu, trvala pouze na nutričním poradenství. Její motivací bylo plánované těhotenství. Neměla žádné zdravotní komplikace, takže jsem jí nasadil stravovací režim založený na vyváženosti a pravidelnosti. Na sezeních jsem s ní probíral jen to, co se vázalo k samotnému stravování, když to řeknu velice ošklivě – té omáčce okolo jsem se vyhýbal. Tedy, abych to uvedl na

správnou míru, ptal jsem se jí na důležité okolnosti v jejím životě, které by se ke stravování mohly pojit, ale už jsem jí neradil ani nijak nenaváděl, jak by jej měla řešit.

### **Jak jste tedy v tomto případě poznal, že léčba byla efektivní?**

Tato slečna, dnes už vlastně paní a maminka dvojčátek, byla skutečně dobře motivovaná. Měla v sobě obrovský hnací motor. Vedla si pravidelné záznamy, naučila se pravidelnosti a vyváženosti ve stravování, což se projevilo na procentuálním složení svalové a tukové tkáně. Ale i její vystupování a projev se začal měnit. Zrovna u ní jsem si začal všimnout maličností, jako například držení těla, jiskry v očích, gestikulace. Bylo evidentní, že se cítí dobře, protože z té původní nesebevědomé dívky mi do ordinace pokaždé vstupovala jistější a spokojenější žena. Když jsme se viděli naposledy, zajímalo mě, jak naložila s těmi problémy, které její záchvaty přejídání a zvracení způsobily, když to nekonzultovala s žádným odborníkem. Na to mi sama odpověděla, že jejím odborníkem na tyto spouštěče byl milující manžel, a motivací vidina miminka a mateřství. Takže znovu říkám – spolupráce odborníků důležitá, ale ne důležitější než motivace samotného člověka.



## Participant 6

- **Co považujete na práci s pacientem s PPP za nejdůležitější?**

Zdůraznila bych především vzájemný respekt a oboustrannou důvěru. Já, jakožto ten, který má pacientovi pomoci, musím respektovat vše, co mi pacient poví, nijak to nedevalvovat a pacienta neponižovat. On by mě měl respektovat jako pomáhající osobu a ne někoho, kdo mu chce uškodit. To je u pacientů s PPP, kteří léčbu podstupují pod nátlakem a ne dobrovolně, poměrně dost časté – jsme v pozici těch, kteří jim chtějí vzít jejich jediné potěšení. Ze zkušenosti vím, že když pacientovi ukážu, že mám hlubokou znalost podstaty PPP, nejen pouze všeobecně známých mýtů, jako to, že dotyčný nejí, zvrací, je vyhublá na kost a nesnáší své „tlusté“ tělo, vytvoří si důvěru nejen k mé osobě, ale zároveň i respekt k mé práci.

- **Jaké máte zkušenosti s tím, jak se tyto aspekty projevují ve vaší práci?**

Myslím, že je důležité si tohle vyjasnit v rámci léčby co nejdříve, abychom mohli začít co nejdříve spolupracovat a začít pacientovo jídelní chování řešit. Pacienti s PPP mají narušenou důvěru nejen v sebe sama, ale i ke svému okolí. Pokud mi pacient nedůvěřuje a má o mně pochybnosti, pak to bude léčbu s největší pravděpodobností brzdit. Respektem si zase dáváme najevo, že akceptujeme svojí roli v léčbě a svoje hranice. Nějaké hranice má pacient, za které mě nemusí pustit, a nějaké mám já, které když bych mu dovolil překročit, mohlo by to náš pracovní vztah narušit.

### **Jak si získáváte důvěru?**

Nasloucháním a snahou o pochopení. Snažím se vcítit do pacientovy role a pochopit každé jeho jednání.

### **Jak to vypadá v praxi?**

Nic, co mi pacient vypoví, neodsuzuji. Snažím se vyjádřit pochopení třeba tím, že souhlasně pokyvují, a když mi pacient třeba řekne, že nemá rád bílé pečivo, přikývnu a řeknu něco jako „také ho moc nemusím, dám si raději celozrnné“. Samozřejmě musím předem vědět, zda si můžu dovolit něco takového pronést, aby to nemělo na pacienta neblahý vliv a nejevilo se to jako podporování nevhodného jídelního chování. Ale takové reakce u pacienta evokují pocit pochopení, které vede k vytvoření důvěry.

- **Jakým způsobem navazujete vztah?**

V první řadě si pacienta vyslechnu a vyjádřím, že respektuji náročnost boje s jeho PPP. Právě to je ta hloubková znalost PPP – jako správní odborníci na léčbu těchto nemocí si musíme být vědomi toho, že nejde o nemoc, na kterou by stačil Ibalgin, ale o skutečný boj. 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 minimálně 75% úspěchu.

- **Jak vedete komunikaci se spolupracujícím/vzdorujícím pacientem?**

Vzdorující pacient s PPP není pacientem pro nutričního terapeuta. V případě duševních onemocnění jako jsou PPP, je třeba si nejprve vytvořit náhled na situaci pacienta a pochopit nutnost změny, což patří do kompetencí psychologa. Základem těchto poruch je psychoterapie, kde psycholog řeší „proč“. Až potom přichází na řadu nutriční poradenství, kde už řešíme konkrétně „jak“. Nemyslím si, že by léčba nutričního poradenství mohla být bez souběžné psychoterapie úspěšná. To, že se člověk začne nějak neadekvátně a nevhodně chovat vzhledem ke svému stravování, je až vedlejším projevem něčeho, co se odehrává v jeho hlavě. Na jádro tohoto problému a jeho řešení musí přijít psycholog.

