

# Komunikační dovednosti v léčbě poruch příjmu potravy

**Pro poruchy příjmu potravy (PPP) je typické patologické jídelní chování, podmíněné mnoha faktory (biopsychosociálně). Vývojové, psychologické, sociální a biologické vlivy se na jejich vzniku a průběhu podílejí různou měrou.**

**Některé jsou shodné jako** u jiných psychiatrických i somatických onemocnění (OCD, poruchy osobnosti, úzkostné stavy, somatoformní poruchy, obezita, diabetes). Naše poznatky o vlivu prostředí, genetiky, stresu, emocí a kognitivních funkcí na regulaci tělesné váhy, energie a chuti v posledních letech velmi rychle narůstají. Doplnují je znalosti molekulární genetiky, zobrazovacích metod a zvířecích modelů anorexie či bulimie.

Přestože vědecké poznatky rychle narůstají, v komunikaci s pacientkami s PPP i jejich příbuznými vznikají stále často během léčby obtížné situace, které mohou negativně ovlivňovat průběh onemocnění. Způsoby komunikace a postoje k onemocnění hrají stále důležitou roli. Mohou negativně zvrátit

## Rozlišení osobního a profesionálního vztahu

Profesionální přístup se liší v mnoha aspektech od přátelského poslouchání a udílení rad. Na první pohled se sice podobat mohou, ale zacházet s pacientem jako s přítelem přináší problémy. Profesionální přístup je asymetrický, má mít na mysli především potřeby pacienta. Osobní rady v poradenství nebo terapeutickém vztahu jsou vhodné málokdy. Pacientky s PPP tomu často nerozumějí. Nechápují nutnost udržet v terapii hranice a požadují, aby terapeut s nimi sdílel vlastní zkušenosti a mohl ho vidět jako „reálného člověka“. Poskytnutá rada může u nich paradoxně vyvolat pocit selhání, když se podle ní nejsou schopny řídit, a u terapeuta zklamání, že pacient nespolupracuje.

## I v roli *experta* je nutné znát své vlastní limity

léčbu, i když je jinak z hlediska somatického lékaře, psychiatra či psychologa vedena podle nejnovějších vědeckých poznatků a doporučených klinických postupů. Obtížné situace zažívají zdravotníci různých lékařských oborů, psychologové, nutriční poradci a další odborníci. Přispívají k přerušení spolupráce, odchodu z léčby nebo non-complianci a k opakovaným vážným relapsům onemocnění.

Proto se v tomto sdělení zaměříme na poradenské a komunikační dovednosti, které lze v obtížných situacích použít. Spočívají v rozlišení osobního a profesionálního vztahu ve zdravotní péči, schopnosti vytvářet terapeutický vztah, komunikačních schopnostech a vhodném interpersonálním stylu, v práci s přenosem a protipřenosem, odporem a odmítáním léčby. Jejich osvojením se vyhneme nejčastějším chybám v přístupu k PPP.

Soustředí-li se terapeut na vlastní zkušenosti, může přehlédnout potřeby pacienta. A ten pak má tendenci sám pomáhat nebo jinak terapeuta nebo poradce ovlivňovat. Takto navozený vztah je obtížné později změnit. Pacientky s PPP také často nadhodnocují znalosti a názory poradce, přičítají mu nepřiměřenou moc nad svým životem a léčbou. Proto je tak důležité, aby si uvědomil profesionální zodpovědnost za dopad vlastního chování v terapeutickém vztahu. I v roli experta je nutné znát své limity v pochopení a ovlivnění pacientova chování (terapeutická pokora).

Pacienti často věří, že terapeuti jsou schopni číst jejich mysl a cítí se někdy ohroženi. Je nutné jim vysvětlit, že bez jejich spolupráce ani profesionál nemůže pochopit jejich pocity a zkušenosti a uvolnit se tak z vlastních i oboustranných nerealistických očekávání. Příliš ochranné postoje také někdy pacienta odra-

## Terapeut musí *vytvořit prostředí* bezpečí a důvěry

zuji od sdílení závažných zážitků (potrat, zneužití). S asymetrií vztahu také souvisí skutečnost, že větší díl práce na dosažení terapeutických cílů spočívá na pacientovi. Když si stěžuje na pomalost změn, můžeme mu to nekonfrontačním způsobem objasnit a zmírnit jeho pocity frustrace. Profesionální podpora je založena na jednostranném pochopení individuálních potřeb pacienta, stanovení dosažitelných cílů a nutných behaviorálních změn. Zatímco u přátel je pomoc založená na vzájemném sdílení problémů, poradce musí sdělení osobních zkušeností pečlivě naplánovat s ohledem na prospěch pacienta i možné negativní důsledky. Edukace a diskuse nejsou radou. Vedeme pacienta k pochopení, že konečné rozhodnutí závisí na něm.

