MASARYKOVA UNIVERZITA

FILOZOFICKÁ FAKULTA

Osobní zkušenost peer konzultantek s účinnými faktory v léčbě poruch příjmu potravy

Diplomová práce

BC. EMA ŽÁČKOVÁ

Vedoucí práce: doc PhDr. Iva Burešová, PhD.

Psychologický ústav
Program Psychologie

Brno 2023

MUNI
ARTS

Bibliografický záznam

Autor:	Bc. Ema Žáčková Filozofická fakulta Masarykova univerzita Psychologický ústav
Název práce:	Osobní zkušenost peer konzultantek s účinnými faktory v léčbě poruch příjmu potravy
Studijní program:	Psychologie
Vedoucí práce:	doc PhDr. Iva Burešová, PhD.
Rok:	2023
Počet stran:	105
Klíčová slova:	poruchy příjmu potravy, mentální anorexie, mentální bulimie, záchvatovité přejídání, peer konzultace

Bibliographic record

Author: Bc. Ema Žáčková
Faculty of Arts
Masaryk University
Department of Psychology

Title of Thesis: Peer mentors' personal experience with effective factors in eating disorder treatment

Degree Programme: Psychology

Supervisor: doc PhDr. Iva Burešová, PhD.

Year: 2023

Number of Pages: 105

Keywords: eating disorders, anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder, peer mentoring

Anotace

Předkládaná studie si kladla za cíl prozkoumání faktorů objevujících se u léčby poruch příjmu potravy pohledem peer konzultantek. Primárním výzkumným cílem tudíž bylo zmapovat, které faktory vnímaly jako účinné (ať už během peer konzultací, nebo v jejich vlastním příběhu a boji s nemocí), ale také to, co se dle jejich názoru ukázalo jako problematické. Dále se výzkum zaměřil na to, zda peer konzultantky poznají, kdy pro ně práce zajde příliš daleko, a jakými způsoby o sebe pečují. Kvalitativní studie byla realizována prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů (n = 3), které byly analyzovány pomocí interpretativní fenomenologické analýzy (IPA).

Hlavní výsledky ukázaly, že skupinové peer konzultace mohou být zdrojem podpory a motivace a také normalizují klientovo chování a prožívání ovlivněné poruchou příjmu potravy. Mezi nepřispívajícími faktory v léčbě se pak objevila problematika skupinových sezení s nemotivovaným klientem, jehož mechanismy mohou být ohrožující pro zbytek skupiny; sdílení záležitostí, na které klient/peer konzultant není připravený; nátlak k vyhledání odborníka; nadbytečná edukace o zdravotních rizicích. Za klíčová témata peer konzultantky považovaly především sebepřijetí, extrémy (černobílé vidění světa, které se zrcadlí do jídla), resilienci (především v interpersonální rovině), práci s výčitkami a upevnění ve vyhledání pomoci.

Výsledky výzkumné sondy do dané problematiky představily aspekty podporující léčbu poruch příjmu potravy, na které je možné se v praxi více zaměřit. Za stejně důležité může být považován i popis faktorů, které léčbě nepomáhají. Práce dále přispívá ke zvýšení povědomí o konceptu peer konzultací, které mohou být velmi účinné.

Abstract

The aim of present study was to examine factors in eating disorder treatment through peer mentors' perspectives. Therefore, the primary goal was to map factors which were perceived as effective (whether during peer mentoring or in their own struggle with the disease), but also factors that, in their opinion, turned out to be problematic. Furthermore, the research focused on peer mentors' self-care and the way they set their boundaries. This qualitative study was conducted through semi-structured interviews (n = 3) which were analyzed using interpretative phenomenological analysis (IPA).

Main results showed that peer mentoring in the group can be a source of support and motivation and it also normalizes clients' feelings and behavior affected by eating disorders. As a non-contributing factor in treatment, there was an issue of group sessions with an unmotivated client, whose mechanisms can be threatening to the rest of the group; sharing matters that the client/peer mentor isn't ready for; pressure to seek a specialist; excessive education about health risks. Respondents perceived self-acceptance, extremes (a black-and-white vision of the world reflected in food), resilience (primarily on an interpersonal level), work with regrets, and reinforcement in seeking help as key themes.

Results of this research presented aspects supporting eating disorder treatment, on which is possible to focus more in practice. Equally important was the description of factors that don't help the treatment. Furthermore, this work contributes to raising awareness of peer mentoring, which can be very effective.

Čestné prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma **Osobní zkušenost peer konzultantek s účinnými faktory v léčbě poruch příjmu potravy** zpracovala sama. Veškeré prameny a zdroje informací, které jsem použila k sepsání této práce, byly citovány v textu a jsou uvedeny v seznamu použitých pramenů a literatury.

V Brně _____ 2023

.....
Bc. Ema Žáčková

Poděkování

Ráda bych poděkovala doc. PhDr. Ivě Burešové, PhD. za pomoc a cenné rady, bez kterých by práce nebyla realizována. Pracovat pod jejím vedením bylo velmi inspirativní a cítila jsem, že se na ni mohu v případě otázek obrátit.

Dále bych chtěla poděkovat respondentkám, které mně a mému výzkumu věnovaly čas a uskutečnily se mnou rozhovory.

Závěrem děkuji také přátelům, rodině a především partnerovi Mgr. Janu Rejškovi za poskytování pomocné ruky a nekonečné podpory.

Obsah

Seznam obrázků 13

Seznam tabulek 14

Seznam pojmů a zkratek 15

1 Úvod 17

2 Poruchy příjmu potravy 18

2.1 Etiologie 18

2.2 Prevalence 19

3 Dominantní diagnostické okruhy poruch příjmu potravy 21

3.1 Mentální anorexie 21

3.2 Mentální bulimie 23

3.3 Záchvatovité přejídání 24

4 Léčba poruch příjmu potravy 26

4.1 Odborná pomoc 26

4.1.1 Stabilizace zdravotního stavu 26

4.1.2 Poradenství 27

4.1.3 Farmakologická léčba 28

4.1.4 Psychoterapie 28

4.1.5 Další speciální programy realizované v České republice 32

4.1.6 Další speciální programy realizované v zahraničí 34

4.2 Peer konzultace 35

4.2.1 Obecné vymezení práce peer konzultanta 36

4.2.2 Vymezení práce s klienty s poruchami příjmu potravy 37

5 Cíl a metoda výzkumu 40

5.1 Výzkumný vzorek 40

5.2 Nástroje 41

5.2.1 Semistrukturovaný rozhovor 41

5.2.2 Interpretativní fenomenologická analýza 41

5.3 Sběr dat ... 42
5.4 Analýza dat ... 43
5.4.1 Sebereflexe výzkumníka ... 43
5.4.2 Postup analýzy dat ... 43

6 Výsledky **46**
6.1 Stručné kazuistiky ... 46
6.1.1 P1 ... 46
6.1.2 P2 ... 48
6.1.3 P3 ... 50
6.2 Osobní zkušenost s prací peer konzultantky ... 52
6.2.1 Pozitiva práce peer konzultantky ... 54
6.2.2 Negativa práce peer konzultantky ... 56
6.2.3 Shrnutí pozitivních a negativních faktorů ... 59
6.2.4 Důležité vnímané aspekty při práci peer konzultantky ... 61
6.2.5 Shrnutí důležitých aspektů při práci peer konzultantky ... 67
6.3 Osobní zkušenost s konceptem peer konzultací ... 68
6.3.1 Princip skupinových peer konzultací ... 70
6.3.2 Co mohou skupinové peer konzultace nabídnout ... 72
6.3.3 Nepřispívající faktory skupinových peer konzultací ... 74
6.3.4 Shrnutí zkušenosti respondentek s peer konzultacemi ... 77
6.4 Témata peer konzultací ... 78
6.4.1 Shrnutí témat peer konzultací ... 82

Diskuze a limity **85**

Závěr **94**

Použité zdroje **97**

Příloha A Informovaný souhlas **104**

Příloha B Tazatelské schéma **105**

Seznam obrázků

Obr. 1 – Příklad kódování

Obr. 2 – Kazuistika (P1)

Obr. 3 – Kazuistika (P2)

Obr. 4 – Kazuistika (P3)

Obr. 5 – Práce peer konzultantky (P1)

Obr. 6 – Práce peer konzultantky (P2)

Obr. 7 – Práce peer konzultantky (P3)

Obr. 8 – Skupinové peer konzultace (P1)

Obr. 9 – Skupinové peer konzultace (P2)

Obr. 10 – Skupinové peer konzultace (P3)

Obr. 11 – Témata peer konzultací (P1)

Obr. 12 – Témata peer konzultací (P2)

Seznam tabulek

Tab. 1 – Frekvenční analýzy pozitivních a nepřispívajících/negativních faktorů

Tab. 2 – Frekvenční analýza vedení poradenského rozhovoru

Tab. 3 – Frekvenční analýza podpory organizace při ventilaci a zpracování emocí

Tab. 4 – Frekvenční analýza nastavení hranic

Tab. 5 – Frekvenční analýza zvládání nároků od okolí

Tab. 6 – Frekvenční analýza vlastních forem sebepéče

Tab. 7 – Frekvenční analýza principu peer konzultací

Tab. 8 – Frekvenční analýza předností peer konzultací

Tab. 9 – Frekvenční analýza nepřispívajících faktorů

Tab. 10 – Frekvenční analýza témat peer konzultací

Seznam pojmů a zkratek

BAT	–	Body Attitude Test
BMI	–	Body Mass Index
DBT	–	Dialektická behaviorální terapie
DSM-4	–	Diagnostický a statistický manuál, 4. revize
DSM-5	–	Diagnostický a statistický manuál, 5. revize
EDE-Q	–	Eating Disorder Examination Questionnaire
IPA	–	Interpretativní fenomenologická analýza
MA	–	Mentální anorexie
MB	–	Mentální bulimie
MKN-10	–	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
ZP	–	Záchvatovité přejídání

1 Úvod

Poruchy příjmu potravy představují problém, který se v dnešní společnosti objevuje stále častěji. Stoupá tak informovanost ohledně nemoci a s ní i množství postupů, jak ji léčit. Ačkoliv průvodní symptom zahrnuje především přeceňování vzhledu a hubené postavy, příčina nemoci spočívá v interakci mnoha dalších faktorů. Individuální průběh, potřeby a procesy vzniku tak vyžadují odlišné způsoby a intervence, jak s nemocí pracovat.

Práce si klade za cíl popsat poruchy příjmu potravy, shrnout možnosti léčby a blíže představit koncept peer konzultací čerpajících především z otevřeného rozhovoru a sdílení zkušenosti peer konzultanta s klientem. Konzultace nabízí pochopení a naději a doporučují se i jedincům, kteří mají s vyhledáním odborníka potíže. Empirická část sestává z analýzy zkušeností peer konzultantek s léčbou a konzultacemi. Výzkum se skládá ze stručných kazuistik peer konzultantek a analýzy toho, jaké faktory v léčbě vnímají jako účinné a neúčinné. Analýza také prezentuje jejich percepci stěžejních aspektů pro vykonávání této práce a funkce peer konzultací obecně.

Přestože mohou být peer konzultace zajímavým doplňkem léčby, v České republice se zprostředkovávají velmi omezeně. Sekundárním cílem je proto rozšíření povědomí o peer konzultacích a benefitech, ze kterých mohou těžit nejen klienti, ale také tým, ve kterém se peer konzultant vyskytuje.

2 Poruchy příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy představují vážné psychické onemocnění, které vyžaduje komplexní přístup – cílem není léčit pouze nemoc, ale člověka samotného. Léčba může zahrnovat hledání nových copingových strategií, redukci obsesivních myšlenek nebo změnu vztahu k sobě samotnému, kdy pouhé zaměření na jídelní chování nedostačuje. Právě proto je náročné najít vhodný intervenční program, který by fungoval – příčiny a průběh nemoci bývají multifaktoriální, přičemž zahrnují často individuálně vysoce variabilní, a tudíž i specifickou kombinaci interních a externích vlivů (genetických, psychologických, sociokulturních apod.). V rámci etiologie musí být pozornost věnována více faktorům současně (American Psychiatric Association, 2006; Couturier & Lock, 2006; Golden et al., 2015).

2.1 Etiologie

Vznik onemocnění mohou ovlivňovat různé faktory, některé z nich si nyní představíme. Je však třeba zdůraznit, že se nejedná o determinanty vzniku poruchy příjmu potravy a jejich souhrn není přímou predikcí rozvoje nemoci. Záleží také na resilienci a dalších protektivních činitelích. V etiologii poruch příjmu potravy podle Mehlera a Andersena (2022, s. 10) tak sehrává významnou roli např.:

1. gender – výskyt častěji u žen než u mužů
2. věk:
    - vrchol 12-16 let u anorexie
    - vrchol 17-21 let u bulimie
    - u záchvatovitého přejídání i později
3. rodina – deprese, úzkost nebo obezita v rodině/rodinné historii
4. sexuální orientace – více riziková především LGBTQ+ komunita
5. zájmy:
    - modeling
    - taneční školy

- krasobruslení, gymnastika – obecně sporty, ve kterých je kladen důraz na vzhled i výkon
- bodybuilding, wrestling
- práce v médiích, herectví

6. riziková role vlivu médií především:
    - u nízkého sebevědomí
    - u vyšší kritiky k vlastní postavě
    - u sledování téměř nedosažitelných ideálů

Zajímavé jsou i osobnostní rysy, které sice nepredikují typ poruchy příjmu potravy, ale často rozhodují o tom, která diagnóza bude dominantní. Faktem ale zůstává, že v rámci poruch příjmu potravy mnohdy dochází k prolínání diagnóz a přecházení z jednoho typu do druhého. Osobnostem náchylným k propuknutí mentální anorexie náleží vlastnosti jako perfekcionismus, sebekritika a obsedantní rysy. U mentální bulimie můžeme pozorovat především impulzivitu, intenzivní prožívání emocí a jejich labilitu. Lidé se záchvatovitým přejídáním mají tendenci vyhýbat se nepříjemnostem a konfliktům. Zároveň mívají nízkou schopnost usměrňovat se v chování, v konkrétních situacích nebo procesech zaměřených na dosahování cílů (Goncalves et al., 2014; Hilbert et al., 2014; Machado et al., 2014; Steinhausen et al., 2015).

2.2 Prevalence

V současné době není přesný výskyt poruch příjmu potravy v rámci celoživotní prevalence znám. Nemůžeme se spoléhat pouze na registry lékařů, protože část lidí nevyhledá odbornou pomoc. Keski-Rahonen a Mustelin (2016) udávají, že přibližně dvě třetiny evropských žen trpících poruchou příjmu potravy nejsou nahlášeny u poskytovatelů zdravotní péče. Odlišnostem při sledování prevalence dále přispívají změny v diagnostických kritériích v DSM-5 (2015) nebo MKN-10 (2020). Flament a jeho kolegové (2015) zkoumali výskyt poruch příjmu potravy podle kritérií DSM-4, kde prevalenci v Kanadě odhadovali na 1,8 %, ale při použití DSM-5 výskyt stoupl až na 3,7 %.

Galmiche a jeho kolegové (2019) v letech 2000-2018 vytvořili systematický přehled celoživotní prevalence poruch příjmu potravy a výsledky ukázaly na 1,4 % žen a 0,2 % mužů s mentální anorexií; 1,9 % žen a 0,6 % mužů s mentální bulimií a 2,8 % žen a 1 % mužů se záchvatovitým přejídáním. Mulders-Jones a jeho kolegové (2017) tvrdí, že záchvatovité přejídání je častější u mužů a je genderově více vyvážené.

Ačkoliv se výsledky výzkumů rozcházejí, kohortové a klinické studie naznačují, že výskyt poruch příjmu potravy spíše stoupá (především u mentální bulimie a záchvatovitého přejídání). Nabízí se otázka, zda skutečně registrujeme více nových případů, či je nárůst počtu evidovaných pacientů důsledkem přesnějších diagnostických metod, vyšší informovanosti lékařů a široké veřejnosti nebo častější ochotou pro vyhledání odborné pomoci (Hay, 2020).

3 Dominantní diagnostické okruhy poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy se objevují v různých podobách a MKN-10 (2020) i DSM-5 (2015) rozlišují hned několik podskupin. V této práci se zaměříme především na mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání, se kterými se v praxi setkáváme nejčastěji (American Psychiatric Association, 2015).

3.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie se podle DSM-5 (2015) vyznačuje několika kritérii, k diagnóze je stěžejní především:

1. nízká hmotnost
2. intenzivní obava z tloustnutí
3. mylná představa o vlastní hmotnosti nebo postavě

Stanovit ideální váhu pro celou populaci je problematické, ale obecně za podváhu považujeme stav, kdy je BMI nižší než 18,5 (American Psychiatric Association, 2015). Navíc si nízkou váhu jedinec vyvolává sám úmyslným hubnutím (MKN-10, 2020), nejedná se o dopady nechutenství nebo jiných fyziologických potíží. Přestože dojde k výraznému úbytku váhy, strach z tloustnutí přetrvává, a může se dokonce zvyšovat. Za náročné v rámci diagnostiky považujeme identifikaci tohoto kritéria, protože nemusí být jedincem přiznáno nebo rozpoznáno. Vlastní hmotnosti bývá přisuzována vysoká váha a sebevědomí se stává závislé na postavě. Mentální anorexii doprovází neustálé vážení, měření a kontrolování – přes vyhublost se však jedinci cítí tlustí nebo nespokojení s vlastním vzhledem. Přibírání bývá považováno za neúspěch, nebo dokonce selhání sebekázně.

S mentální anorexií se pojí přidružené problémy, např. ztráta menstruace, bradykardie (zpomalené srdeční tempo), nízký krevní tlak (American Psychiatric Association, 2015). Ztráta menstruace byla původně jedním z kritérií mentální anorexie, v současné době se již toto kritérium neuplatňuje. Jedním z důvodů může být

přetrvávání menstruace během užívání hormonální antikoncepce (Barnhill, 2015). K psychickým potížím spojeným s anorexií se vztahuje např. nespavost, depresivní nálada, nedůtklivost a snížený zájem o sex. Vyskytuje se zde i zvýšené riziko sebevraždy.

Anorexii dělíme na dva typy – restriktivní (nebulimickou) a purgativní (bulimickou). Restriktivní typ se vyznačuje cvičením a dietami, které nedoprovází záchvaty přejídání. Při anorexii purgativního typu docházelo v posledních třech měsících k opakovaným záchvatům přejedení a kompenzačnímu chování – zvracení nebo užívání laxativ (American Psychiatric Association, 2015). Purgativní typy zaznamenávají menší odezvu na terapii a častější přítomnost relapsů, také se u nich objevují přidružené komplikace jako závislost na alkoholu (Krch, 1999). Oba typy se však mezi sebou mohou prolínat – používají se především k popsání současných symptomů, nikoliv dlouhodobých.

Mentální anorexie se vyskytuje častěji u dívek než u chlapců a vzniká během dospívání nebo v mladší dospělosti (American Psychiatric Association, 2015). Machado a jeho kolegové (2014) však zpozorovali, že dívky dnes začínají svou postavu řešit již mezi šestým a desátým rokem.

Neexistuje jasná konkrétní příčina vzniku mentální anorexie. Rizikové faktory mohou být temperamentového, environmentálního i genetického původu. Ke vzniku poruchy mohou přispívat například úzkostné poruchy nebo obsedantní rysy v dětství, přítomnost v prostředí modelingu/vrcholových sportů i zkušenosti přímých příbuzných s poruchou příjmu potravy (American Psychiatric Association, 2015). Výzkumy uvádějí, že dcery matek, které drží diety a vyzdvihují štíhlost, jsou v ohrožení vzniku nejen proto, že matka slouží jako model, ale i z důvodu, že takový rodič často hlídá i množství potravy svých dcer (Haworth-Hoeppner, 2000; Ricciardeli & McCabe, 2001).

3.2 Mentální bulimie

U mentální bulimie se objevují období držení diet, které provází opakované záchvaty přejídání a kompenzačního chování. V DSM-5 (2015) je popsána těmito znaky:

1. opakující se epizody záchvatovitého přejídání
2. kompenzační (purgativní) chování
3. sebekritické hodnocení vlastní váhy a postavy
4. porucha se nevyskytuje pouze během epizod mentální anorexie – pokud ano, jedná se o mentální anorexii purgativního typu

Záchvatovité přejídání se vyznačuje požitím velkého množství jídla během krátké doby (do dvou hodin – déle trvající snacking není záchvatovité přejídání). Jedinec za tuto dobu může sníst i potraviny, které by za normálních okolností nejedl. Důležitější roli v tomto okamžiku hraje spíše objem jídla než touha po konkrétních potravinách. Přejídání probíhá v tajnosti a pokračuje, dokud člověk není nepříjemně, až bolestivě plný. Záchvatům přejedení mohou předcházet různé faktory (vnější stresory, negativní pocity spojené s vlastní postavou, znuděnost). Přejedení a následné kompenzační chování mohou tyto faktory zmírňovat, ale poté často přichází výčitky a negativní sebehodnocení. Pokud přejídání předchází craving, může být i plánované.

Mezi nejčastější kompenzační chování řadíme zvracení, které bezprostředně uleví od tělesného nepohodlí spojeného s přejedením, ale také zažene strach z přibírání. Dalším takovým chováním mohou být laxativa, diuretika, nadměrné cvičení (může probíhat i přes zranění nebo jiné zdravotní komplikace) a půsty. Tyto záchvaty a kompenzace probíhají alespoň jednou týdně po dobu tří měsíců (American Psychiatric Association, 2015). Podle současného obrazu můžeme bulimii rozdělit na purgativní typ, který provází především zvracení a užívání laxativ, a nepurgativní typ, kde významnější roli hrají intenzivní půsty (Krch, 1999).

Na rozdíl od mentální anorexie, u mentální bulimie nebývá přítomna podváha ani amenorea (Krch, 1999). Fairburn a jeho kolegové (2000) ve svém longitudinálním výzkumu zaznamenali během pěti let průběhu nemoci i přírůstek váhy. Porucha také

začíná později než mentální anorexie, a to během adolescence nebo v raném období dospělosti. Přejídání obvykle začíná v průběhu nebo po ukončení diety (mentální anorexie tedy může předcházet), vliv mohou mít i stresující životní události. Z mentální bulimie mohou některé dívky přejít do mentální anorexie nebo kolísat mezi těmito dvěma diagnózami. Proto je nemoc potřeba stanovit podle současného obrazu, tedy za poslední tři měsíce.

Stejně jako u anorexie se i u mentální bulimie vyskytují různé rizikové faktory. Může jít o obavy z přibírání, internalizaci ideálu hubeného těla, nízké sebevědomí, depresivní symptomy a familiární přenos. Porucha často bývá komorbidní s hraniční poruchou osobnosti a abúzem alkoholu nebo jiných drog (American Psychiatric Association, 2015).