- **Jakým způsobem probíhá stanovování cílů?**

Cíl stanovuji já ale tak, aby s ním pacient souhlasil. Pokud nesouhlasí, požaduji jeho vysvětlení, co se mu nelíbí a snažíme se kompromisně vytvořit cíl pro něj příjemnější a pro mě vyhovující jeho aktuálnímu zdravotnímu stavu. Snažím se ale cíle nastavovat průběžně, působí to lépe na pacientovu motivaci a celkové sžití se s nějakým novým návykem. Jednotlivé cíle musí být rozumné, reálné a nastavené zcela zdravě a citlivě k prodělané poruše.

**Můžete to ilustrovat na nějakém příkladu?**

Někdy je cílem nabrat svalovou hmotu a tuk. Obzvlášť s pojmem tuk se musí pracovat velmi opatrně. Cíl je nastavený tak, aby pacient přibíral třeba ideálně 0,5 kg týdně a není postavený před hotovou věc „na konci měsíce musíte mít o 10 kilo navrch“. Jiným cílem může být, že se do jídelníčku zařadí o kus ovoce denně navíc. Za dva týdny třeba o kopeček rýže více. Nejen tělo ale hlavně mysl potřebuje čas se s těmito změnami vypořádat a zvyknout si na ně jako na něco zcela normálního. Primárním cílem je přestat se jídla bát a pochopit ho jako důležitou součást života. Není jednoduché pacienty s MA přesvědčit, že je normální, dát si svíčkovou

s knedlíkem. Nejenže to většinou jejich mozek nepochopí, ale ani jejich vyhladovělé tělo to nedokáže zpravidla přijmout. Učím tak pacienty zdravému životnímu stylu, ve kterém se nehladoví, ale klade se důraz na kvalitní a zdravé potraviny, které jsou nutričně pro organismus důležité. Nepoužívám slovo dieta, které v nich evokuje pocit omezení. Postupně do jejich jídelníčku zařazuji potraviny, které tělo dobře zpracuje a dodá jim energii. A jak říkám, vše postupně, potřebuji čas na to, aby jim vlastně došlo, že jim je to prospěšné a že jim to dělá dobře.

- **Co je pro vás signálem úspěšné terapie?**

Nepovažuji za důležitou nějakou razantní změnu ve složení jídelníčku pacienta. Signálem úspěšné terapie je pro mě změna postoje k jídlu. To znamená pochopení jídla jako běžné a důležité součásti života, ne jako nepřítel. 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.

- **Jak vypadá spolupráce mezi vámi a jinými odborníky na léčbu?**

Od lékaře vyžaduji jeho vyjádření k zahájení nutriční terapie kvůli zdravotnímu stavu pacienta, od psychologa z hlediska psychického. To znamená, že od ošetřujícího lékaře potřebuji znát anamnézu pacienta, abych podle toho mohla sestavovat jídelní plán, a vlastně souhlas k tomu, zda můžeme léčbu zahájit. Od psychologa je nutné doporučení, jestli je pacient na léčbu připravený a někteří moji kolegové psychologové mi dokonce dávají tipy „jak na toho a toho pacienta“, protože ho většinou znají déle a mají ho „psychologicky přečteného“. To je neskutečná výhoda, když to vím, protože to vlastně zkrátí ten proces seznamování. Některé pacienty, kterým se nedaří přibírat tak, jak by měli a mají fyzické problémy, odkazují po konzultaci s lékařem na fyzioterapeuta pro rehabilitační cvičení, jiným doporučuji návštěvu různých specialistických pracovišť, například psychosomatické kliniky, nebo dokonce doporučuji alternativní metody, jako je třeba tradiční čínská medicína. S pracovníky těchto oborů ale nijak nespolupracuji. Vše ale po konzultaci s lékařem.

**Dá se tedy říci, že spolupracujete více s lékařem než s psychologem pacienta?**

To určitě ne. Je to tak půl na půl a v závislosti na zdravotním a psychickém stavu pacienta. S každým řeším a konzultuji něco jiného. Každý máme jasně vymezené kompetence, které respektujeme a hranice nepřekračujeme. I když nás spojuje jeden pacient a jeden případ,

náplní každého z nás je něco jiného a já ani nemusím vědět, co vše řeší s pacientem psycholog, protože to pro mou práci nemusí být důležité. Pokud něco důležitého je, mohu si to vždy u kolegy zjistit. Nebylo by vůbec vhodné, kdybych začala řešit něco, pro co je kompetentní kolega, protože bych tím mohla narušit jeho terapii.

- **Myslíte si, že by mohla léčba úspěšně fungovat, kdyby zde spolupráce odborníků nebyla? Proč ano/ne?**

Nedá se říct jednoznačně ano či ne. V některých případech je klíčová kombinace psychologa, nutričního terapeuta a třeba fyzioterapeuta. Jindy stačí jen psycholog. Toho, jak už jsem řekla, já osobně považuji za nejdůležitějšího v léčbě, i kdyby s nikým jiným nespolupracoval. PPP jsou psychickými nemocemi a bez kvalitní psychoterapie by pacient nebyl připravený pro spolupráci s nutričním terapeutem. Jedna pacientka mi kdysi řekla, že psycholog ji připravil na práci se mnou a beze mě by jí nenapadlo začít cvičit s fyzioterapeutem, protože by na to bez kvalitního jídelníčku neměla dostatek energie a cvičení by mělo jinak asi negativní účinek. Na tomto příkladu je krásně vidět provázanost té léčby. Důležitá je ale hlavně motivace pacienta. Je-li dostatečná, pak může léčbu zvládnout třeba jen za pomoci psychologa. Takže skutečně je to pacient od pacienta, každému sedne jiná léčba.