## Terapeutický vztah

U PPP často neplatí základní předpoklad, že pacienti přicházejí za zdravotníkem s přáním změny. Často vyhledají odborníka na nátlak okolí, i když léčbu a změnu si vlastně nepřejí nebo jsou ke změně velmi ambivalentní. Do určité míry si uvědomují, že onemocnění jim nepřináší štěstí a vzdaluje je od druhých. Strach ze ztloustnutí je ale velmi intenzivní: „... Když ztloustnu, nikdo mě nebude mít rád...“ Zvládnutí ambivalence vyžaduje řadu dovedností a hodně trpělivosti ke zjištění přání, obav, zisků a ztrát, které z onemocnění pacient má. V terapeutickém vztahu se musí cítit bezpečně. Pocit bezpečí se vytváří postupně, je-li pacient přijímán pro svou vnitřní hodnotu (Rogersovo bezpodmínečné pozitivní přijetí). Vyžaduje terapeutovu dostatečnou ochotu s pacientem pracovat, přizpůsobit se jeho potřebám a náhledu, potvrzovat opakovaně jeho přijetí i přes dlouhodobou nespůlupráci nebo jen zdánlivou spolupráci při léčbě. Vzájemný vztah pak ovlivňuje souhlas pacienta s terapeutickým plánem a cílem léčby. Cíl léčby by měl být v souladu s aktuálními standardy léčby, možnostmi a cíli pacienta (mírou strachu a úzkosti vázané na léčbu) a s prostředím a vztahy, ve kterých žije.

V týmové práci s poruchami příjmu potravy se terapeutický vztah vyvíjí v kontextu týmu. Týmová práce přináší další požadavky na terapeuta. Terapeutický vztah nemá negativně zasahovat do postojů ostatních členů týmu a jejich úkolů. V týmu je nezbytná dobrá komunikace, schopnost pochopit a respektovat aktivity ostatních členů týmu, aby byl zachován konzistentní kontext léčby (například jeden člen týmu dá náhodou informaci nebo pokyn, který je v rozporu s instrukcí jiného člena týmu). Často se totiž stává, že pacientka se zeptá jednoho člena týmu a není-li spokojena s odpovědí, ptá se dál, aby získala uspokojivější odpověď. Proto je nutné, aby každý v týmu dával informace a doporučení pouze v rámci jeho role v týmu, aby nedošlo k rozporu v týmu. Je zásadní, aby si členové týmu toto uvědomovali (vrátili ji ke kolegovi, který jí odpověděl první, pro další vysvětlení). Nesouhlas mezi členy týmu je řešen na týmových setkáních a v supervizi. Nepřehráváme konflikty před pacienty. Jen jsou-li





## Léčba poruch příjmu potravy je velmi

terapeuti schopni zralého zvládnutí rozporů, je možné problém řešit před pacienty. Nezralí terapeuti nebo mocenské či ekonomické zásahy zvenčí mohou práci týmu značně ohrozit.

Terapeutický vztah je tedy základní podmínkou pro sdílení informací a postojů a vzájemnou účinnou spolupráci v léčbě. V týmu je nutné, aby terapeutický cíl pacienta byl ve shodě s ostatními členy týmu i terapeutické komunity.

### Komunikační styl

Komunikační styl přispívá k účinnosti terapeutické práce. Využívá aktivního naslouchání, které podporuje otevřenost a sdílnost pacienta a jeho pozitivní reakce na léčbu. Poradce parafrázuje pacientova sdělení (opakuje svými slovy to podstatné, co pacient říká). Empatické parafrázování vede pacienta k upřesnění a pokračování v popisu pocitů. Někdy je adekvátně reflektuje (opakuje to podstatné a vyjadřuje vlastní vnímání toho, co pacient může cítit). Měl by si ale zachovat neutralitu, mít stále na mysli, že situaci zná pouze částečně, a nenechat se strhnout k přílišné interpretaci. Tou může navodit opačný postoj a pocit nepochopení. Také přílišná emoční angažovanost poradce

být i obecnější styl komunikace. Přetrvává-li však delší dobu, může ohrozit výsledek léčby. Problematizuje navození změny. Stídnající se vágní stesky brání cílené intervenci a zhoršují komunikaci, jsou matoucí a frustrující, nedávají možnost a čas na některém z problémů pracovat. Nelze se věnovat všem problémům, které pacient během sezení zmíní. Pomáháme pacientovi soustředit se na konkrétní téma a najít způsob vhodné intervence.