3.3 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání vnímá jako samostatnou diagnózu pouze DSM-5 (2015), nikoliv MKN-10 (2020). Proto s ním pracují především zahraniční články. DSM-5 (2015) popisuje záchvatovité přejídání jako:

1. opakující se epizody záchvatů přejedení
2. přejídání se nevyskytuje společně s kompenzačním chováním
3. přejídání se nevyskytuje pouze během epizod mentální anorexie nebo mentální bulimie
4. dysforie související s přejídáním

Pro záchvatovité přejídání platí stejné podmínky jako u mentální bulimie (tedy kromě zneužívání laxativ, zvracení, cvičení nebo hladovění). Probíhá o samotě, kdy jedinci jí rychleji, než je obvyklé, a pozřou velké množství jídla, i když nepociťují hlad. Situace pokračuje, dokud nezažívají nepříjemnou plnost. Následně se cítí depresivně nebo provinile. Může se objevovat u jedinců s normální váhou, nadváhou i obezitou. V mnoha případech po rozvoji záchvatovitého přejídání začnou jedinci držet diety – na rozdíl od mentální bulimie, kdy dieta obvykle vzniku nemoci předchází. U záchvatovitého přejídání je poměr mužů a žen mnohem vyváženější, zatímco

u mentální anorexie nebo bulimie se jedná především o ženy. Od obezity můžeme samotné záchvatovité přejídání rozlišit, jelikož u obezity přejídání neprobíhá typickým nárazovým a opakovaným způsobem jako u poruch příjmu potravy (American Psychiatric Association, 2015). Ve výzkumu A. Goldschmidta a kolegů (2011) bylo navíc zjištěno, že záchvatovité přejídání, narozdíl od obezity, vykazuje známky poruch příjmu potravy na psychické rovině podle dotazníku Eating Disorder Evaluation Questionnaire (dále EDE-Q). Stěžejní rysy představují hlavně úzkosti z přejídání a nadhodnocování důležitosti vlastní hmotnosti/postavy. Barnhill (2015) záchvatovité přejídání od obezity odlišuje na základě přítomnosti výrazně vyšších výčitek svědomí, zaměření na váhu a poruch nálad.

Nebezpečí představuje zvýšené riziko úmrtí na tělesná onemocnění a zvýšení tělesné hmotnosti, které může vést až k rozvoji zmíněné obezity. Mezi další hrozby patří zhoršení kvality života a problémy s přizpůsobením ve společenské roli. O původu záchvatovitého přejídání zatím víme velmi málo, může se ale zakládat na genetických faktorech, protože se často objevuje u více členů rodiny (American Psychiatric Association, 2015). Obecně je však záchvatovité přejídání spíše nestálé a má tendenci pominout, jedinci navíc na svůj problém mívají lepší náhled, než tomu bývá u jiných poruch příjmu potravy. Prognóza tedy bývá lepší (Chen et al., 2008; Goldschmidt et al., 2011).

4 Léčba poruch příjmu potravy

Pro léčbu poruch příjmu potravy dnes existuje několik postupů. U méně závažných případů se lze obrátit na poradenství a psychoterapii, zatímco u jiných je potřeba hospitalizace nebo jiný přístup se zapojením pracovníků ve zdravotnictví (Hay et al., 2019; Hilbert et al., 2017). Následující kapitola objasní možnosti odborné pomoci, ale také přiblíží koncept peer konzultací, které mohou být úspěšné i u klientů, kteří se nechtějí obracet na lékaře nebo psychologa (Sells et al., 2006).

4.1 Odborná pomoc

4.1.1 Stabilizace zdravotního stavu

V počátku léčby za stěžejní považujeme potřebu vyřešit bezpečí klienta a stabilizovat jeho zdravotní stav. Poruchy příjmu potravy mohou dle Mehlera a Andersena (2022) ovlivňovat různé tělesné procesy, např.:

1. hypotermie
2. bradykardie
3. srdeční arytmie
4. nízký krevní tlak
5. amenorea
6. minerální rozvrat
7. dehydratace
8. zpomalení gastrointestinálního traktu
9. změny v mozku způsobené hladověním

Některé z uvedených jevů představují nevratné poškození, u jiných je pro stabilizaci nutný zásah lékaře. Další se mohou upravit časem samy – za předpokladu, že jedinec začne přijímat adekvátní množství živin, přestane u sebe vyvolávat zvracení nebo užívat laxativa. Vždy je však žádoucí postupovat na základě vyšetření a dohledu lékaře. Neměly by být opomenuty ani suicidální myšlenky.

4.1.2 Poradenství

Poradenství se doporučuje spíše pro krátkodobou spolupráci. Psycholog nebo zkušený sociální pracovník v tomto vztahu nabízí podporu a odborné informace sloužící pro řešení aktuálních potíží. Zároveň klientovi pomáhá hledat zdroje v jeho prostředí, ať už se jedná o řešení problému svépomocí nebo započetí odpovídající léčby (psychoterapie, popř. vyhledání jiného odborníka). V poradenství se nezachází tolik do hloubky jako třeba u psychoterapie (Kliszová, 2022; Zlesáková, 2022). V některých centrech (např. v Anabell) lze využít také poradenství online formou (Centrum Anabell, z.ú., 2022).

U poruch příjmu potravy lze využít i nutričního poradenství. Nutriční terapeuti mohou být přímo součástí multidisciplinárního týmu zaměřeného na poruchy příjmu potravy, ale je možné vyhledat odborníka, který pracuje samostatně. Mezi základní doporučení pro hledání vhodného nutričního poradce spadá především jeho povědomí o specifičnosti problematiky poruch příjmu potravy. Cílem nutričního poradenství v tomto případě není sestavení pevného jídelníčku, který bude podporovat udržování kontroly nad jídlem. Jídelníček by měl být flexibilní a nutriční terapeut by měl představovat pro klienty s poruchami příjmu potravy spíše průvodce, který klientovi pomáhá dosáhnout cílů, jako je navrácení zdravé váhy, snížení záchvatovitého přejídání, postupné zařazení potravin, které jsou v očích klienta „zakázané“ apod. (Holscher, 2020). Pro samotný jídelníček je stěžejní, aby díky němu měl klient dostatek živin a energie a zároveň měl možnost si na nové jídelní návyky zvyknout – je nutné postupovat krok po kroku. Obecný cíl představuje nárůst váhy u mentální anorexie, snížení přejídání a purgativního chování u mentální bulimie a snížení přejídání u záchvatovitého přejídání (Hackert et al, 2020). Zásadní faktor představuje i volba slov při spolupráci – Mehler a Andersen (2022) upozorňují, že „zaměření na nárůst váhy“ může někoho, kdo má obavy z tloušťky, zbytečně stresovat. Mluvíme proto spíše o navrácení zdravé váhy.

4.1.3 Farmakologická léčba

Na poruchy příjmu potravy neexistuje obecný lék, farmaka se podávají hlavně pro řešení přidružených problémů a doporučují se spíše k doplnění psychoterapie (Krch, 2005). Obecně se užívají antidepresiva nebo anxiolytika, u závažnějších případů také antipsychotika. Po antidepresivech se sahá v případě depresivních, anxiózních a obsedantních symptomů. Využívají se také u pacientů, kteří odmítají psychoterapii. Dobré výsledky zaznamenala antidepresiva typu SSRI (fluoxetin, sertralin, escitalopram), která měla preventivní účinek proti relapsu u mentální anorexie. Dále vyšlo najevo, že užívání antidepresiv v případech mentální bulimie snížilo frekvenci přejídání. Doporučuje se však začít na malých dávkách a poté je postupně zvyšovat podle klinického obrazu klienta. Anxiolytika (benzodiazepiny) jsou vhodným řešením pro překonání strachu z tloušťky a výčitek po jídle, jejich užívání však bývá spíše krátkodobé (Práško et al., 2008).

4.1.4 Psychoterapie

V psychoterapii se nelze zaměřit pouze na jídelní návyky, ale na celkovou změnu postoje. Dušek a Večeřová-Procházková (2010) doporučují dlouhodobou režimovou terapii, kterou je možné doplnit o psychofarmaka (podle klinického obrazu).

Poruchy příjmu potravy v jádru představují destruktivní nástroje používané ke zvládání výzev života. Může se jednat o nízkou sebehodnotu, potřebu emoční regulace, stud, trauma, negativní prožitky, společenské normy nebo konflikty ve vztazích. Lidé trpící poruchami příjmu potravy často přeceňují důležitost hubenosti a doufají, že eliminuje jejich problémy. Zároveň tak mohou získat určitý pocit kontroly. Štíhlost bývá ve společnosti obecně oceňována, proto se může zdát, že jedinec díky ní získá respekt ostatních a s ním související vyšší sebevědomí.

Hlavní cíl terapie sestává ze snahy o změnu myšlení především v oblasti přeceňování štíhlosti a následné potřeby restrikce v jídle. Další krok zahrnuje celkové upuštění od nerealistických cílů ohledně vizuální stránky vlastní postavy. Za žádoucí je považováno vyhledávání nových způsobů (místo hladovění/přejídání/zvracení), jak

zvládat psychosociální výzvy, dysforickou náladu (hlavně úzkosti a deprese), tlak společenských norem, krize ve vztazích, nízké sebevědomí apod. Mehler a Andersen (2022) v terapii doporučují postupovat v těchto krocích:

1. psychoedukace ohledně fyzických a psychických rizik
2. identifikace chování a přesvědčení:
    - přeceňování štíhlosti
    - strach z tloušťky
    - zkreslené vnímání vlastního těla
    - situace/emoce, u kterých se objevuje potřeba zvracení nebo přejedení apod.
3. změna nalezených vzorců chování i vnitřních přesvědčení

Psychoterapeutickým směrem první volby bývá často kognitivně behaviorální terapie (dále KBT), která je nejvíce založena na faktech (evidence-based). Dalle-Grave a jeho kolegové (2016) ji navrhují především pro mentální bulimii. V KBT terapii se většinou klientovi vysvětluje propojení emocí, zautomatizovaných myšlenek a chování. Agras a Bohon (2021) jsou přesvědčeni, že pro klienta je důležité pochopit začarovaný kruh, kdy iracionální zautomatizované myšlenky spouštějí negativní emoce, které vedou k přejedení. Klient se v rámci terapie učí pojmenovat své chování při jídle, kontrolovat stimul vedoucí k přejedení a celkově u jídla zpomalit. KBT může využívat i pozitivního posilování zdravého jídelního chování a negativního posilování patologického chování. Ideální výsledek představuje jedinec, který dokáže rozpoznat signály svého těla (hlad, žízeň, napětí, úzkost apod.) a reagovat adekvátním způsobem.

Výsledky však mají i jiné, hlubinné směry, v nichž se metody zaměřují nejen na psychosomatické symptomy, ale i na psychologické konflikty. Tyto konflikty se odkrývají např. v rámci gestalt terapie, ve které se s člověkem pracuje jako s celkem, který interaguje s okolním světem (Huon, 1994).

Za účinnou se považuje i rodinná terapie, interpersonální terapie a terapie zaměřená na tělo. Rodinná terapie se doporučuje především u mladších klientů, u kterých je žádoucí do ozdravného procesu zahrnout i rodiče či pečující osoby. Pokud

má jedinec dysfunkční vztahy a cítí problémy s jejich zvládáním, je možné aplikovat interpersonální terapii (Mehler & Andersen, 2022). Protože častý průvodní jev propuknutí poruch příjmu potravy představuje zkreslené vnímání vlastního těla, je možné aplikovat terapii zaměřenou na tělo, která disponuje různými technikami pro změnu vnímání vlastního těla. Zároveň rozvíjí klientovu důvěru ve vlastní schopnosti, jeho sebevědomí a v neposlední řadě také motivaci k normálnímu jídelnímu chování (Gur & Stein, 2018). Součástí kterékoliv psychoterapie by měl být tzv. terapeutický kontrakt – dohoda mezi klientem a terapeutem zaměřená na cíle léčby a způsoby, jak jich dosáhnout (Fairburn, 2003; Grenon et al., 2019).

4.1.4.1 Dialektická behaviorální terapie

Dialektická behaviorální terapie (dále DBT) byla původně navržena psycholožkou M. Linehan (1993a) pro suicidální nebo sebepoškozující pacienty s hraniční poruchou osobnosti. V metodě se prolínají principy kognitivně behaviorální terapie se strategiemi zaměřenými na přijetí. Program se specializuje nejen na prožívání klienta, ale také na fungování v interpersonální oblasti. U lidí s poruchou příjmu potravy může DBT řešit vztah k jídlu jako takovému, může ale pomoci i v regulaci emocí (Wisniewski & Kelly, 2003). V některých případech může být patologické jídelní chování používáno jako copingová strategie během náročného prožívání (Telch, 2000).

DBT obsahuje čtyři základní principy – skupinový trénink dovedností, individuální terapie, telefonický koučink a konzultační tým terapeutů. Skupinový trénink dovedností podle Linehan (1993b) zahrnuje:

1. regulaci emocí
2. distresovou toleranci
3. interpersonální efektivitu
4. všímavost

Regulace emocí pomáhá především s impulzivitou. Emoce by se měly nejprve rozpoznat a pojmenovat. Následně by mělo dojít k ověření, zda jejich intenzita odpovídá faktům. Poté se pracuje na jejich projevech, které by měly být adekvátní

vzhledem ke konkrétní situaci. Modul zabývající se distresovou tolerancí se orientuje na strategie potřebné pro zvládání náročných situací. Jde především o to, aby nedošlo k sebepoškozování nebo dalšímu nebezpečnému chování. Proces zahrnuje i okruh zaměřený na přijímání životních okolností, na základě jejichž akceptace by se klient měl cítit o poznání lépe. Interpersonální efektivita se soustředí na snížení chaosu ve vztazích a nalezení rovnováhy. Kmenovým modulem je však všímavost, protože se odráží ve všech dovednostech.

Individuální terapie se specializují především na motivaci a povzbuzování ke změně. Telefonický koučink je k dispozici 24 hodin denně a terapeuti se pravidelně scházejí na konzultace. Součástí jsou také deníkové kartičky určené pro sebe-monitorování, na které si klienti zapisují frekvenci a intenzitu rizikového chování, ale také samostatné využívání naučených dovedností. Prostor kartičky věnují i záznamu a pojmenovávání emocí (Linehan, 1993b).

Cílem DBT pro poruchy příjmu potravy je, aby klient našel balanc v jídle. Je potřeba ho motivovat ke změně a k životu bez nemoci, podporovat ho k rozmanitému jídelníčku (nevynechávání žádné skupiny jídel) a všímavosti k vlastnímu tělu. Ta se projevuje například při vnímání, kdy je jedinec sytý nebo hladový. Terapie podporuje nesoudící postoj k jídlu i vlastnímu tělu a samozřejmě zahrnuje péči o přidružené problémy (suicidalita apod.). Za nezbytnost se v rámci programu považuje klientovo dobrovolné zapojení a ochota pracovat na jím stanovených cílech, mezi které patří například nárust hmotnosti nebo omezení zvracení.

Winiewski a Kelly (2003) upravují DBT pro poruchy příjmu potravy tak, že do nácviku dovedností zahrnují i nutriční modul. Ten obsahuje základní nutriční informace a vyvrací mýty, které se v moderní době objevují ve společnosti (vynechávání tuků, počítání kalorií místo snahy o rozmanitý a plnohodnotný jídelníček apod.). Deníkové kartičky se používají pro zapisování kompenzačního jídelního chování, záznam emocí a aplikování naučených dovedností. To vše se probírá na individuálních terapiích, kde se následně řeší stávající problémy a určují cíle do dalšího sezení.

V DBT se musí ošetřit chování, které přímo narušuje program. U klientů se může jednat o nezapisování záznamů do deníkových kartiček nebo tajnou snahou o snížení váhy. V těchto případech se sahá po různých intervencích, třeba pozastavení telefonického koučinku (Blood et al., 2020). Chování narušující program se však může objevit i na straně terapeuta. Poruchy příjmu potravy představují dlouhodobou a náročnou práci, při které se pracovník může začít cítit frustrovaný. Je žádoucí, aby znal své limity a vymezoval si hranice. Podpůrné mohou být právě pravidelné konzultace se zbytkem týmu. Limity terapeutů jsou ovšem značně individuální, na místě je proto užití metod psychohygieny (Winiewski & Kelly, 2003).

Efektivita DBT se projevuje hlavně u mentální bulimie a záchvatovitého přejídání. Studie potvrzují nižší počet záchvatů přejedení a sníženou frekvenci zvracení. Klienti dále vykazují eliminaci suicidálního nebo sebepoškozujícího chování (Chen et al., 2008; Blood et al., 2020). Výsledky ukazují i nižší skóry v EDE-Q dotazníku, který se zaměřuje na emoce a chování spojené s poruchami příjmu potravy. Výzkum, ve kterém s DBT pracovali Blood a jeho kolegové (2020), však ukázal, že emoční aspekty poruch příjmu potravy i po skončení léčby přetrvávaly (obavy z jídla apod.). Navzdory tomu došlo ke zlepšení v patologickém jídelním chování. Může to naznačovat, že obavy z jídla a další negativní emoce přetrvávají, ale DBT je učí regulovat a zacházet s nimi správným způsobem.

4.1.5 Další speciální programy realizované v České republice

Dušková a Pavlů (2011) pracovaly s pacienty s poruchami příjmu potravy a sledovaly, zda má kinezioterapie vliv na jejich tělesné sebepojetí. Do jejich studie se zapojilo 10 žen s poruchou příjmu potravy (mentální anorexie, mentální bulimie i záchvatovité přejídání). Podmínkou zařazení do výzkumu byla hospitalizace nebo docházení do denního stacionáře – u každého alespoň po dobu tří týdnů.

Vstupními údaji byl výpočet BMI a výsledky z dotazníku Body Atittude Test (dále BAT). Samotný program se skládal z kinezioterapie, která probíhala třikrát týdně. Zahrnovala speciální techniky zaměřené na vnímání vlastního těla a relaxaci. Přestože

byla studie limitována malým vzorkem, v BAT došlo k mírnému zlepšení. Je třeba doplnit, že pohybová aktivita neměla za následek úbytek váhy, naopak došlo k lehkému zvýšení u všech skupin (MA, MB i ZP). Zlepšení v body-image bylo vyšší u hospitalizovaných participantek než u žen, které docházely do denního stacionáře. Samy autorky však uvádí, že studie byla limitována malým vzorkem a pro přesnější výsledky by bylo nutné výzkumný vzorek rozšířit (Dušková & Pavlů, 2011).

Známá je také organizace Anabell, která nabízí například sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi. Nabídky mohou využít rodiny s dětmi do 18 let s bydlištěm v Brně. Setkání mohou probíhat ambulantně v centru Anabell nebo terénně u klienta doma, popř. na jiném místě. První sezení probíhá se sociálními pracovníky, kde se uzavře zakázka (ústřední požadavek rodiny). Další setkání se mohou odehrávat s celou rodinou i individuálně ve spolupráci se sociálním pracovníkem i psychologem. Cílem je stabilizovat rodinné zázemí, pomoci s řešením situace a zajištění zdravého vývoje dítěte. Klientovi jsou nabízena různá řešení, ale volba je čistě na něm. Jde tedy spíše o aktivizaci rodiny samotné. Pokud to situace vyžaduje, je možné zapojit další odborníky nebo organizace (Centrum Anabell, z.ú., 2022).

Centrum Anabell (2022) poskytuje také možnost docházení do svépomocných skupin, které vedou peer konzultanti, psychologové nebo jiní zkušení pracovníci organizace. Klienti zde mohou najít vzájemné pochopení a podporu, ale také sdílet vlastní zkušenosti.

Jednu z možností nabízených v České republice představují i krizové linky (Anabell, Linka důvěry, Modrá linka apod.). Výhodou je především rychlost, dostupnost a anonymita. Krizové linky nemohou nahradit psychoterapii či jinou dlouhodobou formu pomoci, poskytují spíše stabilizaci klienta při akutním problému, podávají informace, aktivizují pro hledání následné péče či využívání svých zdrojů (Špatenková 2017). Krizové linky jsou vhodnou službou nejen pro osoby s poruchou příjmu potravy, ale také pro jejich blízké (Centrum Anabell, z. ú.,2022).

4.1.6 Další speciální programy realizované v zahraničí

V současné době jsou poruchy příjmu potravy rozsáhlým problémem, a proto vznikají různé programy, které se snaží v jejich léčbě pomoci. Knatz Peck a její kolegové (2021) se rozhodli pojmout léčbu způsobem, ve kterém se zapojují rodiče/pečující osoby dívek, díky čemuž všichni zúčastnění získají společnou edukaci. Se záchvatovitým přejídáním se v tomto výzkumu nepracovalo. Program byl krátkodobý (pětidenní), ale intenzivní a pracovalo se se všemi rodinami současně. Dívky i rodiče tak mohli čerpat nejen ze vzdělávání samotného, ale i z podpory vrstevnic/dalších rodičů. Program měl několik stěžejních částí:

1. psychoedukaci o roli temperamentu a neurobiologických procesů u poruch příjmu potravy
2. zážitkové aktivity zaměřené na budování vztahu mezi participantkou a rodiči
3. nácvik dovedností
4. in-vivo koučování za pomoci terapeuta
5. jídelníček

Dívky i rodiče hodnotili celý proces pozitivně. Po roce od ukončení programu se mimo jiné zjistilo, že více než polovina dívek se částečně nebo úplně zotavila. Částečné zotavení bylo vymezeno tak, že dívky neměly záchvaty přejedení s následným zvracením/laxativy, měly normální BMI (vyšší než 18,5), ale stále měly přetrvávající psychopatologie podle EDE-Q. Překvapivě program fungoval více u dívek s mentální anorexií než u dívek s mentální bulimií. U mentální anorexie došlo k nárůstu váhy i významnému snížení skórů v EDE-Q.

Další odborníci se vydali alternativnější cestou a zaměřili se na přijetí vlastního těla pomocí jógy. Diers a kolegové (2020) spojili terapeutickou práci s jógovým cvičením zaměřeným na body-image právě z toho důvodu, že při zotavování z poruch příjmu potravy bývá výzvou přijmout tělesné změny, pro které se nemocní ve svém těle necítí dobře. Jóga slouží jako nástroj pro napojení na vlastní tělo, přičemž pouhé vnímání vnější stránky není dostačující. Program probíhal formou spolupráce

terapeuta, jógového instruktora a dívek s poruchami příjmu potravy. V rámci osmi týdnů se participantky (každý týden) scházely na 90 minut.

První polovinu tvořila jóga včetně relaxace a imaginace, ve druhé polovině probíhala skupinová diskuse. Klíčový prvek představovalo vytvoření bezpečného prostředí, kde lze otevřeně mluvit o tom, co dívky vnímají jako nepříjemné apod. Při jógových setkáních se pracovalo s dechem, zaměřením na vlastní tělo a jeho ocenění (vzhled x funkce), pozorováním vlastních emocí a neodsuzujícím postojem. V diskusi se reflektovaly dívkami vnímané negativní prožitky (např. tlusté břicho nebo slabé ruce), které sloužily pro nastavení zrcadla na negativní self-talk a navrhování alternativ, jak smýšlet o vlastním těle. Skupinová diskuse navíc zvyšovala vzájemnou podporu mezi vrstevnicemi. Během setkávání byla důležitá „pozitivní změna“, kdy byly dívky podporovány k vytyčování cílů, na kterých mohly pracovat. Cíle zahrnovaly například návštěvy veřejného jógového centra, trénink relaxačních pozic při úzkostech spojených s jídlem a nošení komfortního oblečení nezakrývajícího zdánlivé nedostatky. Výsledky ukázaly zlepšení v problémech spojených s body-image. Dívky trávily méně času přemýšlením o svém vzhledu a více oceňovaly funkci svého těla. Také popisovaly vyšší všímavost, sebepřijetí a snahu být laskavé ke svému tělu. Subjektivní zlepšení oznámily i v interpersonální oblasti, kde se dříve izolovaly od lidí kvůli problémům s body-image.

4.2 Peer konzultace

Hlavním znakem peer konzultanta je prožití duševní nemoci, léčby a procesu zotavení. Může tak nabídnout nejen podporu, ale i vlastní zkušenost. Samotná práce jednotlivých peer konzultantů se liší – někteří více sdílejí svůj příběh, jiní se orientují spíše na vyslechnutí klienta. Své služby mohou nabízet samostatně nebo v týmu s odborníky, kdy zásadní prvek představuje vytvoření vhodné metodiky a adekvátní proškolení. Tým by měl mít znalosti o poruchách příjmu potravy a roli peer konzultanta v procesu léčby. Na něj by neměl být vyvíjen přílišný tlak související s nerealistickými očekáváními a jeho přeceňováním (Centrum pro rozvoj péče

o duševní zdraví, 2015). Davidson a jeho kolegové (2012) ale zdůrazňují, že za žádoucí nelze považovat ani přílišné ochraňování. Práce s duševním onemocněním je náročná nejen pro konzultanta, ale i pro profesionály, kteří by se, dle autorů, měli k peer konzultantovi chovat stejně jako k ostatním zaměstnancům. Zvolený postoj by měl vést k eliminaci přehnaných obav za zachování respektu k individuálním limitům. Beveridge a jeho kolegové (2019) doporučují i zapojení debriefingů a supervizí.

Multidisciplinární tým zahrnující peer konzultanta může těžit z mnoha benefitů. Klientovi se dostane více naděje a kontroly nad situací, současně se lépe zapojuje do komunity. Setkávání s osobou, která se sama zotavila, poskytuje víru v lepší budoucnost a snižuje stigmatizaci spojenou s poruchou. Podpora peer konzultanta je také více reciproční než expertní podpora, jelikož peer konzultant ukazuje určitou zranitelnost a formuje silné vzájemné pochopení (Repper & Carter, 2011). Peer konzultanti vykazují dobré výsledky v navazování vztahů a dokážou se znamenitě napojit na klienty. Jejich služeb tak mohou využívat i lidé, kteří mají s vyhledáváním a získáváním pomoci problémy (Sells et al., 2006). Ve studii Vayshenkera a jeho kolegů (2016), kteří se zabývali především schizofrenií a bipolární poruchou, zaznamenali klienti s vyšší docházkou k zacvičeným peer konzultantům výrazné zlepšení v sebeúctě a vědomí vlastní účinnosti. Peer konzultace pro ně byly inspirativní a dávaly jim pocit kontroly nad vlastní situací. Také došlo ke snížení stigmatizace a zvýšení otevřenosti klientů ohledně nemoci.

4.2.1 Obecné vymezení práce peer konzultanta

Plán a průběh práce v rámci každé organizace se liší. Někteří peer konzultanti pracují systematicky, zatímco jiní spíše nahodile. Stejně tak jsou rozdílné i konkrétní úkoly peer konzultantů. Mohou klientům poskytnout nový pohled na věc, psychoedukaci či být jejich vzorem. Dalším příkladem může být začlenění komunikace s rodinami a přáteli klientů nebo zpětná vazba určená zbytku týmu (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2015).

Přestože se nejedná o běžnou práci klienta s profesionálem, je důležité udržovat určité hranice. Klient může peer konzultanta vnímat jako jedince se stejnou zkušeností, se kterým lze navázat rovnější vztah. Nemělo by však dojít k úplnému převrácení rolí. Peer konzultant by měl za užití otevřenosti a autenticity zachovávat nejen vzájemnost, ale i profesionalitu (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2015).

4.2.2 Vymezení práce s klienty s poruchami příjmu potravy

Peer konzultacemi a poruchami příjmu potravy se zabývali Beveridge a jeho kolegové (2019), kteří sestavili více než půl roku trvající program, v němž sledovali nejen účinky programu na klienty, ale také na samotné peer konzultanty. Studie měla danou strukturu, při které se klient a konzultant scházeli jeden na jednoho na místě, které si sami vybrali. Setkání probíhala jednou za dva týdny a trvala až tři hodiny.

Doba uzdravení potřebná pro vykonávání práce peer konzultanta se v programech liší, tato studie pro možnost výkonu peer konzultací stanovila alespoň jeden rok bez známek poruch příjmu potravy. Před samotným začátkem spolupráce peer konzultanti absolvovali třídenní trénink pro mentory (mentor training) a obdrželi manuál IPS (Intentional Peer Support), který poskytoval strukturu, jak pracovat se záměrem. Stěžejní bod představoval vztah konzultanta s klientem, udržování naděje, pochopení a společný růst. Bylo také potřeba připravit peer konzultanty na náročnější témata, mezi která spadají suicidální myšlenky apod. V průběhu programu peer konzultanti docházeli na debriefingy a supervize, aby došlo k ošetření situací, které v nich probouzí nepříjemné emoce.

Přestože u některých peer konzultantů došlo ke zhoršení symptomů poruch příjmu potravy v EDE-Q, nejednalo se o patologickou míru. Mezi sledované údaje patřila i kvalita života a riziko depresí/úzkostí, kde ke zhoršení nedošlo. Výzkumníci se snažili minimalizovat možná rizika pro peer konzultanty i klienty, proto byl k dispozici projektový psycholog, se kterým bylo možné probrat vyskytnuté potíže. Studie kladla důraz na posuzování bezpečnosti a rizik účastníků. Obě skupiny participantů mohli program kdykoliv bez vysvětlení opustit.

Na konci programu byly s klienty vedeny polostrukturované rozhovory, kde vyvstalo několik výraznějších témat:

1. benefity participace
2. peer konzultant jako přijímající průvodce
3. vztah
4. rozdíly mezi peer konzultacemi a jinou léčbou

Hlavní výhodu klienti spatřovali v získání naděje, inspirace a motivace. Také se lépe zapojovali do běžného fungování. Peer konzultant jim dokázal předat své znalosti a zároveň byl ochotný sdílet vlastní zranitelnost a nedokonalost. Klienti se cítili přijímaní a povzbuzovaní. Vztah byl spíše reciproční a bylo potřeba udržovat určité hranice. Výzvou programu bylo také ukončení vztahu, které bylo většinou provázeno smutkem a následným přijetím. Někteří klienti hlásili nedostatek spojení mezi nimi a peer konzultanty a s tím také nižší vnímanou účinnost programu, naopak při kvalitním vztahu byla účinnost programu vyšší. Hlavní rozdíl mezi peer konzultacemi a jiným druhem léčby vnímali klienti v tom, že si byli s peer konzultantem rovni. Celkově pro ně zkušenost působila uvolněným dojmem a neměli pocit tlaku. Konzultace byly více integrované do běžného života a účinek měla samozřejmě i osobní zkušenost peer konzultanta.

Rozhovory byly vedeny i s peer konzultanty, kteří za stěžejní témata považovali především:

1. vztah k sobě i druhým
2. objevování vlastního procesu uzdravení a získávání perspektivy
3. zvýšení sebevědomí
4. důvody k vykonávání peer konzultací
5. výzvy programu

Konzultanti uváděli, že se během programu měli možnost lépe poznat a byli nuceni k upřímnosti nejen ke druhým, ale hlavně k sobě samým. Objevoval se také reframing, kdy se z negativního zážitku stal nástroj, jak pomoci druhým. Konzultanti sledovali vlastní proces a stáli tváří v tvář své poruše příjmu potravy. Program byl pro ně čas,

kdy si mohli uvědomit, jaký byl jejich proces u poruchy příjmu potravy – počátek, průběh i léčba. Ačkoliv se na začátku objevovaly určité pochybnosti o sobě v roli peer konzultanta, během procesu konzultanti získali sebevědomí. Hovořili také o rozvoji osobních i profesních dovedností, uspokojení z pomoci druhému a pocitu vlastní síly.

5 Cíl a metoda výzkumu

Snahou předkládané studie bylo prozkoumat poruchy příjmu potravy z jiného úhlu pohledu a zmapovat individuální, specifické zkušenosti peer konzultantek do hloubky. Sběr dat probíhal pomocí semistrukturovaných rozhovorů a pro jejich zpracování byla použita interpretativní fenomenologická analýza. S ohledem na výzkumný cíl byl zvolen kvalitativní explorativní výzkumný design a stanoveny následující výzkumné otázky:

VO1: **Jaká je osobní zkušenost peer konzultantek s prací s klienty s poruchou příjmu potravy?**

VO2: **Jaké faktory v rámci peer poradenství jsou peer konzultantkami vnímány jako účinné/efektivní a které jako méně účinné?**

5.1 Výzkumný vzorek

Pro zařazení respondentů představovalo zásadní kritérium vykonávání peer konzultací v oblasti poruch příjmu potravy v aktuálním období. Zpočátku byly o kontakt na peer konzultanty osloveny přímo organizace, které se zapojením peer konzultací do procesu léčby zabývají. Touto cestou byl zprostředkován kontakt na jednu z respondentek. Poté došlo k vyhledání dalších peer konzultantek na sociálních sítích a jejich následnému oslovení s nabídkou účasti v připravovaném výzkumu. Tímto způsobem byl navázán kontakt i s dalšími dvěma peer konzultantkami. Sběr dat byl tudíž realizován záměrným výběrem. V závěru se studie účastnily tři respondentky, které byly dopředu obeznámeny s cílem a přibližným průběhem spolupráce a souhlasily s uskutečněním rozhovorů. V následujícím textu budou peer konzultantky označovány jako P1, P2 a P3.

5.2 Nástroje

5.2.1 Semistrukturovaný rozhovor

Semistrukturovaný rozhovor byl zvolen pro jeho flexibilitu a pochopitelnost. Volnost uspořádání poskytuje otevřenost vůči tomu, co respondent cítí. Navíc umožňuje reflexi pro něj důležitých informací vzhledem k záměrům výzkumu (Alvesson, 2003). Nejdříve je nutno identifikovat otázky směřující k získání dat potřebných pro zodpovězení výzkumných otázek. Základem je tazatelské schéma s připravenými otázkami, na které mohou navazovat doplňující otázky rozšiřující původní záměr. Doplňující otázky mohou být pokládány přímo v kontextu odpovědi respondenta a přispívají tak k lepšímu pochopení problému jako celku (Miovský, 2006). Při semistrukturovaném rozhovoru může výzkumník volně reagovat na účastníka a odhalit tak skryté aspekty tématu. Je třeba věnovat pozornost způsobu kladení otázek, který může mít vliv na získané informace a směr rozhovoru (Qu & Dumay, 2011). Výhodou semistrukturovaného rozhovoru je přirozený způsob komunikace a možnost přizpůsobit jeho styl/rychlost a pořadí otázek (Miovský, 2006).

Rozhovor se skládal z otázek zaměřených na tři oblasti, které jsou důležité pro pochopení prožité zkušenosti peer konzultantek:

1. anamnéza a příběh respondentek
2. účinné faktory a systém peer konzultací
3. sebepéče peer konzultantek

Konkrétní soubor otázek je uveden v Příloze B. Rozdělení otázek do tří skupin umožňuje zaměření se na peer konzultace jako takové, ale zároveň mapuje i důležitá témata v léčbě poruch příjmu potravy samotných respondentek. Třetí část pomáhá nahlédnout do způsobů, kterých peer konzultantky využívají k ošetření faktu, že se během práce staví tváří v tvář své dřívější nemoci.

5.2.2 Interpretativní fenomenologická analýza

Interpretativní fenomenologická analýza se používá pro exploraci subjektivní zkušenosti jedince, kdy je klíčové, aby se výzkumník vžil do situace participanta

a popsal jev jeho úhlem pohledu. V tomto analytickém postupu je třeba reflektovat, že se jedná o subjektivní zkušenost participanta v interakci s pohledem na svět samotného výzkumníka (Smith, 2004). Fade (2004) však uvádí, že prekoncepce výzkumníka jsou nezbytné k formulaci toho, jaký význam má zkušenost pro participanta. Zároveň je důležité, aby výzkumník se svou subjektivitou zacházel opatrně a interpretace zakotvil v přímých citacích respondentů (Pringle et al. 2011).

5.3 Sběr dat

Realizaci rozhovorů předcházelo ošetření etických aspektů. Popis studie s jejími cíli a plánovaným postupem byl předložen Etickému panelu Psychologického ústavu Filozofické fakulty Masarykovy univerzity ke schválení. Prostřednictvím sociálních sítí a organizace, která se touto problematikou zabývá, bylo osloveno několik peer konzultantek, z nichž tři vyjádřily souhlas s uskutečněním rozhovoru.

Setkání s respondentkami se uskutečnila během ledna 2023. Zahrnovala informovaný souhlas, rozhovor a debriefing. Trvala přibližně jednu až dvě hodiny. Místo bylo přizpůsobeno možnostem respondentek. Dva rozhovory proběhly osobně v uzavřených prostorách pro seminární skupiny na Fakultě sociálních studií MU a jeden se konal online přes platformu Google Meet.

Každý rozhovor byl započat zopakováním základních informací a vysloveným informovaným souhlasem respondentek (viz Příloha A). Poté byly kladeny otázky v předem stanoveném pořadí. Tvořily především strukturu k rozhovoru – pokud to bylo žádoucí, byly respondentkám položeny doplňující otázky sloužící k získání dostatečného náhledu na jednotlivá témata. Respondentky byly velmi sdílné a na otázky odpovídaly pomocí obsáhlých vyjádření. Pokud si nebyly jisté odpovědí, byl jim ponechán prostor pro ukotvení myšlenek. V průběhu rozhovoru se respondentky běžně vracely k předchozím otázkám, protože během rozhovoru docházelo k otevírání nových témat, která chtěly sdílet. Každé setkání trvalo jednu až dvě hodiny a jejich součástí byl zakončující debriefing.

5.4 Analýza dat

5.4.1 Sebereflexe výzkumníka

Před samotnou analýzou dat jsem nejprve provedla dialog sama se sebou, abych porozuměla svému vztahu k tématu a motivaci psaní zvolené práce. Tento způsob sebereflexe je nezbytný právě proto, aby si výzkumník uvědomil svou roli v intepretaci zkušeností respondentů (Kostínková & Čermák, 2013). Prozkoumala jsem určité prekoncepce získané vlastní zkušeností i odbornou literaturou, abych je později mohla během analýzy reflektovat a zachovat tak její validitu. Hlavní motivací pro realizaci této práce byla především zvědavost a možnost pozorování poruch příjmu potravy z jiného úhlu pohledu. Rozhovory zprostředkovávají nejen osobní a jedinečnou zkušenost dívek, které se z nemoci zotavily, ale také nám představí koncept peer konzultací, který mezi veřejností není tak znám jako například psychoterapie. Pociťuji také důležitost otázek zaměřených na sebepéči peer konzultantek, které mohou poskytnout náhled na jejich vnímání protektivních faktorů a přiblížit témata, která jsou důležitá po vymizení příznaků poruch příjmu potravy.

5.4.2 Postup analýzy dat

Prvním krokem byl doslovný přepis rozhovorů do textových dokumentů, ve kterých bych zaznamenán i neverbální doprovod (váhání, smích apod.), aby došlo k zachování situačního a emočního kontextu. Přepsaný text byl vytištěn s dostatečně širokými okraji pro vlastní poznámky vznikající během analýzy. Rozhovory mohou být v případě zájmu poskytnuty oponentovi diplomové práce, avšak pro zachování anonymity nejsou v práci zobrazeny, jelikož obsahují specifické údaje týkající se zdraví, rodiny apod.

Dalším krokem bylo čtení a opakované čtení, jehož cílem bylo vžít se do kůže respondenta a co nejvíce se navázat na jeho zkušenost a prožívání (insider's perspective). Během tohoto procesu byly zvýrazňovány věty (viz Obrázek 1), které byly zajímavé a mohly vést k získání rozšiřujících poznámek. Zvýrazněné věty byly rozděleny do několika kategorií:

1. popis zkušenosti (modrý zvýrazňovač):

„…tak pro ni (klientku) bylo třeba více vyhovující se scházet mimo kontaktní centrum. A byli jsme někde v kavárně nebo venku, a to pro ni bylo příjemnější.“ (P3)

2. prožívání respondentky (fialový zvýrazňovač):

„A měla jsem pocit, že o tom tématu potřebuju víc mluvit, protože doma to bylo celkem tabu a moc se o tom nemluvilo.“ (P2)

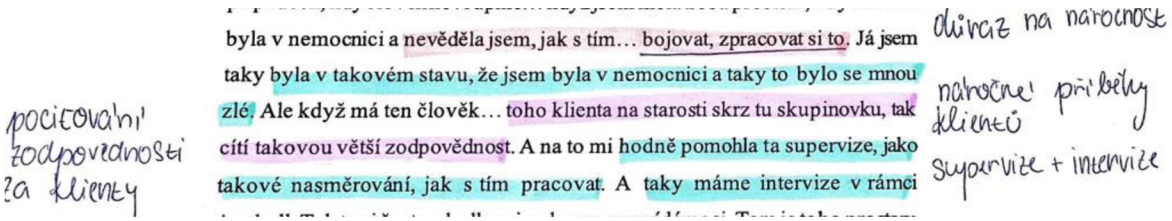
3. zajímavé používání jazyka a metafor (růžový zvýrazňovač):

„A vlastně volejbal tak nějak držel celý můj život pohromadě.“ (P1)

Po zvýraznění došlo k opětovné analýze celého textu a psaní počátečních poznámek po okrajích stran. Pringle a jeho kolegové (2011) uvádí, že psaní poznámek ručně pomáhá navodit intimnější vztah s textem, příběhem i samotným výzkumem.

Obrázek 1

Příklad kódování


byla v nemocnici a nevěděla jsem, jak s tím… bojovat, zpracovat si to. Já jsem taky byla v takovém stavu, že jsem byla v nemocnici a taky to bylo se mnou zlé. Ale když má ten člověk… toho klienta na starosti skrz tu skupinovku, tak cítí takovou větší zodpovědnost. A na to mi hodně pomohla ta supervize, jako takové nasměrování, jak s tím pracovat. A taky máme intervize v rámci

V další fázi bylo třeba redukovat objem dat a formulovat tzv. rodící se témata. Zde se aplikuje princip hermeneutického kruhu, kdy celek rozdělíme pomocí analýzy na části, které na konci utvoří celek nový. V tomto stádiu je třeba pracovat spíše s vlastními poznámkami než s textem, proto byly poznámky přepsány na samostatný papír za účelem vhodnějšího přiřazení souvisejících okruhů, ke kterým bude později možno přidělit nadřazená témata. Názvy zatím nemusí být definitivní, jde spíše o vyjádření jejich esence (Smith et al., 1999).

Témata byla poté pro lepší přehlednost zobrazena v diagramech. Během jejich tvorby bylo stěžejní oddělit:

1. příběh peer konzultantky a její zkušenosti s nemocí

2. popis a funkci peer konzultací obecně
3. konkrétní témata peer konzultací
4. vnímání práce a sebepéče peer konzultantky

Tyto čtyři skupiny umožnily oddělit princip peer konzultací obecně od náhledu na peer konzultace z pohledu pracovníka. Zároveň bylo důležité diferenciovat postupy v léčbě aplikované na konzultacích a kroky v léčbě samotné peer konzultantky. Stejný postup byl zvolen i u druhého a třetího rozhovoru. U třetí respondentky k vytvoření diagramu s tématy peer konzultací nedošlo, protože respondentka ve své práci za důležitý považuje spíše způsob vedení a otevřený rozhovor o oblastech, které přinesou sami klienti.

6 Výsledky

Kapitola prezentuje nejprve příběhy respondentek, díky kterým se čtenář lépe seznámí s jejich zkušeností a pohledem na poruchy příjmu potravy. Následuje popis práce peer konzultantky a princip skupinových peer konzultací. Dále jsou předložena důležitá témata z pohledu peer konzultantek. Kapitola je zaměřena především na zmapování shod a odlišností u jednotlivých respondentek. V podkapitole ohledně práce peer konzultantky jsou zkoumána vnímaná pozitiva i negativa práce a deskripce toho, co je při vykonávání této práce důležité (podpora organizace, vlastní sebepéče apod.). Podkapitola skupinových peer konzultací představuje, jak peer konzultace fungují, co mohou klientům nabídnout a co léčbě nepřispívá. Nakonec výsledky realizované studie mapují témata, která peer konzultantky během sezení vnímají jako stěžejní.

6.1 Stručné kazuistiky

Konkrétním cílem této podkapitoly je bližší představení příběhu respondentek. Kapitola stručně popisuje historii peer konzultantek s poruchou příjmu potravy, vnímané rizikové faktory, pro které se tato nemoc objevila, a jejich dnešní pohled na nemoc. Obrázky 2-4 zobrazují diagramy s tématy v příbězích respondentek.

6.1.1 P1

První respondentka uvedla, že se u ní nemoc začala projevovat pozvolna a nevědomě, přičemž plně propukla během dospívání. Náznaky poruch příjmu potravy u ní začínaly už v útlém dětství, ale respondentka je datovala až zpětně díky terapii. Od dětství chodila na krasobruslení a vnímá, že už v té době cítila nároky nejen na výkon, ale i na štíhlost. Později místo krasobruslení začala chodit na volejbal, který zahrnoval několik tréninků týdně a zápasy. Její dny proto měly pevnou strukturu, na kterou byla zvyklá. Po úrazu kolene však nemohla se sportem dále pokračovat. Ztráta zažité

struktury pro ni byla náročná a vedla k pocitu nedostatku kontroly v životě. Stav poté kompenzovala kontrolou jídla.

„A tam (krasobruslení) ta práce s nějakým body-image byla už od mých čtyř let. Kdy nám říkali, jak musíme být hubené, jinak se neodrazíme z bruslí.“ (P1)

„…jsem si začala uvědomovat věci, jako že jsem začala vyhazovat svačiny, už když mi bylo šest let…“ (P1)

„…vážně jsem to už nezvládla, ten nápor toho, že ta struktura mých dní a mého života vlastně úplně odešla. Takže jsem si tu kontrolu budovala trošku jinde. Začala jsem kontrolovat svůj život skrz jídlo.“ (P1)

U respondentky propukla mentální anorexie, s mentální bulimií ani záchvatovitým přejídáním signifikantní zkušenost nemá. Uvádí, že během léčby se sice objevovalo přejídání, ale bylo způsobeno především dlouhodobou restrikcí a časem se samo upravilo.

Prvním krokem, který P1 podnikala v léčbě, bylo navštěvování psychoterapeutky. Motivem k léčbě byl hlavně tlak rodičů a terapie nepřinesly výsledky, protože P1 stále nebyla ve fázi, kdy by se chtěla léčit. Později však začala docházet k terapeutce s vlastní zkušeností, u které cítila pochopení a získala motivaci k vyléčení. Uvádí, že důležité bylo mapování počátků její anorexie a také důvodů, které za ní jsou.