### Interpersonální styl

Styly jednotlivých profesionálů se mohou značně lišit. Existují však určité prvky, které prokazatelně pozitivní komunikaci mezi profesionálem a pacientem podporují. Je to opravdovost a pozitivní akceptující nonverbální styl (Maurer a Tindall, 1983). Opravdovost spočívá v souladu (kongruenci) mezi slovy, činy a pocity profesionála. Kongruence je pro pacienta důležitá, aby chápal, co terapeut míní nebo myslí. Interpretace pacientovy frustrace při práci s přenosem vyžaduje určitou spontaneitu, schopnost lehce a taktně se vyjadřovat bez agresivních a necitlivých projevů. Komunikace má být poctivá a otevřená, aniž by byla destruktivní. Někdy se profesionálové domnívají, že musí

přijmout vše, co pacient říká a dělá. Přijetí se týká člověka jako takového, ale vztah je jakoby tvořen „s touto částí osobnosti, která je k vyléčení motivována“. Při ambivalenci je terapeut nucen pacienta s jeho problematickým chováním konfrontovat. Diskuse však nesmí být ponižující. Nežádoucí chování má být jasně označeno. Důvěřujeme pacientovi, že je schopen své chování změnit. Neschopnost terapeuta konfrontovat pacienta se zdravím ohrožujícím chováním (sebeпоškozování, velmi nízká hmotnost) si může vyložit tak, že změna není tak důležitá. Účinný interpersonální styl je založený na vřelosti a verbálním i nonverbálním vyjádření podpory. Důležité je udržení očního kontaktu, pozornosti a zájmu o pacienta, sezení v otevřené pozici (nekrčížít ruce před tělem, neskrývat rukou obličej). I terapeut by se měl cítit a působit klidně, uvolněně a přirozeně. Jeho fyzické stažení může vyvolat stažení u pacienta a přerušeni komunikace.

### Nejčastější problémy terapie

Většina zdravotnických pracovníků by měla znát některá úskalí přenosu a protipřenosu a odporu před zahájením terapie. Nemusí ani pracovat psychodynamicky, ale mohou se vyhnout chybám. Koncept přenosu a protipřenosu byl vypracován Freudem a jeho kolegy a je stále platný napříč mnoha terapeutickými přístupy. Přenos je situace, kdy pacient reaguje na zdravotníka na základě předchozích zkušeností s jinou osobou. Řešení konfliktu v přenosu je základem psychoanalytické práce. V tomto sdělení pochopení přenosu nám pomůže vysvětlit některé pro-

## náročná, vyžaduje značné dovednosti a trpělivost

blémy v terapeutickém vztahu. Typy přenosu jsou specifické, obecné, pozitivní a negativní. Specifický přenos spočívá v přenosu pocitů, které pacient cítí k blízkým lidem (matka, otec) na profesionála. Obecný přenos je, když pacient vidí ve zdravotníkovi jen jeho roli. Při pozitivním přenosu pacient pohlíží na zdravotníka s nadšením (inteligentní, moudrý) a při negativním přenosu vidí jen negativní vlastnosti (žárlivý, rýpající, kritický, nedůvěřivý). Specifický negativní přenos se může objevit u anorektického dospívajícího reagujícího slovy: „Pořád mi říkáte, co mám dělat, a pozorujete mě, kdy už mě budete brát jako dospělého?“ Může odrážet vztah dospívajícího s matkou. Příklad pozitivního obecného přenosu je pacientovo: „Vy jste tak chytrý, víte odpověď na všechno.“ To odráží jeho vztah k autoritám.

Protipřenos je přenos pocitů zdravotníka na pacienta (vnímá pacientku jako nezodpovědnou sestru, která neustále za své problémy obviňuje druhé – specifický negativní přenos). Obecný pozitivní přenos má k lidem, kteří potřebují pomoc. Měl by si být těchto pocitů vědom, ovlivňují-li jeho vztah k pacientovi. Týmová spolupráce může být užitečná v práci s protipřenosem. Pacient může vyvolávat podobné pocity ve více členech týmu. Reakce ostatních může terapeutovi ukázat, zda pacient tyto pocity skutečně svými činy vyvolává, nebo jeho reakce je nepřiměřená a neodpovídá tomu, co pacient říká a jak jedná. Když si terapeut uvědomí, že má nevyřešené vlastní problémy, které jeho práci s pacientem ovlivňují, potřebuje pomoc intervize či supervize, nebo musí pacienta předat. Základním vodítkem je opět význam určitého postupu pro úspěšnou léčbu pacienta a ne vlastní zisk.