„…neskutečným způsobem mi pomohla (terapeutka s vlastní zkušeností), protože najednou mě konečně někdo pochopil. A začaly jsme primárně pátrat po těch důvodech, nesnažily jsme se léčit ty důsledky.“ (P1)

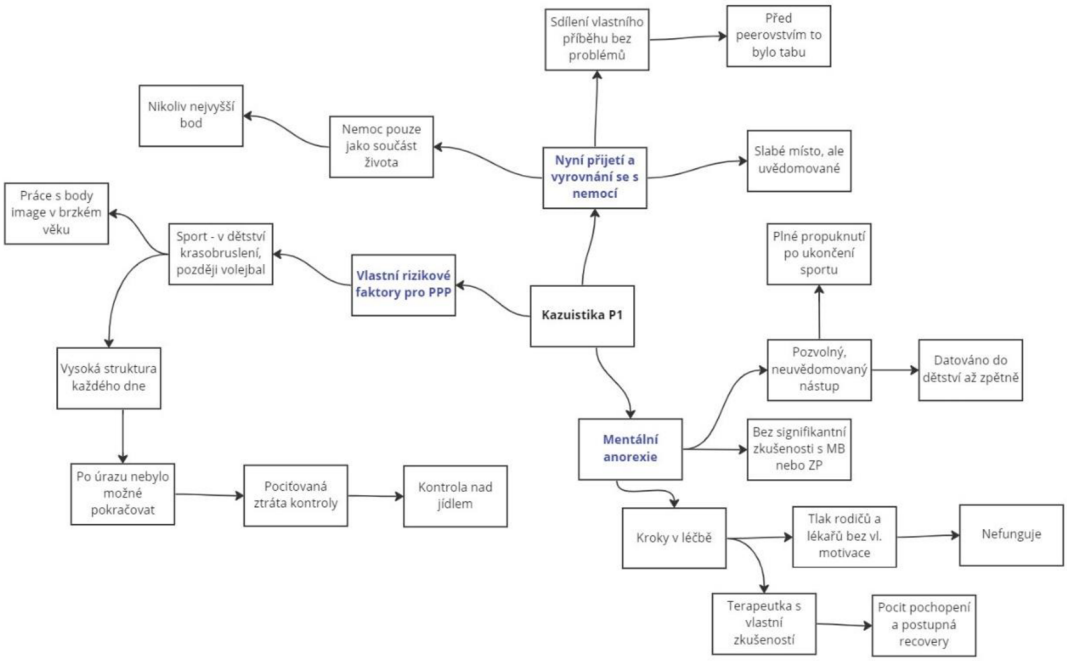
Dříve svůj příběh s nemocí sdílela pouze s blízkými lidmi a téma poruch příjmu potravy vnímala ve společnosti jako tabu, ale v současné době o nemoci a své zkušenosti dokáže otevřeně mluvit. Uvědomuje si, že mentální anorexie pro ni vždy bude slabé místo, ale je motivovaná se o sebe postarat tak, aby u ní nemoc znovu nepropukla. Dnes vnímá mentální anorexii pouze jako součást svého života.

„Nemám problém to sdílet s úplně cizí osobou. V dobrém. Dříve to bylo… ne, že bych se za to styděla, ale měla jsem pocit, že je to takové tabu v té společnosti.“ (P1)

„Protože vím, že je to (MA) moje slabé místo a vždy, si myslím, že bude. Tak jednoduše dbát na to, aby mi žádná životní situace nezpůsobila to, že do toho spadnu znovu.“ (P1)

„Už je to jen taková součást toho života. Není to ten nejvyšší bod.“

Obrázek 2
Kazuistika (P1)



6.1.2 P2

Stejně jako první respondentka se P2 potýkala především s mentální anorexií. Na rozdíl od P1 však popisuje i přechod do atypické mentální bulimie a později do atypické mentální anorexie (absence podváhy, ale patologické myšlenky a jídelní chování). Plné propuknutí nemoci nastalo během dospívání a v akutní fázi trvalo přibližně čtyři roky, poté následovaly dva roky uzdravování.

Jako rizikové faktory uvedla P2 perfekcionismus, tlak v rodině a sportovní gymnastiku v dětství. Vyprávěla o tom, že vždy byla nastavena tak, že musí být vše plněno na 100 %. V tomto směru pociťovala i nároky ze strany rodiny, která byla velmi výkonově zaměřená. Sportovní gymnastika tento tlak podpořila a P2 vnímala nároky

okolí na výsledky i postavu. Úplný zlom nastal kolem 14. roku, kdy se respondentce začala měnit postava.

„Jedním z důvodů bylo moje osobnostní nastavení. To znamená být perfekcionista, ze všeho dostávat 100 %.“ (P2)

„…rodiče tlačili na to, ať jsem ve všem nejlepší, od sportu přes školu. A neúspěchy se doma moc neodpouštěly.“ (P2)

„…chodila jsem od tří let na sportovní gymnastiku, takže tam ten tlak na výkon a postavu byl celkem enormní.“ (P2)

Stejně jako P1 i druhá respondentka popisuje první kroky vedoucí k léčbě především z iniciativy okolí, ale bez vlastní motivace, a tedy i účinku. Přelomové byly až obavy ze smrti a touha po svobodě. Pro P2 byla v tu chvíli velmi důležitá podpora okolí (přátelé, partner, v jisté fázi i rodina), ale nejdůležitější pro ni bylo, že se sama chtěla uzdravit. Také ji motivovala myšlenka, že by této zkušenosti mohla jednou využít.

„Jedna z částí byla taková ta nucená snaha se z toho dostat, což byl hodně tlak rodičů, školy a potom vlastně i lékařů. Což nebylo úplně chtěné. Já v té fázi ještě nebyla, že se z té nemoci chci dostat.“ (P2)

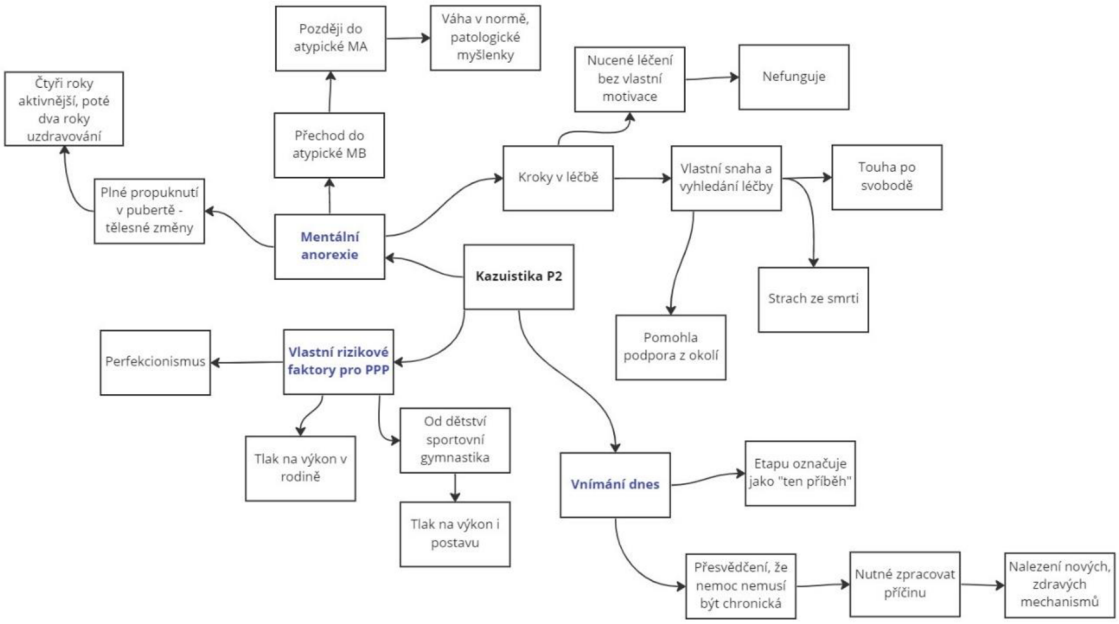
„…nejzásadnější zlom byla touha po svobodě. Hodně velkou roli hrála i taková ta obava ze smrti, to byl taky nějaký motiv.“ (P2)

„Ale nejvíc to bylo o tom, že já sama jsem si řekla, že chci, a viděla jsem motivaci, jak potom můžu tu zkušenost využít dál.“ (P2)

Z výpovědi respondentky se zdálo, že v současnosti je ve svém uzdravení více pevná, ukotvená. Svou etapu poruch příjmu potravy vždy označovala jako „ten příběh“ a je přesvědčená, že nemoc nemusí být chronická a je možné se úplně zotavit.

„…mám pocit, že pokud si člověk zpracuje příčinu, a ví, proč ta nemoc byla, z jakého důvodu a k čemu ji využíval, tak není důvod se do toho zpátky vracet. Protože má jiné, zdravé mechanismy, které může využít na to, jak se s tou situací poprat, jak s tím pracovat.“ (P2)

Obrázek 3
Kazuistika (P2)



6.1.3 P3

Třetí respondentka se také potýkala s mentální anorexií. Akutní fáze, kdy na tom byla fyzicky nejhůře, trvala asi třičtvrtě roku. Následovalo přibližně sedm let do úplného uzdravení. Uvádí, že během dospívání pociťovala nedostatek pozornosti ze strany otce a nepřipadala si přijímaná. Hlavní zlom nastal při úmrtí dědečka. Pro respondentku bylo toto období velmi náročné, protože s dědečkem měli velmi blízký vztah a bydleli v jednom domě. Během mentální anorexie popisuje silné emoce ze strany matky, které ji upevňovaly v tom, že o ni má strach a pokračováním v nemoci by mohla získat stejnou odezvu i od otce. Přestože však v rozhovoru často zmiňuje potřebu pozornosti, udává, že to nebyl hlavní důvod a řešila by situaci jinak, kdyby nebyla zasažena úmrtím v rodině.

„… že mě nepřijímá, nemá rád můj taťka, tak jsem chtěla docílit toho, aby o mě měl strach. To tak zpětně, když se na to koukám, byl velký důvod.“ (P3)

„Já si třeba pamatuju, když nade mnou mamka stála u jídla. Třeba hodinu a křičela na mě, ať to sním, a že nikam nepůjdu, dokud to nesním. Tak jsem z ní cítila to naštvání, ten stres. Ten strach. Ale táta nedělal nic. A já si říkala, že možná, když to budu dělat dýl, tak třeba budu vědět, že se o mě taky bojí.“

„…zároveň si myslím, že ta smrt dědy v tom zahrála mnohem větší roli. Že kdyby k tomu nedošlo… no minimálně bych to v tom období řešila jinak.“ (P3)

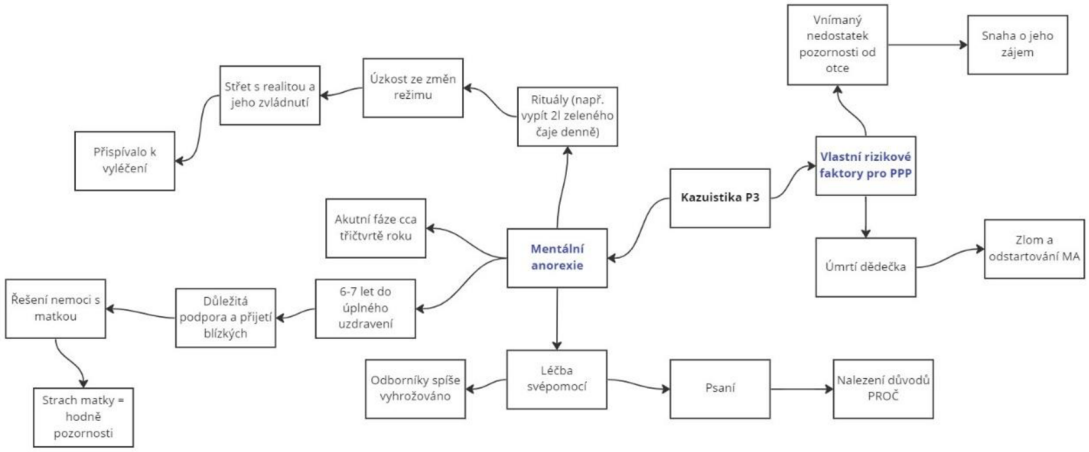
Léčba u respondentky probíhala svépomocí, odborníky jí bylo spíše vyhrožováno. Důležité pro ni bylo především psaní, které pro ni zprostředkovávalo způsob, jak ze sebe dostat své pocity. Později při čtení zápisků začala hledat a objevovat důvody, pro které se nemoc spustila. Důležitými body v léčbě byla nejen vlastní sebereflexe, ale také podpora okolí. Zajímavá byla zmínka o tom, že léčivými faktory byly momenty, ve kterých se navázala zpět do reality. Respondentka dodržovala různé rituály, o kterých se domnívala, že jsou pro ni nezbytné. Příkladem bylo přesvědčení, že musí vypít dva litry zeleného čaje denně. Když jeli s rodinou na hory a její rodiče zapomněli čaj zabalit, respondentka cítila beznaděj, pro kterou nastal silný pláč a hádka s rodiči. Během výletu však zjistila, že i když nedodržela svůj rituál, nic se nestalo.

„Ale hodně mi pomohlo se o tom bavit, když to všechno u našich prasklo. Tak mi hodně pomohlo se o tom bavit s mamkou. Moc mi nepomohlo, když mi právě bylo vyhrožováno tím, že mě někam vezmou, jestli to nepřestane.“ (P3)

„A taky mi hodně pomohlo psaní a potom si to po sobě číst. Protože jsem tam potom nacházela věci, u kterých si můžu říct, proč to vzniklo a vysvětlit si to. To mi pomohlo asi nejvíc.“ (P3)

„A zjistila jsem, že se vlastně nic nestalo. Když jsem ten čaj nevypila. Takže tyhle náročný střety s realitou mi taky pomohly. Vlastně navázat se do té reality zpátky. Protože to, v čem jsem byla, vlastně nebylo reálný.“ (P3)

Obrázek 4
Kazuistika (P3)

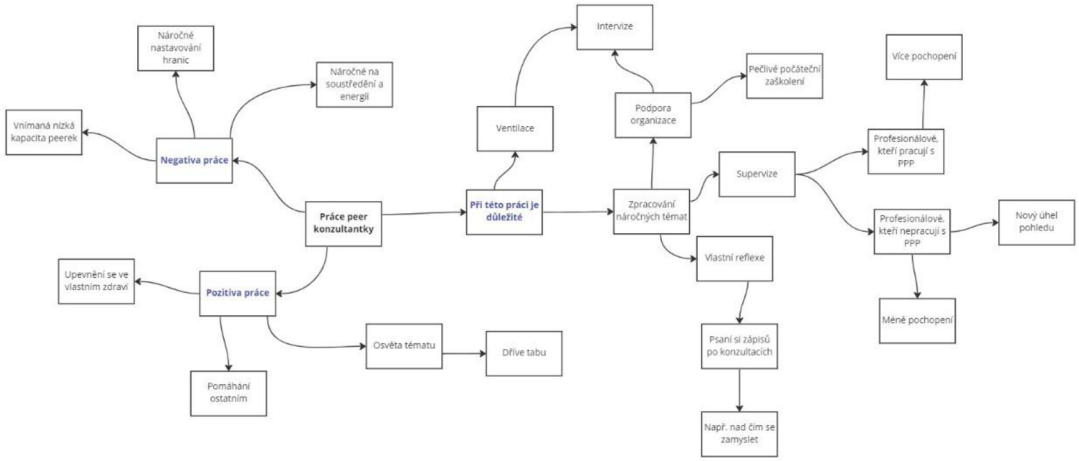


6.2 Osobní zkušenost s prací peer konzultantky

Kapitola je rozdělena na pozitiva práce, negativa práce a důležité aspekty při vykonávání peer konzultací. Zahrnuje i oblasti, ve kterých se respondentky shodují nebo naopak odlišují, a ukazuje, jak zkušenost jedné může vysvětlovat zkušenost druhé. Diagramy zobrazující témata vyplývající z rozhovorů s jednotlivými respondentkami jsou zobrazeny na Obrázcích 5-7.

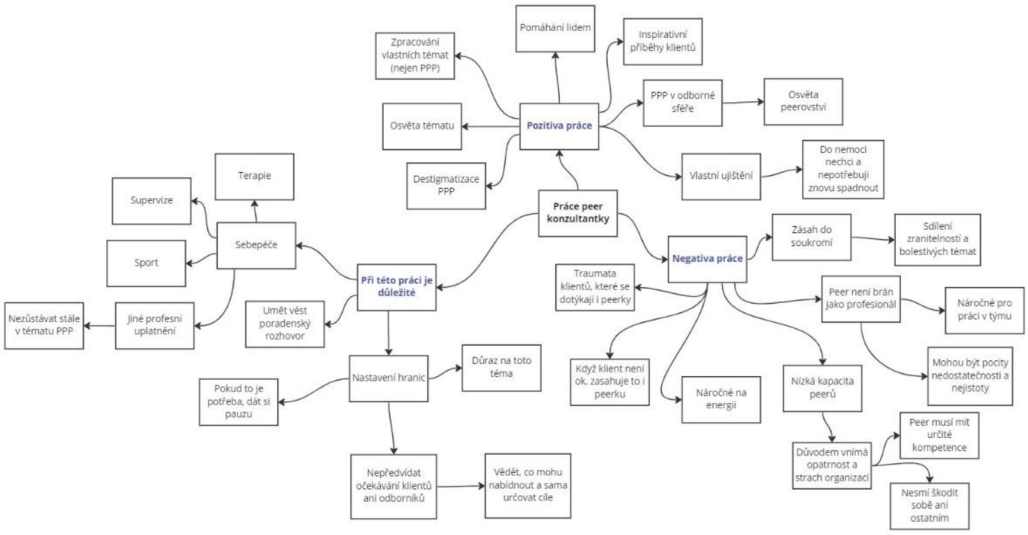
Obrázek 5

Práce peer konzultantky (P1)



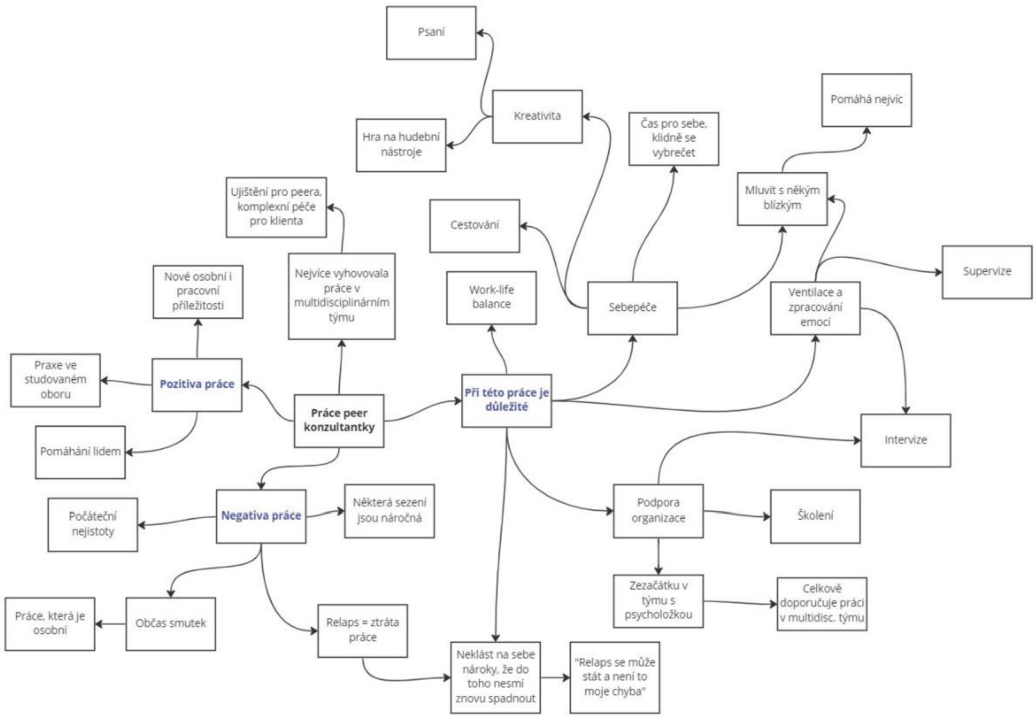
Obrázek 6

Práce peer konzultantky (P2)



Obrázek 7

Práce peer konzultantky (P3)



6.2.1 Pozitiva práce peer konzultantky

Není překvapením, že silnou motivací pro vykonávání této práce je právě touha **pomáhat lidem**. Všechny respondentky se shodly na tom, že si přály pomoci někomu, aby nemusel procházet tím, čím ony. Jak bylo zmíněno výše, první respondentka uvedla, že docházení k terapeutce s vlastní zkušeností nastartovalo její motivaci k léčbě. Proto věděla, že sdílení zkušenosti s osobou, která nemocí prošla, opravdu pomáhá. Než začala pracovat v tomto oboru, pomohla otevřeným rozhovorem a sdílením zkušenosti své známé, která trpěla poruchou příjmu potravy. Společně docílily toho, že dívka začala docházet na terapie a navštěvovat centrum Anabell. I P2 uvedla, že během léčby měla za cíl svou zkušenost využít k něčemu dobrému.

„…od té doby, co jsem se vyléčila, tak mě to nějakým způsobem tahalo k tomu pomáhat lidem, kteří mají poruchu příjmu potravy, protože sama jsem věděla, jak ta zkušenost vlastně pomáhá.“ (P1)

„…že já dokážu nějakým způsobem motivovat druhé. A nejhezčí je vidět ty pokroky. Když klienti přijdou a sdílí, že se jim něco podařilo.“ (P1)

„Ale hodně je to o té pomoci druhým lidem. Že člověk vlastně vidí, že to má smysl, že to má nějaký dopad.“ (P2)

„Že bych chtěla těm lidem nějakým způsobem pomoct, aby si nemuseli procházet podobnými věcmi.“ (P3)

Dalším stěžejním tématem byla **osvěta** – ať už zaměřená na poruchy příjmu potravy nebo samotnou peer konzultaci. Všechny respondentky uvedly, že díky výkonu povolání jsou zvyklé o poruchách příjmu potravy mluvit s lidmi, se kterými by tuto zkušenost nesdílely. Vnímají, že téma pro ně dříve představovalo tabu, ale dnes cítí, že se díky své práci mohou podílet na osvětě a destigmatizaci. Druhá respondentka uvedla, že měla tuto potřebu již před vykonáváním peer konzultací a byla v oblasti poruch příjmu potravy aktivní na svých sociálních sítích. Nyní pracuje již šest let jako peer konzultantka a přináší do odborné sféry povědomí nejen o této nemoci, ale také o peer konzultacích jako takových. Je pro ni důležité, aby byla veřejnost více obeznámena s pozicí peer konzultanta a brala jej jako odborníka, který může pomoci. S tím souhlasí i třetí respondentka, která se v osvětě aktivně neangažuje. V našem rozhovoru však sdílela myšlenku, že by peer konzultanti měli více vystupovat jako odborníci a podílet se na destigmatizaci poruch příjmu potravy, protože veřejnost by mohl zajímat a obohacovat pohled někoho, kdo si zkušeností opravdu prošel.

“A taky mi to (peer konzultace) připomíná důležitost osvěty.“ (P1)

„A měla jsem pocit, že o tom tématu potřebuju víc mluvit, protože doma to bylo celkem tabu a moc se o tom nemluvilo. A cítila jsem, že je kolem té nemoci spoustu stigmat.“ (P2)

„Po té úzdravě jsem začala být hodně aktivní na sociálních sítích a začala jsem o tom psát a říkala si, že by možná bylo dobrý to ještě někam posunout.“ (P2)

„A myslím, že teď je to hodně o tom, že dokážu to téma přinášet i do odborné sféry, dokážu mluvit o tom, že peer je vlastně člověk, který může pomáhat jiným.“ (P2)

„Já si myslím, že peerka má určitě co dělat nejen v přímé práci s klienty, ale byla by dobrá i do téhle veřejnější pozice, aby to vedlo k destigmatizaci toho onemocnění. Mám pocit, že lidé si raději poslechnou někoho s vlastní zkušeností než přednášky.“ (P3)

P1 a P2 se shodly na tom, že peer konzultace jim pomáhají v **upevnění ve vlastní úzdravě.** Uvědomují si, že svou nemoc dokázaly překonat, obě však uvádí, že je důležité se o sebe v této práci starat a uvědomovat si, proč se nemoc objevila a co mohou dělat pro to, aby znovu nepropukla. Klíčovou roli pro ně hraje pojmenování a zpracování funkce, kterou nemoc plnila. Samotné vyprávění klientek může být pro peer konzultantky inspirativní a pomáhá jim ukotvit se ve vlastním příběhu nebo pojmenovat některá témata, a to nejen v oblasti poruch příjmu potravy.

„Když je (klienty) vidím, tak si uvědomuji, že jsem to zvládla.“ (P1)

„...to připomíná (peer konzultace) tu důležitost se o sebe postarat.“ (P1)

„Zároveň mám pocit, že mi to pořád dává jistotu toho, kde jsem. V tom příběhu. Co mi ta nemoc dala, proč jsem v té nemoci byla, a že už se do ní dostat nepotřebuju a nechci.“ (P2)

„A myslím si, že spousta příběhů klientů mi pomohla pojmenovat vlastní témata v mém příběhu, což je za mě docela důležitá věc i v kontextu toho, že člověk si může to téma zpracovat.“ (P2)

Poslední dodatek této kapitoly obsahuje vnímané pozitivum třetí respondentky, která uvedla, že peer konzultace jí dávají nové **osobní i pracovní příležitosti** a zároveň praxi v oboru, který studuje.

„A přináší mi to spousto nových příležitostí, ať už pracovních nebo osobních.“ (P3)

6.2.2 Negativa práce peer konzultantky

Při rozhovorech s respondentkami se často opakovalo téma **těžkých příběhů klientů**. Peer konzultantky uvedly, že ačkoliv jsou v pozici „odborníka“, je pro ně

náročné si některá témata klientek nenosit domů. Vztah klienta s peer konzultantem je méně asymetrický než s psychologem nebo sociálním pracovníkem, a tak je těžší si udržet hranice profesionality. Když se například léčba klienta neuchyluje správným směrem (např. je nutná hospitalizace), často situace zasáhne i peer konzultantky. Výraznou roli hrají i traumata klientek, která se nějakým způsobem dotýkají respondentek a jejichž zpracování je pro ně obtížnější. Peer konzultantky by proto měly ovládat strategie, jak tyto emoce ošetřit (viz kapitola 6.2.4).

„…mám pocit, že když se jim člověk otevře, tak se na ně více naváže a je potom těžké si to tak nebrat. Když člověk vidí, že se jim úplně nedaří.“ (P1)

„Pokud třeba klient prožívá trauma, které se tě nějakým způsobem dotýká nebo už s tím klientem pracuješ dlouho, tak vždycky s tím příběhem jsi i doma, protože ti ty klienti nejsou jedno.“ (P2)

„A občas trochu smutku. Protože v tom peer konzultanství, přestože to je práce, tak je to pořád trochu osobní.“ (P3)

Dalším prvkem peer konzultací je **náročnost** – nejen na zpracování emocí, ale také na energii a soustředění. Respondentky vedou skupinová sezení, proto musí pojmout příběhy z několika různých stran a zároveň regulovat směr, kterým se peer konzultace ubírají. Ať už jde o práci s vlastním příběhem, podporu klientů nebo využívání direktivity v žádoucích situacích.

„Jsem z toho ale často emočně vyčerpaná. Protože tam nemůžeš ani na vteřinu vypnout. A tím, že nemluvíš jen s jednou osobou, ale musíš přepínat… ty třeba na 20 vteřin vypneš a najednou nevíš, o čem ten člověk mluvil.“ (P1)

„A zároveň ti to někdy bere energii, protože jsi pořád v tom příběhu, který… tak není to pozitivní věc. Jsou tam věci, kdy to bylo opravdu náročné, kdy tě to stálo spoustu sil, stálo tě to nějaké vztahy, stálo tě to kus dětství, kus života. Takže připomínání si toho bývá náročné a může ti to brát nějakou energii.“ (P2)

„…ono poznáš, když to je těžký téma nebo máš za sebou náročnou skupinu. Nějak pocitově poznám, že mi není dobře. Jsem unavená. Nevím, co si mám myslet.“ (P3)

Během rozhovoru jsme se s respondentkami dostaly i k **nízké kapacitě peer konzultantek** a **nejasnému vymezení odbornosti peer konzultanta**, přičemž jejich postoje se v některých oblastech shodovaly, v jiných naopak rozcházely. Pro vykonávání peer konzultací neexistuje jasné výběrové řízení, během kterého by se mohl zaměstnavatel ubezpečit, že je téma pro peer konzultanta opravdu uzavřené. To v budoucnu může škodit nejen klientům, ale také peer konzultantovi samotnému. P2 uvádí, že by to mohl být důvod, proč mají organizace obavy z přijímání peer konzultantů a proč je pro ně výhodnější spíše externí spolupráce. Také vnímá, že přestože na peer konzultanty nejsou požadavky ohledně vzdělání, není jednoduché najít peer konzultanta, který disponuje kompetencemi potřebnými pro práci s klienty v oblasti duševního zdraví.

„…na to, jak tato služba může být prospěšná, a na to, že nejsou žádné požadavky na vzdělání… tak je obrovská škoda, že je toho tak málo.“ (P1)

„Na druhou stranu je to přesně i o tom, jak moc se toho bojíme a jaké máme předsudky… tak se do toho raději nepouštíme, a pak to vypadá, že nás (peer konzultantů) je tady málo. A klienti, kteří o to mají zájem, tak nedostanou tu podporu takovou, jaká by třeba mohla být, kdyby to bylo systémově lépe uchopeno.“ (P2)

V otázce odbornosti se respondentky lišily. Pro P1 je příjemnější, že během sezení nevystupuje v roli standardního odborníka a může si dovolit být autentická i bez vzdělání v humanitním oboru. Podle P2 může práce v multidisciplinárním týmu (nebo s externími pracovníky z odborné sféry) v peer konzultantovi vzbuzovat pocity nedostatečnosti a nejistoty. Navrhuje proto vznik podrobnějších požadavků na peer konzultanta a zastává názor, že by peer konzultant měl být brán jako plnohodnotný člen týmu a profesionál. I P3 dochází k závěru, že by se výběrové řízení mělo změnit a podrobněji se zaměřit na to, zda je člověk opravdu kompetentní pro vykonávání této práce.

„Já si tehdy nebyla jistá, protože na to nemám vzdělání. Ale vlastně ti pacienti to ví a neberou tě jako terapeuta.“ (P1)

„…je těžké, v uvozovkách, vychovat toho peera. Je těžké, aby ten člověk neuškodil nejen sobě, ale ani tomu klientovi. Také je potřeba, aby měl nějaké kompetence, nějaké dovednosti a je potřeba si tím být jistý. Tím, že to zvládne a nebude škodit sobě ani okolí.“ (P2)

„…že by se mělo na tohle systémově víc tlačit. Aby peerovství bylo bráno jako profesionální role, aby to mělo nějaké podmínky pro přijetí, aby to nějak vypadalo. A aby to bylo obecně uznáváno jako role odborníka.“ (P2)

„Pro funkčnost by se možná mohlo změnit nějak výběrové řízení. Udělat ho podrobnější, aby to bylo více potvrzené, že je (peer konzultant) s tím v pohodě. Že je tam nízká šance k relapsu.“ (P3)

Během rozhovoru vyšlo najevo, že se P3 ke své úzdravě vyjadřovala obezřetněji než ostatní respondentky. Ačkoliv je pro ni nemoc uzavřená kapitola, uvědomuje si, že **relaps** se může stát komukoliv. A právě proto je pro peer konzultanta důležité zvážit, zda tuto práci opravdu chce vykonávat a je pro ni vhodný. Návrat poruchy příjmu potravy v této chvíli neznamená pouze nový boj s nemocí, ale také **ztrátu práce.**

„…náročné pro toho člověka, protože už nejde jen o to, že se vrátí do relapsu. Ale už je to navázaný na spoustu věcí. Třeba tak, že když se dostaneš do relapsu, tak přijdeš o práci.“ (P3)

Druhá respondentka také mluvila o **zásahu do soukromí**. Zmínila, že přestože jí tato práce více dává, než bere, občas je pro ni odhalování bolestivých vzpomínek náročné, stejně tak i časté návraty do příběhu, který doprovází mnoho negativních vzpomínek.

„Myslím, že ti to hodně bere takovou tu vlastní integritu. Že lidi o tobě vlastně vědí intimní a citlivé téma. Takže ať už jdeš kamkoliv, ať už jdeš do televize, do škol, nebo jsi jenom s tím klientem jeden na jednoho, tak vlastně všichni chtějí vědět o tom příběhu. Takže často odhaluješ sebe sama, odhaluješ některé rodinné nuance.“ (P2)

6.2.3 Shrnutí pozitivních a negativních faktorů

Pozitiva a negativa práce jsou vyobrazena v Tabulce 1. Hlavní témata se shodují s teoretickými východisky. Největší motivací respondentek je touha pomoci druhému

člověku a osvěta poruch příjmu potravy. Práce s klienty je navíc upevňuje v jejich vlastním příběhu a funguje jako protektivní faktor před relapsem. Často však představuje výzvu pracovat s emocemi, pokud se klientovi v léčbě nedaří, protože vztah klienta s peer konzultantem je bližší než s jinými odborníky – peer konzultant při sezení odkrývá svůj vlastní příběh a sdílením své zranitelnosti vzniká více symetrický vztah. Vracení se k nemoci spolu s věnováním pečlivé pozornosti každému z klientů na skupinových sezeních je navíc náročné na energii.

Zajímavé téma představoval postoj respondentek k nízkému počtu peer konzultantů v oblasti poruch příjmu potravy a přijímacímu řízení na tuto pracovní pozici. Podle respondentek mohou být konzultace velmi přínosné a měly by se nabízet více, zároveň si však uvědomují odpovědnost zaměstnavatelů za to, aby peer konzultant nepoškodil sebe ani klienta. V tuto chvíli chybí jasná metodika a požadavky výběrového řízení, které by mohly organizacím usnadnit zaměstnávání peer konzultantů. Otázkou zůstává i nejasné vymezení odbornosti. Ačkoliv peer konzultant vede s klientem poradenský rozhovor, sdílení jeho vlastní zkušenosti může poněkud stírat roli profesionála. V odborné sféře to může vést k tomu, že se peer konzultant cítí nedostačující a pochybuje o tom, zda má co nabídnout. Vnímání peer konzultanta jako rovnocenného člena týmu by mohlo zvýšit obecné povědomí o jeho práci a přínosech.

Tabulka 1

Frekvenční analýza pozitivních a nepřispívajících/negativních faktorů

POZITIVNÍ FAKTORY	FREKVENCE VÝSKYTU	NEGATIVNÍ FAKTORY	FREKVENCE VÝSKYTU
Pomáhání lidem	3	Těžké příběhy klientů	3
Osvěta tématu a destigmatizace	2	Náročnost práce na soustředění a energii	3
Upevnění ve vlastní úzdravě	2	Nízká kapacita peer konzultantů	2
Osobní a pracovní příležitosti	1	Nejasné vymezení odbornosti a přijímacího řízení	2
		Relaps = ztráta práce	1
		Odkrývání soukromí	1

6.2.4 Důležité vnímané aspekty při práci peer konzultantky

Ačkoliv pro peer konzultanty nejsou stanoveny požadavky týkající se vzdělání, stěžejní dovednost představuje **umění vést poradenský rozhovor**. Respondentky své začátky v organizaci popisují odlišně. P1 a P3 zpočátku docházely na školení, které jim dalo potřebné základy pro práci s klienty. Také první týdny nevedly skupinová sezení samostatně, ale podílely se na něm spolu se zaučenou peer konzultantkou nebo psycholožkou. P2 disponuje vysokoškolským vzděláním v humanitním oboru, proto udává, že v oblasti poradenství se již orientovala a školení nebylo potřeba. Frekvence výskytu je uvedena v Tabulce 2.

„Zezačátku jsem vlastně jen docházela na skupinky, pozorovala, jak to probíhá. Takže první měsíc a půl jsem jen seděla a poslouchala jinou peerku. Že jsem tam s ní byla, potom jsme byly spolu, potom už sama.“ (P1)

„Tak tím, že mám magisterský titul v humanitním oboru, tak tam není potřeba školení, protože nastavování hranic, vědět, jak vést poradenský rozhovor, jak pečovat o sebe… to je vlastně v rámci toho.“ (P2)

„Když jsem nastupovala, tak tam bylo školení. Ono zezačátku jsem fungovala v rámci jednoho projektu, kdy jsem vlastně byla na svépomocných skupinách, kde byla přítomna i psycholožka.“ (P3)

Tabulka 2

Frekvenční analýza vedení poradenského rozhovoru

VEDENÍ PORADENSKÉHO ROZHOVORU	FREKVENCE VÝSKYTU
Školení	2
Vzdělání v humanitním oboru	1

V rozhovorech často zaznívalo téma **podpory ze strany organizace**, především v kontextu **ventilace a zpracování emocí**. Respondentky mluvily o tom, že dochází na pravidelné intervize, které jim umožňují oporu a jsou pro ně prostorem pro vyjádření emocí po náročném sezení. Slouží i k ujištění o volbě zvoleného postupu.

„Tam (na intervizích) je toho prostoru hodně, protože v tom chodíme společně. Takže někdy je fajn se mít komu ventilovat.“ (P1)

„Že jsem s nimi (kolegy) intervidovala a měli jsme diskusi nad těmi tématy a byli mi oporou.“ (P2)

„A vždycky mi hrozně pomáhá to sdílet a jen se ujistit, jestli jsem v tom náročným tématu nebo situaci zvolila správný postup. Takže nejčastěji s někým interviduji, to mi vždycky hodně pomůže.“ (P3)

Organizace peer konzultantkám zprostředkovává také supervize. Ty se mohou realizovat pod vedením externistů, kteří se specializují přímo na poruchy příjmu potravy, nebo odborníků z jiných či všeobecných oblastí. Přínos představují obě varianty. Profesionálové, kteří nepracují s poruchami příjmu potravy, mívají při supervizi méně pochopení, ale na druhou stranu poskytují nový úhel pohledu, který může být užitečný. Tabulka 3 ukazuje, že supervize i intervize se objevily v rozhovorech se všemi respondentkami.

„Na to mi hodně pomohla ta supervize, jako takové nasměrování, jak s tím pracovat.“ (P1)

„…pořád držíme tu hranici, že alespoň jednou za dva měsíce je fajn se s tím supervizorem potkat a je dobrý tam být.“ (P2)

„…kdykoliv je možné mít supervizi nebo intervizi.“ (P3)

„Trochu problematičtější je, když je to člověk nebo psycholog, který nemá úplně zkušenost s poruchami příjmu potravy. V některých případech nedokáže všechno pochopit… respektive nedokáže poskytnout zpětnou vazbu jako třeba holky od nás. Tam člověk vidí takovou větší podporu v těch konkrétních věcech, ale zase někdy je fajn slyšet i nějaký všeobecnější pohled na věc.“ (P1)

Tabulka 3

Frekvenční analýza podpory organizace při ventilaci a zpracování emocí

PODPORA ORGANIZACE PŘI VENTILACI A ZPRACOVÁNÍ EMOCÍ	FREKVENCE VÝSKYTU
Intervize	3
Supervize	3

Peer konzultantky dbají na **nastavení hranic.** Popisují, že vztah s klienty vnímají jako blízký a je velmi snadné na hranice zapomínat. Jak již bylo zmíněno výše, smutné příběhy klientek bývají pro peer konzultantky zátěží a často s příběhy pracují i po skončení sezení. Musí si připomínat, že pokud se klientce nedaří v léčbě, není to jejich chyba a neznamená to, že by jejich způsob vedení peer konzultací nebyl účinný. Nastavení hranic v tomto kontextu je tedy jedna z věcí, kterou obvykle rozebírají na intervizích/supervizích. Druhá respondentka také uvedla, že pokud cítí, že se zátěž stává nadměrnou, dá si od peer konzultací úplnou pauzu a vykonává v organizaci jinou práci, než znovu nabere energii. Tabulka 4 poukazuje na odlišnosti mezi respondentkami, kdy každá využívá jiných způsobů. Zdá se, že je třeba jistá sebereflexe, aby peer konzultantky zjistily, kdy se o sebe postarat, a objevovaly, jaké strategie jim pomáhají.

„Ano, jak jsem říkala předtím, tak to nastavení hranic bylo pro mě zezačátku náročnější a tam mi hodně pomohly ty supervize. Buď supervize, nebo si o tom popovídat s jinou peerkou.“ (P1)

„V okamžiku, kdy jsem cítila, že je toho na mně hodně, nebo že už v tom tématu nechci být, tak jsem si třeba dala fakt pauzu. Že jsem od toho peerovství úplně upustila, dělala jinou část té práce a potom jsem se k tomu zpátky zase vrátila. Takže myslím, že už si dokážu nastavit ty hranice a sama reflektovat, kdy mi v tom je ok a kdy není.“ (P2)

„Snažím se netahat si práci domů, nějak si to oddělit. Takže neodpovídám na maily, když nejsem v práci nebo nemám pro sebe stanovenou pracovní dobu.“ (P3)

Tabulka 4

Frekvenční analýza nastavení hranic

NASTAVENÍ HRANIC	FREKVENCE VÝSKYTU
Supervize a intervize	1
Sebereflexe a případné pauzy od konzultací	1
Oddělení práce a každodenního života	1

S nastavením hranic souvisí i způsoby, jakými respondentky **zvládají nároky okolí**. Silná očekávání se objevují napříč různými zdroji – přátelé/rodina klienta, zaměstnavatel, spolupracovník nebo externí odborníci. Stejně jako nastavení hranic i práce s těmito očekáváními se u respondentek formovala postupně pomocí identifikace oblastí, které jsou pro ně zatěžující. Hledaly proto způsoby, jak s očekáváními naložit. První a druhá respondentka vnímají především silný tlak na „záchranu“ klienta. Musí si tedy aktivně připomínat, že ony samy ví, co mohou nabídnout (porozumění, vlastní zkušenost apod.) a jaké limity jejich práce má. Cesta úzdravy závisí především na klientce samotné a respondentky si uvědomují, že také nedělaly pokroky v léčbě, dokud nebyly skutečně motivované.

„A zezačátku mi dělalo problém se za to nevinit, že za to nemůžu já. Že to není tím, že ty skupiny jsou zlé, když klienti nedělají pokroky.“ (P1)

„Mnohdy tam možná byly (nároky) i ze strany odborníků, že já jsem peer a měla bych je (klienty) motivovat, měla bych je zachránit.“ (P2)

„A je důležité si říct, že to je jejich očekávání, není moje. Já to mám jinak, můžu něco nabídnout a tady jsou nějaké moje hranice.“ (P2)

Třetí respondentka vnímá nároky okolí především na to, aby měla téma poruch příjmu potravy uzavřené a nenechala u sebe nemoc znovu propuknout. Ona na sebe tento nárok nemá – uvědomuje si, že každý do nemoci může spadnout znovu a neznamená to, že je to jeho chyba. Je pro ni důležité, aby na sebe tento tlak nevyvíjela a relaps si „nezakazovala“, protože se to může stát opravdu komukoliv. Frekvence výskytu strategií na zvládání nároků je zobrazena v Tabulce 5.

„Vlastně mi pomáhá i vědomí toho, že k tomu relapsu prostě může dojít a že by to nebyla moje chyba. Myslím si, že kdybych měla ten mindset, že si to nemůžu dovolit, jinak bych přišla o všechno, tak se budu akorát zbytečně stresovat.“ (P3)

Tabulka 5

Frekvenční analýza zvládání nároků okolí

ZVLÁDÁNÍ NÁROKŮ OKOLÍ	FREKVENCE VÝSKYTU
Poznávání svých kompetencí i limitů	3
Nevyvíjení tlaku na sebe sama	2

Pro zvládání všeho, co se pojí s prací peer konzultantky, mají respondentky i **vlastní formy sebepéče**. Popsaly různé strategie, které využívají pro předcházení nebo ošetření nepříjemných emocí (viz Tabulka 6). P1 a P3 často volí psaní – mohou tak zreflektovat, co se v nich odehrává, zároveň si zapsat nové podněty k zamyšlení, které jim přinesla sezení. Psaní, spolu se supervizí/intervizí a sdílením s přáteli/rodinou, představuje určitou formu ventilace.

„…taková vlastní sebereflexe v rámci toho, že si píšu nějaké věci.“ (P1)

„Vlastně to, že si vždycky po skupině píšu takový zápis i sama pro sebe. Třeba téma, nad kterým bych se chtěla ještě zamyslet.“ (P1)

„Já hlavně píšu, když už vím, že je toho hrozně moc a potřebuji to dát někam na papír. Ale nejvíc mi pomáhá vlastně sdílet to, co je ve mně. S lidmi, kteří mě v tom podpoří.“ (P3)

Podpora přicházející z blízkého okolí byla často opakovaným tématem. Třetí respondentka ale mluvila o tom, že někdy cítí, že naopak potřebuje spíše čas pro sebe a jednoduše se věnovat svým koníčkům (především kreativita) nebo ze sebe dostat emoce a plakat, pokud je to v tu chvíli potřeba.

„Taky mi pomáhá, že mám dobrý vztah s rodinou a o tu práci se zajímají. Že se ptají, jak se cítím.“ (P1)

„Hodně trávím čas s lidmi, se kterými mi je dobře. To si myslím, že je něco, co potřebuji, a vždycky vím, že se můžu někomu ozvat, když nejsem ok. S někým se sejít nebo minimálně někomu zavolat.“ (P3)

„A potom ta sebepéče o svůj normální život. Takže dělám věci, co mě baví. Třeba ta kreativita v jakýmkoliv smyslu.“ (P3)

Druhá respondentka klade důraz především na to, aby nezůstávala v příběhu a ve volném čase se věnovala něčemu odlišnému. Už výše zmínila, že ačkoliv jí peer konzultace více dávají, než berou, zkušenost s nemocí je stále bolestivá a je potřeba se odreagovat způsobem, který jí umožní se od tématu poruch příjmu potravy distancovat. Její volbou je především sport, ale pomáhá jí také jiné profesní uplatnění, kde zkušenosti s nemocí využívat nemusí. Dále pravidelně dochází na terapii, kterou vnímá jako formu péče i práce na sobě.