### Odpor a odmítnutí

Odpor se objevuje tehdy, když pacient není schopen se angažovat v terapeutickém procesu. Může být otevřeným odmítnutím využívání terapeutických rad, nebo odmítnutím skrytým, s opakovanými omluvami pro nedodržení dohodnutého postupu léčby (zvracení, stagnující hmotnost) a častým nedodržením

termínu návštěv. Nejdůležitější postupy při zvládnání odporu spočívají v komunikačním stylu. Terapeut zjišťuje zdroj odporu, zisky z dysfunkčního chování, strach ze změny chování, ambivalentní postoj ke změně chování nebo přenos. Najít příčiny je často obtížné, pacient si je sice vědom, že ho nemoc omezuje a stydí se za ni, ale zisky, které z onemocnění má, není schopen vidět. Může to být například pozornost a podpora, pocit výjimečnosti díky nemoci, která pozornost přitahuje. Proto pozitivní postoje a péče musí být zaměřeny na osobu a ne na její dysfunkční chování, abychom podpořili změnu, když se pacient opakovaně snaží dojít ke změnám podle plánu, ale nedovede je do konce.

Jedním ze zdrojů je nepochopení, proč je změna důležitá a jak jí dosáhne. Zdrojem odmítání spolupráce může být nedostatek důvěry v profesionálního pracovníka. Důvěra se rozvíjí časem. Profesionál může vytvářet prostředí, které vzniku důvěry napomáhá. Přenos a protipřenos a odpor se objevují v kombinacích a často jsou v terapii PPP centrální. Proto jsou některé aspekty léčby velmi obtížné, jejich znalost může zmírnit pocity frustrace, ušetřit čas terapeuta a zlepšit výsledky léčby.

### Dávání rad, přednášení a argumentování

Ve vztahu s pacientem se někdy hraje o moc. Tento boj nelze vyhrát, proto je lepší se mu vyhnout. Pozitivní postoj s důvěrou v pacienta, že je schopen udělat vlastní rozhodnutí změnit své chování, je účinnější. U pacientek s anorexia nervosa s velmi nízkou hmotností je ale důležitější a primární pomoci pacientce přibrat na hmotnosti než respektovat její vlastní rozhodnutí.

Léčba poruch příjmu potravy je náročná z mnoha důvodů. Práce s ambivalencí ke změně vyžaduje značné dovednosti a trpělivost. Závažné zdravotní komplikace vyžadují často soustředění na jejich léčbu. Ale bez terapeutického vztahu, vhodných komunikačních dovedností a interpersonálního stylu dochází v terapii k situacím, které výsledky léčby negativně ovlivní. ■

Literatura na [www.sanquis.cz](http://www.sanquis.cz)

## Důvěřujeme pacientovi, že je schopen své chování změnit

snížíže pacientovu vlastní schopnost posoudit své vlastní city a vztahy, kterou chceme naopak posílit. Opačný postoj představuje určitá intelektuální odtazižost, která může znamenat, že se terapeut necítí v dané situaci dobře, obtížně ji zvládá a snaží se uniknout pocitům, které v něm pacientovo sdělení vyvolává.

### Konfrontace

Je někdy nezbytná a užitečná, může být bodem zvratu v terapii, když terapie nepostupuje podle terapeutické smlouvy a nesměřuje k dohodnutému terapeutickému cíli. Zdroje problému mohou být jasné i nejasné. Např. pacientka s anorexia nervosa tvrdí, že sní všechno předložené jídlo, ale její váha klesá, takže ji tým podezřívá z excesivního cvičení nebo zvracení či užívání laxativ. Tehdy zvažujeme konfrontaci. Ale u pacientky již poučené z psychoedukace o důsledcích podvýživy další zdůrazňování nebezpečí onemocnění vede spíše k posílení obranného chování a ospravedlňování než k pozitivní změně chování. Někdy je nutná konfrontace na obecnější úrovni. Dospělého pacienta bez suicidalních myšlenek vedeme k vlastnímu rozhodnutí, zda je připraven dosáhnout a udržet bezpečnou váhu a chce spolupracovat v současné terapii. Vše záleží na motivaci ke změně, která se během léčby často rychle mění.

### Koncentrace na problém

Někteří pacienti přeskakují často z tématu na téma, zvláště když se zmíníme o tématu, kterému se chtějí vyhnout. Může to



Foto: Ondřej Petřík