„Jednak je to ta sebepéče jako supervize a terapie, protože člověk na sobě vždycky může nějak pracovat. Pak je to samozřejmě nějaký sport. Ať už je to fitko, chodit na procházku, cokoliv. Něco, kde člověk vypne hlavu a nezůstává v tom příběhu. Hodně mi taky pomohlo mít jiné práce, jiné profesní uplatnění, kde člověk nemusí používat ten příběh, ale může pracovat jinak. Takže nezůstává v tom tématu, což je za mě taky důležitá věc.“ (P2)

„Ale pro mě je hodně důležité prostě nezůstávat v tom tématu jako takovém.“ (P2)

Tabulka 6

Frekvenční analýza vlastních forem sebepéče

VLASTNÍ FORMY SEBEPÉČE	FREKVENCE VÝSKYTU
Psaní a reflexe pocitů	2
Podpora přátel/rodiny	2
Zájmové aktivity	2
Psychoterapie	1
Jiné profesní uplatnění	1
Vzdálení se od tématu PPP	1

6.2.5 Shrnutí důležitých aspektů při práci peer konzultantky

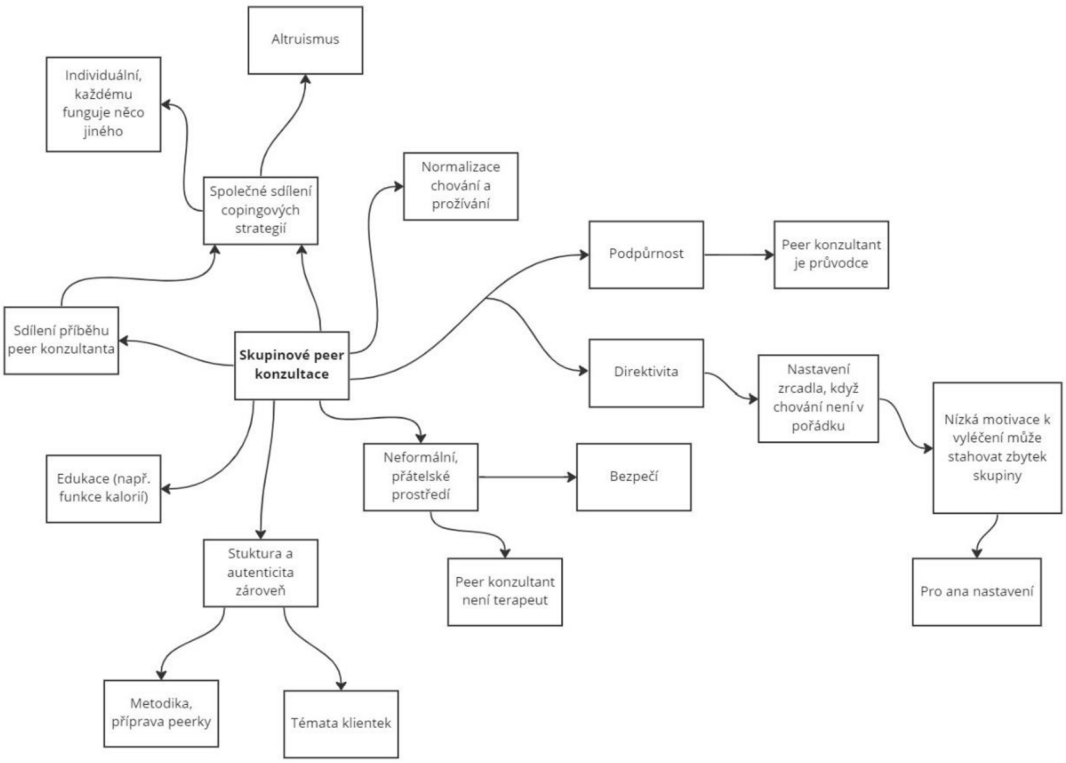
Přestože jsou peer konzultace založené na práci s vlastním příběhem a sdílení zkušenosti, je potřeba, aby měly nějakou strukturu. Peer konzultanti musí mít určité kompetence a být obeznámeni s tím, jak vést poradenský rozhovor. Jedna z respondentek je vzdělaná v humanitním oboru, zatímco zbylé dvě peer konzultantky získaly proškolení ze strany organizace a zpočátku pracovaly se zkušeným kolegou. Svědomitost při zaučování ze strany organizace dala respondentkám potřebné podklady pro práci s klienty. Respondentky se také shodly, že jim velmi pomáhají supervize a intervize. Organizace, ve kterých pracují, jim nabízí bezpečný prostor, kde mohou sdílet své emoce a zároveň probrat postup, který při sezení zvolily. Častým tématem byly také počáteční pochybnosti a vnímané nároky směřující ze strany okolí. Za důležité se ukázalo především poznávání svých kompetencí a uvědomění, že cíle a limity si nastavují pouze ony samy. Náročné příběhy klientů sice zasahují i peer konzultantky, ale připomínají jim jejich hranice a to, co mohou nabídnout. Kromě podpory ze strany organizace a vlastní práce s hranicemi mají respondentky také vlastní formy sebepéče. Ty mohou fungovat jako způsob zpracování emocí po práci s klienty, nebo naopak jako vzdálení se od tématu poruch příjmu potravy.

6.3 Osobní zkušenost s konceptem peer konzultací

Kapitola shrnuje princip skupinových peer konzultací pohledem respondentek. Ukazuje, jak fungují, co mohou nabídnout, ale také co klientům neprospívá. Témata jsou zobrazena na Obrázcích 8-10. Tabulka 7 ukazuje, že v obecném fungování peer konzultací se respondentky shodují na tom, že ačkoliv je základním konceptem sdílení zkušenosti, peer konzultace je nutné přizpůsobit situaci a klientovi.

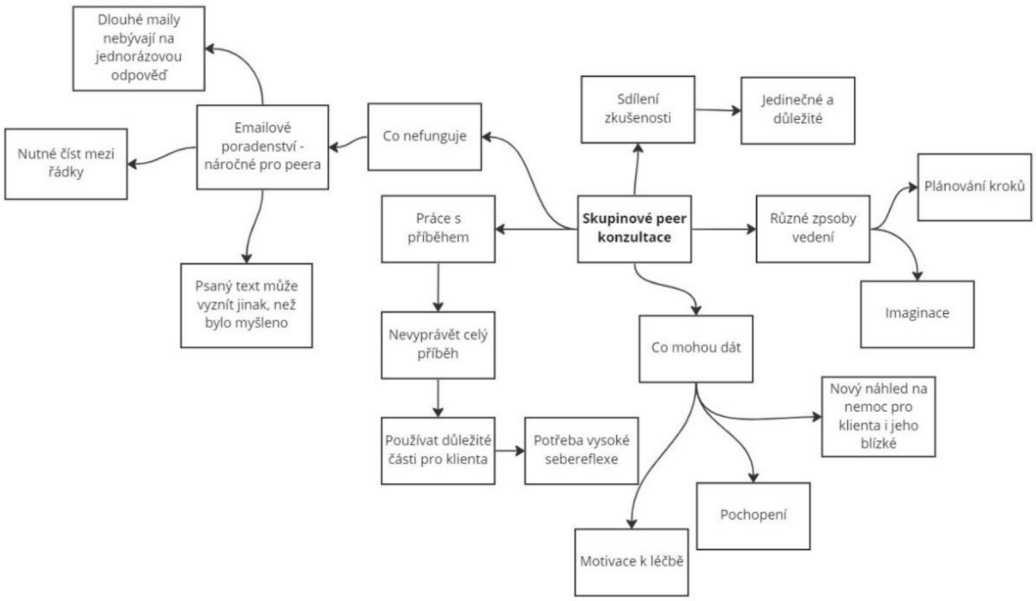
Obrázek 8

Skupinové peer konzultace (P1)



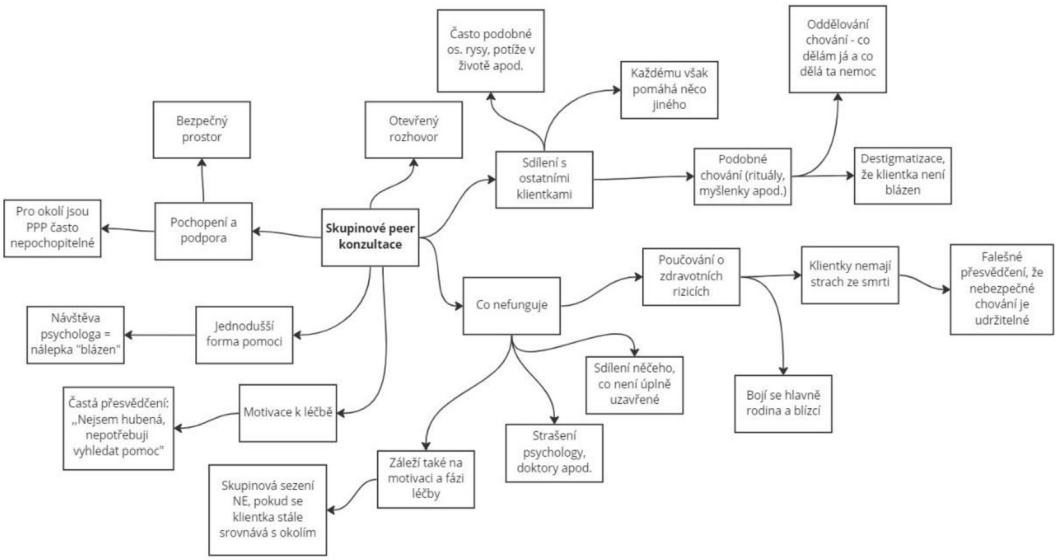
Obrázek 9

Skupinové peer konzultace (P2)



Obrázek 10

Skupinové peer konzultace (P3)



6.3.1 Princip skupinových peer konzultací

Klíčovým prvkem je **sdílení vlastního příběhu** a zkušenosti, pro které jsou peer konzultace unikátní. Druhá respondentka, která vede konzultace již šestým rokem, uvádí, že není žádoucí pouze odvyprávět svůj příběh. Je třeba s ním nadále pracovat a naučit se využívat jeho části, které jsou v současnosti pro klienta důležité.

„Když člověk vidí, jak těm klientům dokáže pomoci jen tím, že sdílí vlastní zkušenost, tak je to až neskutečné.“ (P1)

„…takové to narativní vyprávění toho příběhu. To si myslím, že je velmi specifické pro peerovství a je to něco, co běžný pracovník nemůže tomu klientovi nabídnout. A to si myslím, že je nejnosnější.“ (P2)

„Myslím si, že tam je hodně funkční ten otevřený rozhovor. Protože z pozice té peer konzultantky jde hlavně o to sdílet tu zkušenost a naději.“ (P3)

„…že jsem měla tendenci odvyprávět celý ten příběh tomu klientovi a reciprocitně čekat, že on mi taky odvypráví ten svůj… ale postupem času jsem zjistila, že to vůbec není o tom příběhu. Že je potřeba umět používat jenom ty části, které jsou pro toho klienta nosné a které jsou v tu chvíli potřeba.“ (P2)

Samotný **způsob vedení je potřeba přizpůsobit** klientovi. Odlišnosti vedení konzultací se objevují nejen mezi peer konzultantkami, ale i mezi jednotlivými sezeními. Otevřený rozhovor může být doplněný o imaginace nebo přímé plánování kroků. První respondentka popisuje konzultace jako spojení struktury a autenticity. V organizaci mají metodiku, kterou dodržuje, a před skupinovými sezeními si dělá vlastní přípravu. Zároveň se na sezeních probírají témata, která přinesou klienti, a příprava peer konzultantky se upozadí, aby mohli dostatečně diskutovat o tom, co je pro klienty významné. Peer konzultace bývají spíše podpůrné, ale P1 mluvila také o využívání direktivity, pokud cítí, že je to potřeba. Příkladem může být nastavení zrcadla v případě, že klient není motivovaný a dlouhodobě pokračuje v patologickém chování. To může být nebezpečné pro zbytek skupiny, a proto je nezbytné situaci ošetřit. Samotná fáze léčby a motivace klienta je důležitá při volbě postupu. Někomu,

kdo ještě není vnitřně motivovaný k léčbě a má tendenci srovnávat se s ostatními, mohou skupinová sezení uškodit.

„Tu metodiku, kterou používáme, vnímám jako správnou, že nám to celkem vyhovuje. Ale já mám ráda, když tu skupinu pojmeme nějak autenticky, podle nálady. Máme tu strukturu, které se držíme, ale jsem moc ráda, když ti klienti přicházejí s vlastními podněty.“ (P1)

„Takže nevím, jestli to úplně klasifikovat jako metodu, ale určitě mít vypracovanou tu strukturu, které se držíme, ale zároveň zachovávat autenticitu. A jejich iniciativu, protože to vyžaduje dávku odvahy. V podstatě se na začátku vždy ptám, jestli někdo přišel s něčím konkrétním, co by chtěl probrat.“ (P1)

„A pak je to samozřejmě o tom, jakým způsobem to ten člověk vede. Vždy se dá s tím příběhem pracovat nějak jinak.“ (P2)

„Někomu více vyhovují individuální setkání, někomu zase spíš svépomocné skupiny. Taky se to podle mě liší podle fáze, v jaké člověk je. Myslím, že svépomocné skupiny nejsou úplně dobré, když ten člověk má pořád velkou potřebu se srovnávat s ostatními, protože v té skupině jsou různí lidé.“ (P3)

Výhodou peer konzultací je, že pro klienta mohou působit jako **bezpečné prostředí**, které přináší spíše neformální a přátelskou povahu. Peer konzultant může být někdo, kdo klienta doopravdy pochopí a s kým může mluvit o své nemoci beze strachu, že bude odsuzován. Zpočátku může být jednodušší vyhledat peer konzultanta než jinou formu pomoci, protože stále přetrvávají stigmata ohledně docházení k psychologovi. Skupinová sezení navíc umožňují normalizaci chování a prožívání, protože klient se může setkávat s podobnými příběhy a vidět, že někdo jiný se cítí podobně a rozumí mu.

„A mám pocit, že tam tak přijdou (klienti) a cítí tam takové safe place. Že to tam je pro ně příjemné a nemají problém sdílet svá tajemství, která nikomu jinému neřeknou.“ (P1)

„A možná i nějakém zlidštění té péče. Že to není něco, za co by se ten člověk měl stydět, ale naopak je to prostor, kde si lidé mohou pomoci.“ (P3)

„U toho jsem se s klienty často zastavovala, protože vyhledání peera je jednodušší než na sebe nalepit nálepku toho, v uvozovkách, blázna.“ (P3)

Tabulka 7
Frekvenční analýza principu peer konzultací

PRINCIP PEER KONZULTACÍ	FREKVENCE VÝSKYTU
Sdílení vlastního příběhu	3
Přizpůsobení způsobu vedení	3
Bezpečné prostředí	2

6.3.2 Co mohou skupinové peer konzultace nabídnout

Hlavní přednosti peer konzultací podle respondentek vyobrazuje Tabulka 8. Ačkoliv peer konzultant není terapeut, může být pro klienta zdrojem **podpory** a **motivace**. Dává mu pohled někoho, kdo si nemocí prošel a dokázal se vyléčit. Pro klienty může být často nepředstavitelné, že nebudou mít obsesivní myšlenky na jídlo a přestanou mít strach z přibírání. Na peer konzultacích získávají kromě pochopení také naději. Zároveň se na skupinových sezeních stírá strach sdílet patologické chování a myšlení, protože klient slyší někoho, kdo mluví o podobných problémech. Peer konzultant může mít vliv i na blízké okolí klienta a pomoci mu porozumět, co se v klientovi děje, a navrhnout způsoby, kterými ho podpořit.

„Hodně často se stává, že si o tom nemají s kým popovídat a nemají tam tu blízkou osobu, která by je vyslechla a podpořila nějakým způsobem v té léčbě.“ (P1)

„Často vnímají (klienti) toho peera jako někoho, kdo jim třeba pomohl vidět tu situaci jinak. Kdo… a teď se nebavím jenom o klientech, bavím se třeba i o rodičích klientů. Že vnímají, že najednou jim někdo dal jiný pohled a začali chápat tu situaci. Že třeba dostali chuť a motivaci s tím něco dělat. Některé klientky se rozhodly třeba pro hospitalizaci, protože tam už nebyla jiná možnost a vnímají to jako důležitý krok.“ (P2)

„Myslím, že to dokáže pomoci nastartovat motivaci. Ono je to hodně o té podpoře.“ (P3)

Tím, že se na skupinových sezeních setkává více klientů, kteří mezi sebou mohou nalézt podobnosti, dochází k **normalizaci chování a prožívání**. Poruchy příjmu potravy doprovází rigidní myšlení, jež klienty podněcuje k jednání (vykonávání rituálů, kontroly života pomocí jídla apod.), které mohou vnímat jako „nenormální". Setkání s lidmi, kteří mají podobné myšlenky a mechanismy, může přispívat k oddělení chování klienta a chování nemoci. Klienti mezi sebou mohou sdílet copingové strategie a navzájem si poradit. Peer konzultantky sice mluví o způsobech, které jim v léčbě pomáhaly, ale přestože si mohou být lidé s poruchami příjmu potravy podobní, každému funguje něco jiného a je lepší získat více návrhů, jak pracovat s výčitkami apod.

„Že jim (klientům) někdo rozumí a nekouká na ně jako na blázna." (P1)

„…já jsem si totiž připadala jako hrozný blázen, že dělám tohle a že mám taková pravidla. A připadala jsem si, že to takhle nikdo nemůže mít. A to, že to někdo má podobně… dostaneš vlastně takovou zpětnou vazbu, že za to, co děláš, nemůžeš ty. Ale ta nemoc." (P3)

„…třeba klient nechce úplně otevřeně mluvit, protože má pocit, že to dělá jenom on. A ten peer konzultant je ten, kdo o tom bude mluvit. Kdo ti řekne, že to dělal třeba taky." (P3)

„…mám pocit, že jim to hodně pomáhá, když si navzájem poradí třeba s různými mechanismy, s výčitkami. Já mám nějaké, co jsem používala já, ale co fungovalo mně, nemusí fungovat jim." (P1)

Tabulka 8

Frekvenční analýza předností skupinových peer konzultací

PŘEDNOSTI SKUPINIVÝCH PEER KONZULTACÍ	FREKVENCE VÝSKYTU
Podpora	3
Motivace	3
Normalizace chování a prožívání	2

6.3.3 Nepřispívající faktory skupinových peer konzultací

Léčba nejvíce závisí právě na klientovi a jeho motivaci. Pokud není ve fázi, kdy by opravdu chtěl změnit návyky, výsledky se nedostaví. Peer konzultace mohou v nastartování motivace pomoci, ale nemusí vyhovovat každému. Pokud **klient není motivovaný** k vyléčení a vyhledal peer konzultace z nátlaku okolí, může tím uškodit sobě i zbytku skupiny.

Může se stát, že klient má stále silnou potřebu srovnávat se s ostatními. Docházet do skupiny, kde je někdo hubenější, ho může od léčby odrazovat a podtrhovat v něm snahu snížit svou váhu. Sdílení skupiny navíc přináší riziko, že nemotivovaný klient získá inspiraci, jak jíst méně, schovávat jídlo apod. Zároveň může snižovat motivaci k léčbě ostatních klientů. Příklad zmínila první respondentka. Klientka si několik měsíců hlídala denní příjem na maximálních 600 kalorií a mluvila o tom před klientkami, které měly nastavený jídelníček na 2300 kalorií. Klientky, které se snažily dodržovat denní příjem a získat zdravou váhu, tak mohly být znovu konfrontovány s výčitkami. Popsané případy se obvykle řeší na intervizích, kdy pracovníci probírají, zda pokračovat ve skupinových peer konzultacích nebo zajistit jiný způsob pomoci (individuální sezení s peer konzultantkou, psychoterapie apod.). Pokud to klientovi neuškodí, je možné zvolit direktivnější přístup a nastavit mu zrcadlo, aby sám zvážil, zda na skupinová sezení chce docházet.

„Že když si nedáme pozor, a přijde nám klient, který není úplně motivovaný do léčby, tak to dokáže stahovat ty ostatní klienty.“ (P1)

„Nemá to dobrý vliv na ostatní, kteří se toho mohou začít chytat a říkat si, že tyto mechanismy jsou v pořádku.“ (P1)

„Demotivuje to lidi, kteří mají momentálně nastavený jídelníček na 2300 kalorií a snaží se tam udržet, protože je to pro ně zdravé a prospěšné… a někdo řekne, že 600 kalorií je dost.“ (P1)

„Někteří tam jsou prostě stále s podváhou. A on (nemotivovaný klient) se nebude srovnávat s těmi, v uvozovkách, zdravě vypadajícími lidmi.“ (P3)

Jak již bylo zmíněno výše, není účinné pouze odvyprávět příběh. Peer konzultant by s ním měl umět pracovat a být vnímavý k tomu, co je pro klienta důležité. Současně se za žádoucí nepovažuje ani **sdílet něco, na co není dotyčný připravený**. To platí nejen pro peer konzultanta, ale i pro klienta. Otevírání se na skupinových sezeních vyžaduje odvahu a je důležité, aby klient mluvil jen o tom, co sám chce sdílet. Klienti tedy mají prostor pro svá témata, ale pokud se stane, že nikdo mluvit nechce, má peer konzultant připravenou vlastní strukturu sezení. První respondentka se často setkává s tím, že jí klienti napíšou email ohledně něčeho, co chtěli probrat, ale neodvážili se k tomu. Téma tedy stručně proberou emailovou komunikací a P1 navrhne, že ho mohou otevřít na dalším sezení. Poté záleží pouze na klientovi, zda se cítí dostatečně podpořený a připravený. Ohledně emailové komunikace se vyjádřila i P2, která upozorňuje, že je potřeba dávat pozor, aby peer konzultant četl mezi řádky klientovy zprávy a zároveň se ujistil, aby jím psané vyjádření skutečně vystihovalo to, co má na mysli, a nemohlo být vyloženo jiným způsobem.

„Možná se ani neosvědčuje sdílet něco, co není uzavřené. A to nemyslím jen pro klienta, ale i pro toho peera samotného. Pro klienta to není nápomocné a peerovi to vyloženě může škodit.“ (P3)

„Protože hodně často se stává, že třeba po skupině mi dojdou dva, tři, čtyři maily od klientů, že chtěli na skupině něco probrat, ale neodvážili se k tomu. Takže vnímám strašně super, že si o tom popíšeme, ale já napíšu i to, že pokud to chtějí probrat ještě více do hloubky, budu moc ráda, když se to téma otevře.“ (P1)

„…čte (peer konzultant) opravdu dlouhé maily, musí odpovídat, musí číst mezi řádky, což bývá velmi obtížné. Zároveň si musí dávat pozor na to, jak co napíše, protože přece jenom v té psané podobě to může vyznít jinak.“ (P2)

Třetí respondentka se negativně vyjadřovala také k **vyvíjení nátlaku na vyhledání odborníka** nebo jiné léčby, na kterou klient není připravený, a **nadbytečné edukaci o zdravotních rizicích**. Ačkoliv zastává názor, že peer konzultace by měly být doplněny o dohled psychologa či jiného profesionála, z vlastní zkušenosti ví, že zastrašování okolí a vynucování návštěvy odborníka ji spíše odrazovalo. V peer

konzultacích se snaží být spíše průvodcem a obeznámit klienty s dalšími možnostmi léčby a jejich benefity. Peer konzultace by měla klienta k léčbě motivovat a vést ho podpůrnou cestou, nikoliv naléháním.

„Takže peer konzultace jsou podle mě efektivní. Ale myslím si, že je důležité, aby tam byla i spolupráce s psychologem, terapeutem nebo jiným odborným pracovníkem. Nejen pro ujištění peera, ale kdyby se cokoliv stalo.“ (P3)

„Celkově to, jestli to funguje, nebo ne, záleží na motivaci. Nebo mě z obecného hlediska napadá, že nepomáhá takové to strašení nebo vyhrožování.“ (P3)

Aby kromě otevřeného rozhovoru došlo k pokrytí i informativní části, využívá se mimo jiné edukace ohledně funkce kalorií a zdraví prospěšného chování. Není však možné předpokládat, že bude fungovat zastrašování klienta zdravotními komplikacemi. Klienti s poruchou příjmu potravy si těchto rizik bývají vědomi a navzdory možným komplikacím pokračují v chování, které vede k podvýživě, záchvatovitému přejídání nebo zvracení. Často také bývají přesvědčeni, že podváha není závažná a jejich tělo stále funguje, přestože již vykazuje znaky podvýživy (neustálý pocit chladu, únava, motání hlavy apod.). Faktory, které léčbě nepřispívají, spolu s jejich frekvencí výskytu zobrazuje Tabulka 9.

„Poměrně často se také bavíme o tom, jak fungují kalorie. Že když už to rozebíráme, tak ať to máme pokryté i nějakou edukací.“ (P1)

„To, že poruchy příjmu potravy jsou smrtelné onemocnění, nenahání strach nikomu jinému než rodičům. Mám pocit, že někdo na to cílí a snaží se je edukovat o těch rizicích a tak, ale vlastně to nemá moc dosah na ty nemocné.“ (P3)

„Jak se to (porucha příjmu potravy) zdá být udržitelné. A ten člověk každý den vstane, každý den dělá to stejné a je to samozřejmě nebezpečné. Ale tak nějak může vstát další den a další den a prostě to tak nějakou dobu jde. A to tělo vypadá, že funguje… ale jasně, že nefunguje. A jsou tam nějaké příznaky. A potom se může stát, že ten člověk zkolabuje nebo cokoliv jiného… ale jim to vlastně nikdy nenahání strach.“ (P3)

Tabulka 9

Frekvenční analýza nepřispívajících faktorů

NEPŘISPÍVAJÍCÍ FAKTORY SKUPINOVÝCH PEER KONZULTACÍ	FREKVENCE VÝSKYTU
Nemotivovaný klient	2
Sdílení neuzavřených záležitostí	2
Nátlak k vyhledání odborníka	1
Nadbytečná edukace o zdravotních rizicích	1

6.3.4 Shrnutí zkušenosti respondentek s peer konzultacemi

Způsob vedení peer konzultací se může lišit a přizpůsobuje se klientovi. Respondentky mají zkušenost s individuálními konzultacemi, ale v současnosti se zabývají spíše skupinovými sezeními. I tam bývají mezi sezeními rozdíly. Peer konzultantky se drží metodiky a mají vypracovanou strukturu, zároveň se ale snaží zachovávat autenticitu a pracují s tím, co do skupiny přinesou klienti. Jedinečný bod peer konzultací představuje sdílení zkušenosti, kterou běžný pracovník v oblasti duševního zdraví neposkytuje. Dochází tak ke snížení formálnosti mezi klientem a peer konzultantem. Sezení se nesou spíše v přátelském charakteru.

Klienti s poruchou příjmu potravy obvykle mívají neodbytné myšlenky na jídlo, kterým přizpůsobují své chování, a mohou mít strach z nepochopení. Na skupinových peer konzultacích se setkají s lidmi, kteří mají podobnou zkušenost, což umožňuje bezpečněji sdílet úspěchy i pocity selhání. Peer konzultant může být prvním člověkem, který klientovi doopravdy porozumí a pomůže mu k normalizaci jeho chování a prožívání, aby mohl v léčbě více pracovat s rozlišováním svého chování a chování způsobeného poruchou příjmu potravy. Podle respondentek mohou peer konzultace dávat klientům také naději a s ní motivaci začít nebo pokračovat s léčbou.

Nebezpečným faktorem pro skupinová sezení může být nemotivovaný klient. Pokud má peer konzultant pocit, že klient svým chováním ohrožuje zbytek skupiny, je

nutné podnět vznést na intervizi a domluvit se, zda pro něj nebude vhodnější jiná forma léčby (např. individuální sezení). Pro takového klienta může být náročné srovnávání s ostatními ve skupině. Zároveň je může demotivovat v léčbě a utvrzovat v tom, že patologické jídelní mechanismy jsou v pořádku. Zajištění jiného způsobu léčby může pomoci zbytku skupiny i klientovi samotnému.

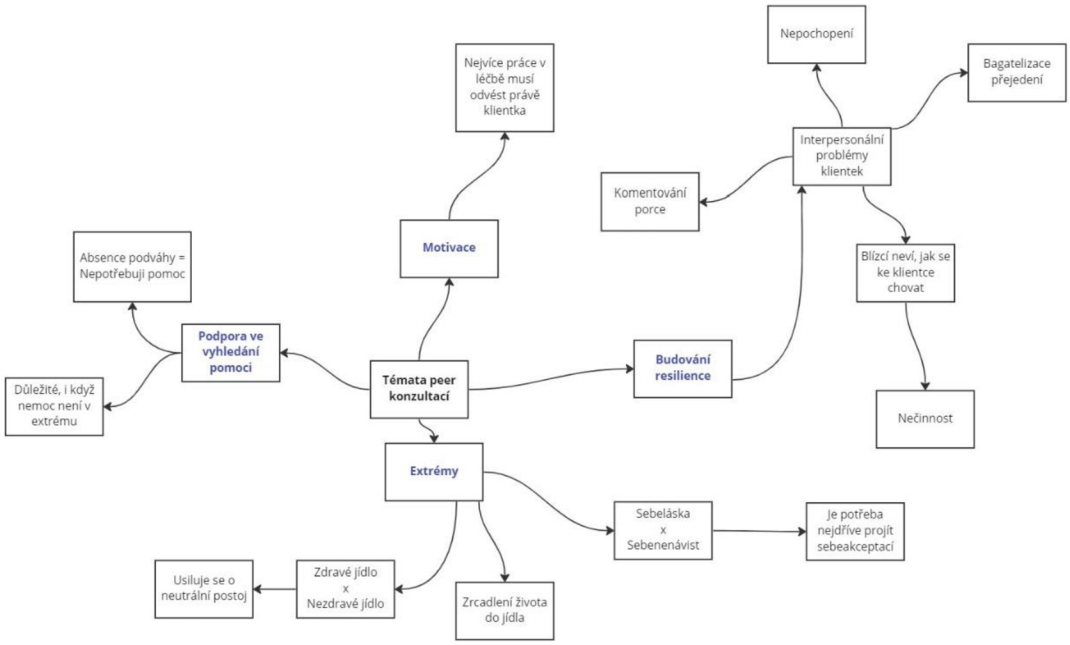
Peer konzultant by neměl s klienty sdílet něco, co sám nemá uzavřené, a zároveň není vhodné ani vyvíjení tlaku, aby klienti mluvili o tom, na co nejsou připraveni. Stává se, že někdy mají klienti potřebu o něčem mluvit, ale neodváží se téma otevřít v rámci skupinového sezení. V této chvíli jej mohou probrat s peer konzultantem o samotě, ten je tak může podpořit k diskusi ve skupině. Záleží však pouze na klientech, co chtějí sdílet. Ze zkušeností třetí respondentky léčbě neprospívá nátlak na vyhledání odborníka ani stavění sezení na nadbytečné edukaci ohledně zdravotních rizik. Peer konzultant má dle P3 sloužit jako průvodce, může s klienty probrat způsoby léčby, ale vždy je důležité, aby k dalšímu postupu byl motivovaný přímo klient.

6.4 Témata peer konzultací

Zatímco třetí respondentka hovořila spíše o peer konzultacích obecně, P1 a P2 sdílely i témata, která jsou na peer konzultacích klíčová. Diagramy s tématy respondentek lze vidět na Obrázcích 11 a 12.

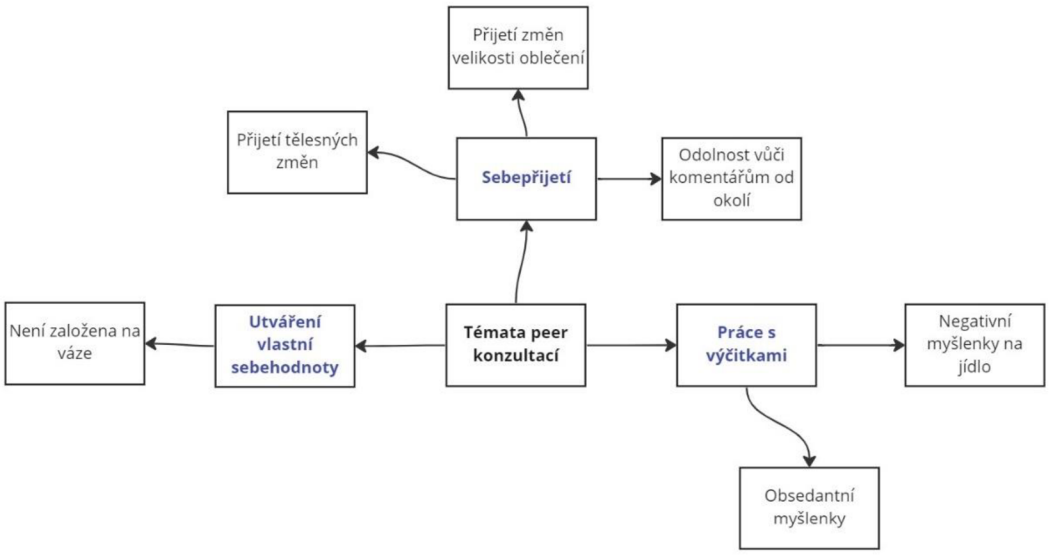
Obrázek 11

Témata peer konzultací (P1)



Obrázek 12

Témata peer konzultací (P2)



U obou respondentek se prolínalo téma **sebepřijetí**, které bývá u poruch příjmu potravy provázeno extrémy. Klienti často mluví o sebelásce nebo sebenenávisti. P1 se s klientkami zaměřuje na vztah k nim samým a ukazuje, že jej nelze převracet z jednoho extrému do druhého. Zásadnější bod zlomu v procesu nepředstavuje získání sebelásky, ale fáze, ve které si člověk uvědomí, že se přijímá takový, jaký je. Sebepřijetí doprovází i smíření s faktem, že se tělo spolu s velikostí oblečení bude měnit. Peer konzultace necílí na nereálné představy o sebelásce, ale na neutrální stádium, ve kterém klient dokáže pracovat s přibývající hmotností a zároveň rozšířit vědomí své vlastní hodnoty tak, aby nebylo založeno na váze. Klienti své sebehodnocení často budují právě na postavě, proto se peer konzultantky snaží jejich přesvědčení ukotvit v realitě, v níž hodnota jedince závisí na mnoha jiných faktorech.

„Přitom nejde přejít ze self-hate do self-love. Musí projít cestou nějaké akceptace, kdy jsou v takovém neutrálním stádiu. Že ano, nemůžu o sobě objektivně říct, že se mám rád, ale akceptuji se tak, jaký jsem.“ (P1)

„A často rozebíráme, jak se to dokáže zrcadlit do toho jídla a do toho režimu k jídlu.“ (P1)

„Myslím si, že je to rozhodně téma sebepřijetí. To je velké téma. Pod tím se skrývá i přijetí toho, že to tělo se třeba bude měnit, když budu přibírat. Že se bude měnit oblečení a jeho velikost.“ (P2)

„Že hodnotu neurčuje můj vztah k váze nebo to číslo na té váze. Že to je o tom, kdo jsem, jaká jsem, že je potřeba si vážit sebe, ne toho čísla, které tam vidíme. Že tu hodnotu neurčuje nikdo v našem okolí, ale určujeme si to my sami tím, co děláme, jací jsme.“ (P2)

Toto černobílé vidění se obvykle zrcadlí také do jídla. Klienti dělí potraviny na zdravé a nezdravé, stejně tak i svůj jídelní režim. Tyto **extrémy** jsou dalším tématem, které je potřeba ošetřit. Klienti by měli cílit na vyvážený jídelníček, který obsahuje všechny skupiny potravin, ale zároveň není omezený dietními prekoncepcemi. Mívají pocit, že z jednoho životního stylu musí přejít do druhého, a to obvykle nefunguje. Je tedy potřeba normalizovat, že jídelní návyky nelze změnit okamžitě a cesta k rovnováze v jídle může nějakou dobu trvat.

„A mám pocit, že stejně jako jsem říkala u self-hate a self-love, tak ani u toho jídla nedokážou přejít do nějakého neutrálního bodu. Naopak hodně často přecházejí z úplně nezdravého do úplně zdravého, z úplně zdravého do úplně nezdravého. Jednoduše nic jiného, nic mezi, neexistuje.“ (P1)

Obě respondentky také hovořily o **resilienci**. Ta je důležitá ve vztahu k vlastním patologickým myšlenkám, ale také k poznámkám směřujících z okolí. Okomentování vzhledu nebo porce jídla klienta je během léčby výzvou. Ne vždy je to někdo blízký, komu se klient může otevřeně svěřit, že ho jeho slova poškozují. Klienti se také často setkávají s nepochopením a bagatelizací prožívání. Člověk bez zkušenosti s poruchou příjmu potravy často nerozumí klientovým výčitkám z jídla, strachu z přibírání nebo negativním emocím spojeným s přejedením. Okomentování vzhledu, byť s dobrými úmysly, může být pro klienta nepříjemné a může představovat situaci, na kterou klient neumí adekvátně reagovat. Na peer konzultacích mají klienti prostor, kde tyto situace rozebírají a mohou společně sdílet myšlenky, jak získat odolnost nad interpersonálními okolnostmi.

„Například je to to, jak pracovat se společenským tlakem. Třeba poznámky od okolí, to mají jako veliké téma. Jak je zpracovat a jak s nimi bojovat. A vlastně se tam snažíme budovat nějakou jejich resilienci vůči těm poznámkám a celkově vůči tomu tlaku.“ (P1)

„A tak se snažíme bojovat s tím, jak vybudovat jejich odolnost tak, aby taková poznámka pro ně nic neznamenala.“ (P1)

„…důležité i přijetí toho, že budou přicházet komentáře z okolí na to, jak se ta postava mění.“ (P2)

Odolnost je důležitým faktorem i pro **práci s výčitkami**. Peer konzultant i klienti sdílí své copingové strategie a společně diskutují o tom, jak s výčitkami bojovat a zpracovat je. Klienti také popisují obsedantní myšlenky na jídlo a přehnané zabývání se tím, co snědli nebo co ten den ještě mohou sníst. Jelikož se všechny tři respondentky v minulosti potýkaly s mentální anorexií bez signifikantního přechodu do jiné diagnózy, nemohou sdílet všechny aplikovatelné obranné mechanismy. Je tedy

výhodou, že na skupinových sezeních mohou klientky diskutovat i mezi sebou a doplnit místa, u kterých si peer konzultant není jistý.

„A je moc fajn, když si to mezi sebou posdílejí a navzájem si pomůžou. Já mám primární zkušenost s anorexií, takže nemám až takové zkušenosti se záchvatovitým přejídáním.“ (P1)

„A proto je hrozně fajn, že tam jsou klienti, kteří si mohou navzájem pomoci. Protože já vím nějaké všeobecné věci, jak pomáhat z vlastní zkušenosti, ale je strašně fajn, když tam je klient, který může podržet jiného klienta.“ (P1)

„Pak je to rozhodně práce s výčitkami, jak se jich zbavit, jak přestat mít negativní myšlenky na jídlo. Jak přestat mít obsedantní myšlenky na to, kolik kalorií jsem snědla, kolik ještě můžu sníst a kolik už ne.“ (P2)

V rozhovorech s P1 a P3 se také objevovalo, že klienti někdy přemýšlí o tom, zda je na místě, aby vyhledali pomoc. Poruchy příjmu potravy mohou mít různé podoby a nejsou vždy provázeny extrémní podváhou. Klienti mají pocit, že „nejsou dostatečně hubení“, aby se mohli léčit nebo aby se jednalo o skutečný problém. Peer konzultanti toto téma otevírají a **upevňují je ve vyhledání pomoci** bez ohledu na to, zda mají váhu v normě, nebo ne. Na skupinových sezeních se klienti mohou srovnávat s jinými a cítit, že je na tom někdo hůře a oni tím pádem pomoc nepotřebují. Proto je potřeba podporovat jejich rozhodnutí k léčbě a promluvit o tom, že porucha příjmu potravy by se měla řešit, přestože se nedostala do extrému.

„Takové to, že to tělo ještě funguje, na to jsem alergická extrémním způsobem. Nemusíš být nemocná a mít 30 kilo, abys měla tu chorobu. Porucha příjmu potravy si nevybírá v tom smyslu, že to musíš dohnat do úplného extrému.“ (P1)

„Nebo se stává, že ten člověk na tom není úplně nejhůř fyzicky. Není tam ta šílená podváha. A potom kdy přijde ten moment, kdy se řekne, že je dost nemocný a může se léčit? Nikdy.“ (P3)

6.4.1 Shrnutí témat peer konzultací

Tabulka 10 zobrazuje témata, která jsou podle respondentek při sezení s klienty nejnosnější. Je třeba mluvit o sebepřijetí a utváření vlastní hodnoty nezávislé na váze

a režimu v jídle. Klienti často mívají černobílé vidění a vztah k sobě rozdělují na sebelásku nebo sebenenávist. Na peer konzultacích se respondentky snaží podporovat spíše neutrální stádium a dát tak klientům realistické cíle, jak pracovat se vztahem k sobě.

O sklonech klientů k extrémům mluvila P1 nejen ve smyslu sebehodnocení, ale také v jídelním režimu. Při poruchách příjmu potravy bývá životní styl rozdělován na zdravý a nezdravý. Klienti mají tendence přecházet z jednoho pólu do druhého. Z extrémně restriktivního jídelníčku mohou snadno přejít do přejídání a naopak. Peer konzultantky připomínají, že ani vyhýbání se „nezdravým" druhům potravin není pro tělo a mysl v pořádku. Naslouchání vlastnímu tělu může být náročné, protože klient dlouhodobě ignoroval pocity hladu a chutě na jídlo. P1 uvedla, že během léčby mentální anorexie měla období záchvatovitého přejídání, které však nebylo nijak signifikantní a bylo způsobeno dlouhodobou restrikcí. Časem se samo upravilo. Neexistuje tedy konkrétní jídelníček, který by klientovi pomohl v léčbě, ale je třeba, aby se soustředil na vyváženou stravu. Klient by si neměl vyčítat, pokud sní více kalorií, než měl naplánováno apod.

Klienti s peer konzultanty mimo jiné navzájem sdílí své copingové strategie, které pomáhají s výčitkami a obsedantními myšlenkami na jídlo. Opět je třeba dodat, že potřeby klientů jsou individuální a každému z nich vyhovuje jiný přístup. Při společném sdílení existuje vyšší šance, že se klient seznámí se strategií, která mu bude vyhovovat. Společné sdílení také funguje na bázi altruismu, kdy klienti vnímají uspokojení ze vzájemné pomoci.

Odhodlání k léčbě není jednorázové. Jde o rozhodnutí, které je potřeba učinit každý den. Klient může začít ztrácet motivaci nebo se srovnávat s ostatními ve skupině a nabýt pocitu, že jsou na tom ostatní hůře a on nemá skutečný problém, který je potřeba řešit. Pokud peer konzultantky vidí, že se objevuje takové chování, je potřeba jej otevřít a upevnit klienta v tom, že jeho rozhodnutí k léčbě je správné a porucha příjmu potravy v jakékoliv podobě může být velmi nebezpečná.

Tabulka 10

Frekvenční analýza témat peer konzultací

TÉMATA PEER KONZULTACÍ	FREKVENCE VÝSKYTU
Sebepřijetí	2
Extrémy	1
Resilience	2
Práce s výčitkami	2
Upevnění ve vyhledání pomoci	2

Diskuze a limity

Cílem předkládané práce bylo porozumět prožité zkušenosti peer konzultantek v oblasti poruch příjmu potravy a identifikovat účinné i neúčinné faktory v léčbě. Dalším záměrem byl popis samotných peer konzultací, vysvětlení jejich funkce a důležitých aspektů pro vykonávání práce peer konzultanta. Literatura na téma peer konzultací v kontextu poruch příjmu potravy je omezená, avšak dosavadní studie zabývající se peer konzultacemi obecně naznačují, že léčba se zapojením peer konzultantů může být obecně výhodná a dodávat klientům naději, motivaci a možnost pomoci, kterou lze využít i v případech, kdy mají klienti problémy s vyhledáním odborníka (Sells et al., 2006; Repper & Carter, 2011; Vayshenker et al, 2016). Všeobecně je doporučováno pracovat s poruchami příjmu potravy komplexně, a proto je vhodné brát peer konzultace spíše jako doplněk léčby a obrátit se i na další odborníky. Peer konzultant nezastupuje terapeuta, ale může být pro klienta zdrojem podpory, která s ním probere jeho možnosti nebo ho inspiruje vlastní cestou léčby (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2015).

Přestože výzkumy napovídají, že se jedná o úspěšnou formu pomoci, která zvyšuje šanci k uzdravení nebo přizpůsobení se životu s duševním onemocněním, peer konzultace v oblasti poruch příjmu potravy se u nás využívají velmi omezeně. Klientům, kteří by o tuto pomoc měli zájem, se nedostává podpora, kterou by potřebovali. Sekundárním cílem studie tedy bylo rozšíření povědomí o peer konzultacích.

Pro tento výzkum byl zvolen kvalitativní explorativní design zprostředkovaný semistrukturovanými rozhovory. Výzkumné otázky se orientovaly na zkušenost peer konzultantek s prací s klienty s poruchou příjmu potravy a na účinné/neúčinné faktory v léčbě. Výhodou semistrukturovaného rozhovoru je především jeho flexibilita, otevřenost a možnost přizpůsobení otázek/rychlosti rozhovoru respondentovi. Základ představují předem připravené otázky k vybraným tématům. Současně se ale výzkumník může doptávat respondenta pro uvedení do kontextu a hlubší pochopení

problematiky jako celku (Miovský, 2006). V souladu s cíli výzkumu byly otázky rozděleny na tři oddíly – anamnézu a příběh respondentek, účinné faktory a systém peer konzultací, sebepéči peer konzultantek. Pro analýzu dat byla vybrána interpretativní fenomenologická analýza, která umožňuje exploraci dat na idiografické rovině zaměřující se stěžejně na subjektivní zkušenost jedince (Smith, 2004).

Prvním důležitým okruhem byl popis práce z pohledu peer konzultantek. Hlavními pozitivy, která tato práce přináší, je možnost pomáhání lidem, osvěta tématu/destigmatizace a upevnění ve vlastní úzdravě. Prožití nepříjemné zkušenosti s poruchou příjmu potravy vzbudilo v respondentkách zájem pomoci druhým lidem, kteří mají podobné problémy. Díky výkonu této činnosti jsou respondentky zvyklé svůj příběh sdílet s cizími lidmi. Téma poruch příjmu potravy dříve vnímaly jako tabu, ale nyní cítí potřebu o něm mluvit, protože kolem něj stále panuje mnoho stigmat. P2 se pohybuje v odborné sféře, kde využívá svůj hlas nejen k destigmatizaci poruch příjmu potravy, ale také k objasnění funkce peer konzultanta a výhod, které může týmu nabídnout. Sezení s klienty respondentkám umožňují ukotvit se ve vlastním příběhu a uvědomit si, proč už tuto nemoc ve svém životě nepotřebují. Respondentky uvedly, že příběhy klientů pro ně mohou být inspirativní a připomínají jim důležitost toho, aby se o sebe v tomto směru postaraly a nedovolily, aby jim negativní životní události způsobily návrat nemoci. Pro P3 jsou mimo jiné peer konzultace také zdrojem nových osobních a pracovních příležitostí. Některá témata se shodují s výsledky programu Beveridge a jeho kolegů (2019), kdy peer konzultanti jako hlavní benefity práce s klienty uváděli právě uspokojení z pomoci druhému, pocit vlastního vítězství nad nemocí a rozvoj osobních/profesních dovedností.

Přestože se respondentky shodly, že práce jim více přináší, než bere, mluvily také o negativech povolání v podobě náročných příběhů klientů, které často zasahují i peer konzultantky. Ty s nimi navazují méně formální vztah a otevírají se jim se svým vlastním příběhem, pročež je pro ně občas těžké, když se léčba klientů neuchyluje správným směrem, a často nad těmito sezeními přemýšlí i po jejich skončení. Namáhavé může být i zpracování klientových traumat, která se dotýkají i peer

konzultanta. Dále respondentky uvedly, že samotná skupinová sezení vyžadují mnoho soustředění a energie, kdy je potřeba pracovat s několika aspekty najednou (práce s vlastním příběhem, sdílení klientů a využívání podpory/direktivity podle situace). Respondentky dále negativně vnímají nízký počet peer konzultantů. Podle P2 není lehké najít člověka, který má potřebné kompetence k práci s lidmi v oblasti duševního zdraví. Také neexistuje způsob, jak se stoprocentně ujistit, že má téma poruch příjmu potravy uzavřené. Způsob výběrového řízení, které nemá přesná specifika, má vliv i na nejasné vymezení odbornosti peer konzultantů. Centrum duševního zdraví (2015) udává, že ačkoliv je žádoucí, aby byl peer konzultant autentický a otevřený, neměl by se vzdávat své profesionality, přestože s klientem navazuje bližší vztah. Respondentky se v tomto tématu lišily. P1, která nemá vzdělání v humanitním oboru, si je jistější, když nevystupuje v roli odborníka. P2 však vnímá, že pokud se peer konzultant vyskytuje v multidisciplinárním týmu nebo pracuje s externími odborníky, může mít pocity nejistoty a nedostatečnosti. Jedním z negativ, které vyplynulo v rozhovoru s P3, bylo také téma relapsu, který pro peer konzultanta znamená ztrátu práce. P2 navíc mluvila o zásahu peer konzultací do soukromí, kdy cítí, že před lidmi otevírá něco velmi citlivého a intimního.

Respondentky také vypovídaly o klíčových aspektech potřebných pro vykonávání práce peer konzultanta. Základ představuje schopnost vést poradenský rozhovor. Centrum duševního zdraví (2015) doporučuje vytvoření vhodné metodiky a proškolení pracovníků. Konkrétně P1 a P3 bylo zprostředkováno školení v rámci organizace a skupinová sezení nejprve vedly společně se zaučenou peer konzultantkou nebo psycholožkou. P2 své dovednosti získala během vzdělávání v humanitním oboru. Trénink peer konzultantů do svého programu zahrnul i Beveridge se svými kolegy (2019). Usiloval o to, aby peer konzultanti dokázali pracovat se záměrem a byli připraveni ošetřit náročná témata nebo suicidální myšlenky. Kromě školení zastává organizace důležitou roli ve ventilaci a zpracování emocí peer konzultantek, které mohou docházet na supervize nebo intervize. Supervize a intervize byly obecně často zmiňovány každou z respondentek. Beveridge a kolegové (2019) do svého

tréninkového programu supervize a debriefingy zahrnuli také. Dále se peer konzultant musí naučit nastavovat hranice, což bylo pro respondentky zpočátku obtížné, ale postupně objevily, kdy je toho na ně příliš a co jim v těchto situacích pomáhá. Pro P1 to jsou především supervize a intervize, P2 pomáhá vzdálení se od peer konzultací a vykonávání jiné práce v organizaci a P3 aktivně myslí na to, aby oddělovala práci a každodenní život. Respondentky dále reflektovaly, že s hranicemi souvisí i zvládání nároků okolí. Požadavky, přicházející z různých zdrojů, dříve vnímaly intenzivněji než dnes. Mohlo jít o blízké okolí klientů, spolupracovníky nebo externí odborníky. Cíle setkání však stanovují peer konzultanti a oni sami si jsou nejlépe vědomi svých kompetencí i limitů. Ví, co mohou nabídnout, a pokud se klientovi v léčbě nedaří, nevnímají nezdar jako jejich pochybení. Na nerealistická očekávání multidisciplinárního týmu upozorňuje také Centrum duševního zdraví (2015) a zdůrazňuje, že peer konzultant by neměl být kolegy přeceňován. Respektování limitů peer konzultantů vyzdvihuje také Davidson s kolegy (2012). P3 dále cítila nároky na to, aby u ní nedošlo k relapsu. Pomáhá jí, když tento tlak eliminuje a uvědomí si, že relaps nastat může a není to něco, z čeho by se měla vinit. Každá respondentka má také vlastní formy sebepéče. Může jít o psaní a reflexi pocitů, podporu přátel/rodiny, zájmové aktivity nebo psychoterapii. Pro P2 je klíčové vzdálení se od tématu poruch příjmu potravy, proto jako sebepéči vnímá i profesní uplatnění mimo obor peer konzultací.

Druhou oblastí, na kterou se výzkum zaměřil, byla funkce peer konzultací. Ty jsou jedinečné sdílením vlastního příběhu, který běžný odborník nemůže nabídnout. Respondentky vzájemné sdílení vnímají jako stěžejní aspekt, který klientům pomáhá. P2 však dodává, že není žádoucí pouze odvyprávět příběh, ale je potřeba s ním pracovat a používat části, které jsou pro klienta momentálně nosné. To vyžaduje jistou sebereflexi. Způsob vedení by měl být navíc přizpůsoben klientovi. Různorodost práce a cílů peer konzultantů popisuje i Centrum duševního zdraví (2015). Peer konzultantky v této studii mají metodiku, která je podle nich účinná, a na sezení dochází s vypracovanou strukturou. Zároveň však zachovávají autenticitu a preferují

témata, která přinesou klienti, a společně o nich diskutují. Na peer konzultacích se dá pracovat také s imaginacemi nebo plánováním kroků. Od peer konzultanta se požaduje podpůrný přístup, ale v některých případech je možné sáhnout po direktivitě. Posledním z pilířů skupinových peer konzultací je bezpečné prostředí. Pro klienta mohou konzultace představovat první místo, kde mu někdo skutečně rozumí. Ve společnosti navíc stále přetrvávají stigmata ohledně navštěvování psychologa, a proto může být pro klienta jednodušším krokem vyhledat spíše peer konzultanta, což potvrzují výsledky studie Sellse a jeho kolegů (2006).

Skupinové peer konzultace mohou nabídnout podporu a motivaci. Klient vidí, že někdo jiný zažíval stejné mechanismy a obsedantní myšlenky na jídlo, ale dokázal se jich zbavit, což může dodávat naději a nastartovat chuť podnikat další kroky v léčbě. Důležitou funkcí, kterou peer konzultace plní, je také normalizace chování a prožívání způsobeného poruchou příjmu potravy. Klienti mohou získat pocit, že jejich chování je patologické, a mohou se obávat sdílení svých rituálů a potřeb. Na skupinových sezeních zjišťují, že to mají/měli ostatní klienti/peer konzultant podobně a mohou objevovat, které myšlenky vychází z jejich vlastního přesvědčení a které jsou průvodním jevem nemoci. Nápomocné je i vzájemné sdílení copingových strategií, při kterém klient získá nejen inspiraci, ale také těží z pomoci druhým. Výsledky jsou v souladu s výzkumy Reppera a Cartera (2011) nebo Vayshenkera a jeho kolegů (2016), kde udávají, že peer konzultace umožňují klientům získat naději, kontrolu nad situací, destigmatizaci onemocnění a vzájemné pochopení.

Pro funkci peer konzultací je stěžejní, aby měl klient skutečnou snahu změnit své dosavadní návyky, a to není možné bez vnitřní motivace. Pro klienta, který není motivovaný (a vyhledal pomoc např. z nátlaku okolí), může být velice nepříjemné srovnávání s ostatními. Zároveň může demotivovat i ostatní klienty. Ti mohou být konfrontováni s jeho mechanismy a normalizovat je nebo zpochybňovat svá rozhodnutí k léčbě. Klienty bez vnitřní motivace je zpravidla nutné řešit na intervizích a promyslet, zda využít více direktivního přístupu, nebo dokonce doporučit klientovi jinou formu léčby. Skupinovým sezením nenapomáhá ani sdílení prožitků, na které

není peer konzultant/klient připravený. Pokud si klient není jistý a neví, zda se chce otevřít ohledně nějakého tématu, peer konzultant ho může podpořit, ale neměl by na něj v žádném případě tlačit. První respondentka uvedla, že jí občas po skupinovém sezení přijde několik emailů od klientů, kteří měli strach o něčem mluvit. Obvykle dané téma stručně proberou pomocí emailové komunikace, jejímž závěrem je možnost sdílení na dalším sezení ve chvíli, kdy se klient takto rozhodne. Třetí respondentka dále hovořila o vyvíjení nátlaku na vyhledání odborníka a nadbytečné edukaci o zdravotních rizicích. Zastává názor, že peer konzultace by měly být obohaceny o psychoterapii (příp. psychiatra, dohled lékaře), ale uvědomuje si, že ačkoliv peer konzultant může doporučit možnosti léčby a vysvětlit jejich přednosti, je zcela zásadní, aby se pro tyto kroky rozhodl sám klient. Na sezeních mohou být probírána i zdravotní rizika plynoucí z poruch příjmu potravy, ale nelze cílit pouze na toto téma. Klienti si rizika často uvědomují, přesto ale nemají strach. I když vykazují známky podvýživy, jsou přesvědčeni, že jejich tělo stále funguje. Riziko úmrtí obvykle zastrašuje spíše blízké okolí klienta. Odborná literatura obecně psychoedukaci o rizicích doporučuje zahrnout, následně je však nutné pracovat s člověkem jako celkem, a kromě jídelních návyků ošetřit jádrová přesvědčení klienta a funkce, které porucha příjmu potravy plní (Couturier & Lock, 2006; Golden et al., 2015; Mehler & Andersen, 2022).

Závěrem respondentky promluvily o hlavních tématech peer konzultací. Důležitým aspektem práce jsou okruhy sebepřijetí, extrémy, resilince, práce s výčitkami a upevnění ve vyhledání pomoci. Sebepřijetí, především v kontextu body-image, bylo stěžejní složkou programu Dierse a jeho kolegů (2020). První respondentka reflektovala, že klienti s oblibou používají termíny „sebeláska“ a „sebenenávist“. Domnívá se, že přebíhat z jednoho pólu do druhého představuje nerealistický cíl. Je třeba projít neutrální fází, ve které se klient přijímá takový, jaký je, a akceptuje tělesné změny, které se během léčby objevují. Tato schopnost se úzce váže k utváření vlastní hodnoty, která by neměla být založena pouze na váze, jak tomu bylo doposud. Extrémy v oblasti sebepřijetí se mohou zrcadlit i do jídla, kdy se klienti vrhají ze zdravého životního stylu do nezdravého a naopak. Jídelní návyky nelze změnit ze

dne na den a důležité je klienta ubezpečit o normálnosti přítomnosti různých chutí a výzev. Tělu navíc může nějakou dobu trvat, než se jeho funkce stabilizují. Cílem je flexibilní jídelní chování, které obsahuje zdravé i „nezdravé“ potraviny bez omezování. Holscher (2020) dochází ve své publikaci ke stejnému závěru. Pokud nutriční terapeut spolupracuje s klientem s poruchou příjmu potravy, v žádném případě by nemělo docházet k podporování devalvace jakékoliv skupiny potravin, kontroly nad jídlem, ani udržování pevného jídelníčku. Pro klienty jsou často náročné komentáře okolí na jejich vzhled, váhu nebo porci jídla. Pokud přichází od někoho blízkého, mohou s ním klienti vykomunikovat, že mu poznámky nedělají dobře. Riziko představuje nepochopení nebo bagatelizace jejich prožívání. Na skupinových sezeních se proto pracuje na vybudování odolnosti vůči interpersonálním zásahům a nevhodným poznámkám. Resilience je důležitá i pro práci s výčitkami. Klienti mohou mít obsedantní myšlenky na jídlo, které je potřeba zpracovat. Vzájemné sdílení copingových strategií může být velmi nápomocné. Ačkoliv má peer konzultant vlastní zkušenost, fungující mechanismy jsou velice individuální a je výhodnější těžit z více nápadů. Respondentky také hovořily o upevnění klienta v léčbě. Volba léčby není jednorázová záležitost a je třeba se pro ni rozhodovat každý den. I klient, který byl zpočátku motivovaný, může procházet různými výzvami v léčbě. Může se objevovat přesvědčení, že klient „není dostatečně nemocný“, aby se jednalo o problém. Podnět je třeba otevřít a upevnit klienta v tom, že porucha příjmu potravy je problém vyžadující řešení i v nepřítomnosti extrémní podváhy.

Peer konzultantky v prováděném výzkumu mají zkušenost primárně s mentální anorexií. Nebylo zjištěno, zda se u nás vyskytují peer konzultanti s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, můžeme se však domnívat, že i zmíněné diagnózy by měly být peer konzultacemi pokryty a mohla by z nich vzejít nová témata. Budoucí výzkumy v tomto odvětví by se mohly zaměřit na peer konzultace z pohledu klienta, díky čemuž by bylo možné prozkoumat, která témata a formy pomoci vnímají jako stěžejní. Hlubší porozumění funkce peer konzultací by mohlo přispět k navržení programů, které zahrnují komplexní léčbu za spolupráce peer konzultantů s dalšími

odborníky, a podpořit tak úspěšnost léčby poruch příjmu potravy. Lidé s poruchou příjmu potravy mají individuální potřeby, každému pomáhá něco jiného, přesto se jako důležité jeví, aby se výzkumy zaměřily na identifikaci společných úspěšných činitelů v léčbě. Peer konzultace mohou být kvalitním způsobem, jakým klientovu motivaci směřovat k léčbě. Mohou si promluvit s někým, kdo si nemocí prošel, zná její zdánlivé výhody, a přesto se rozhodl ji ze svého života odstranit. Z rozhovorů také vyplynulo, že peer konzultanti by uvítali lepší systémové uchopení potřebné odborné kvalifikace a realizaci jasněji strukturovaného výběrového řízení na tuto pracovní pozici. Roli při výběrovém řízení by měly hrát předem definované klíčové požadavky a ověření, zda je pro uchazeče téma poruch příjmu potravy skutečně uzavřené. Zároveň je třeba upřesnit roli peer konzultanta v léčbě – jasně vymezit jeho odbornost a co může nabídnout.

Limity výzkumu mohou vycházet z metod. Semistrukturovaný rozhovor se vyznačuje značnou otevřeností vůči respondentovi, avšak doplňující otázky mohou mít vliv na získané informace a směr, kterým se rozhovor ubírá (Qu & Dumay, 2011). Pro analýzu byla zvolena IPA, a přestože cílem výzkumníka je porozumění žité zkušenosti respondenta a vžití se do jeho kůže, výsledkem je vždy interakce respondentovy i výzkumníkovy zkušenosti. Výsledky proto nemohou být zcela objektivní (Smith, 2004). Larkin a jeho kolegové (2021) v obecné rovině doporučují pro bakalářské/magisterské výzkumy prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy tři respondenty, což umožňuje provést podrobnou analýzu každého případu a zkoumat, v čem si jsou podobné a v čem se odlišují. Současně však tento přístup nereflektuje otázku teoretické nasycenosti. Výsledná témata by mohla obohatit realizace rozhovorů s více peer konzultanty. V předložené studii princip nasycenosti, z důvodu obtížné dostupnosti výzkumného souboru, nebyl dodržen a v rozhovorech se objevovala nová témata, jejichž analýza by se lépe realizovala s větším počtem respondentů. Přestože se výzkum zaměřil přímo na pohled peer konzultantek, k úplnému pochopení peer konzultací a jejich účinných faktorů by bylo potřeba prozkoumat i pohled klientů. Výsledky tedy zobrazují spíše podrobný rozbor osob

respondentek ve vztahu k poruchám příjmu potravy, funkci a tématům peer konzultací.

Závěr

Snahou této explorativní kvalitativní studie bylo zmapování účinných i neúčinných faktorů v léčbě poruch příjmu potravy, popis funkce peer konzultací a přiblížení práce peer konzultanta. Teoretická část se skládá z charakteristiky poruch příjmu potravy, dominantních diagnostických okruhů a možností léčby. Praktická část zahrnuje představení metod, postup analýzy a získané poznatky. Vzhledem k cílům výzkumu byl použit semistrukturovaný rozhovor analyzovaný pomocí interpretativní fenomenologické analýzy.

Jako hlavní pozitivní faktory této práce vnímaly respondentky možnost pomoci druhému, osvětu/destigmatizaci poruch příjmu potravy a upevnění se ve vlastní úzdravě. Osvěta je z pohledu respondentek důležitá nejen v oblasti poruch příjmu potravy, ale také v oblasti podstaty peer konzultací, které doposud nejsou v povědomí veřejnosti. Pro respondentky bývá obtížné vyrovnat se s náročnými příběhy klientů a skupinová sezení jsou pro ně namáhavá na koncentraci a udržení energie. Současným problémem je nejasné vymezení odbornosti a přijímacího řízení, které může přispívat k nízké kapacitě peer konzultantů. Dvě z respondentek uvedly, že toto je oblast, kterou by bylo třeba lépe systémově uchopit. Pro výkon pracovní pozice je nezbytné umět vést poradenský rozhovor, který je v případě potřeby zaškolen za pomoci organizace. Pomáhajícím aspektem pro vykonávání peer konzultací je podpora organizace, především v kontextu ventilace a zpracování emocí. Respondentky mnohokrát zmínily významnost supervizí nebo intervizí. Dále dbají na nastavení hranic, zvládání nároků okolí a vlastní formy sebepéče.

Peer konzultace utváří bezpečný prostor pro klienta a jsou jedinečné sdílením vlastní zkušenosti, kterou jinde nabídnout nelze. Vedení sezení se přizpůsobuje klientovi. Obvykle se řídí metodikou a vypracovanou strukturou, která se spojuje s autenticitou, tématy klientů a přátelským prostředím. Skupinové peer konzultace mohou normalizovat chování a prožívání klienta, které je ovlivněno nemocí, a být zdrojem pochopení, podpory a motivace, která je pro úspěšnou léčbu stěžejní. Pokud

klient dlouhodobě není motivovaný k léčbě a není odhodlaný změnit své dosavadní mechanismy, může být ohrožující pro zbytek skupiny. Tyto případy se projednávají na intervizích, kde se zvažuje, zda by bylo možné klientovi poskytnout vhodnější formu pomoci. Na sezeních není přínosné sdílení záležitostí, na které klient nebo peer konzultant není připravený, a je nezbytné to respektovat. Za nežádoucí se považuje i nátlak k vyhledání odborníka nebo nadbytečná edukace o zdravotních rizicích.

Nejnosnější témata podle peer konzultantek představuje sebepřijetí, extrémy (černobílé vidění, které se zrcadlí do jídla), práce s výčitkami a upevnění ve vyhledání pomoci, pokud klient ztrácí motivaci nebo nabývá názoru, že se neocitá v závažné fázi poruchy příjmu potravy.

Výsledky této práce pro aplikační praxi jsou důležité především ve zmapování faktorů, které přispívají léčbě poruch příjmu potravy, a zároveň představení těch, které příliš nepomáhají. Práce se dále podílí na zvýšení povědomí o peer konzultacích. Momentálně můžeme vnímat, že peer konzultace u nás nejsou poskytovány ve velkém množství. Příčina může být skryta v obecné neznalosti této formy péče a jejích výhod, ale také v náročnosti výběru peer konzultanta, který má téma poruch příjmu potravy uzavřené a zároveň je schopný pracovat s klienty a vést poradenský rozhovor. Stanovení jasnějších podmínek pro přijímací řízení a vznášení role peer konzultanta do odborné sféry by mohlo podpořit dostupnost této formy pomoci. Peer konzultantky, které se výzkumu účastnily, mají primárně zkušenost s mentální anorexií. Nepodařilo se zjistit, zda u nás fungují peer konzultanti se zkušeností s mentální bulimií nebo záchvatovitým přejídáním, ale můžeme se domnívat, že pokrytí těchto diagnóz by mohlo nabídnout více pochopení pro klienty, kteří se s nimi potýkají. Budoucí výzkum by se mohl zaměřit na vnímání peer konzultací z pohledu klienta, aby lépe identifikoval roli peer konzultací v léčbě a účinné/neúčinné faktory.

Použité zdroje

Agras, W. S., & Bohon, C. (2021). Cognitive behavioral therapy for the eating disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, *17*, 417-438.

Alvesson, M. (2003). Beyond neopositivists, romantics, and localists: A reflexive approach to interviews in organizational research. *Academy of management review*, *28*(1), 13-33.

American Psychiatric Association. (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders.* Arlington, VA.

American Psychiatric Association (2015). DSM-5: Diagnostický a statistický manuál duševních poruch (J. Raboch, M. Hrdlička, P. Mohr, P. Pavlovský, & R. Ptáček, Trans.) Testcentrum.

Barnhill, J. W. (2015). *Psychické poruchy – kazuistiky. Diagnostika podľa DSM-5TM.* Vydavateľstvo F.

Beveridge, J., Phillipou, A., Jenkins, Z., Newton, R., Brennan, L., Hanly, F., Torrens-Witherow, B., Warren, N., Edwards, K., & Castle, D. (2019). Peer mentoring for eating disorders: results from the evaluation of a pilot program. *Journal of eating disorders*, *7*(1), 1-10.

Centrum Anabell, z.ú. (2022). *Anabell.cz.* [online]. [cit. 1. 12. 2022] Dostupné z: http://www.anabell.cz/

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. (2015). *Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů.* 2015. [online]. [cit. 17.11.2022]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu_PK-Praha_1.pdf

Couturier, J., & Lock, J. (2006). What is recovery in adolescent anorexia nervosa?. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(7), 550-555.

Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016). Cognitive behavioral therapy for anorexia nervosa: an update. *Current psychiatry reports*, *18*, 1-8.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K., & Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. World Psychiatry, 11, 123-8.

Diers, L., Rydell, S. A., Watts, A., & Neumark-Sztainer, D. (2020). A yoga-based therapy program designed to improve body image among an outpatient eating disordered population: Program description and results from a mixed-methods pilot study. *Eating disorders*, *28*(4), 476-493.

Dušek, K., & Večeřová-Procházková, A. (2010). *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Grada.

Dušková, H., & Pavlů, D. (2011). ÚČINKY KINEZIOTERAPIE PŘI LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY V ČESKÉ REPUBLICE. *Rehabilitation & Physical Medicine/Rehabilitace a Fyzikalni Lekarstvi*, *18*(4).

Fade, S. (2004). Using interpretative phenomenological analysis for public health nutrition and dietetic research: a practical guide. *Proceedings of the nutrition society*, *63*(4), 647-653.

Flament, M. F., Buchholz, A., Henderson, K., Obeid, N., Maras, D., Schubert, N., Paterniti, S., & Goldfield, G. (2015). Comparative distribution and validity of DSM-IV and DSM-5 diagnoses of eating disorders in adolescents from the community. *European Eating Disorders Review*, *23*(2), 100-110.

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, *109*(5), 1402-1413.

Golden, N. H., Katzman, D. K., Sawyer, S. M., & Ornstein, R. M. (2015). Position paper of the society for adolescent health and medicine: medical management of restrictive eating disorders in adolescents and young adults references. *Journal of Adolescent Health*, *56*(1), 121-125.

Goldschmidt, A. B., Le Grange, D., Powers, P., Crow, S. J., Hill, L. L., Peterson, C. B., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (2011). Eating disorder symptomatology in normal-weight vs. obese individuals with binge eating disorder. *Obesity*, *19*(7), 1515-1518.

Gonçalves, S. F., Machado, B. C., Martins, C., & Machado, P. P. (2014). Eating and weight/shape criticism as a specific life-event related to bulimia nervosa: a case control study. *The Journal of Psychology*, *148*(1), 61-72.

Grenon, R., Carlucci, S., Brugnera, A., Schwartze, D., Hammond, N., Ivanova, I., Mcquaid, N., Proulx, G., & Tasca, G. A. (2019). Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychotherapy Research*, *29*(7), 833-845.

Gur, E., & Stein, D. (2018). New Developments in the Psychology, Neuropsychology and Psychotherapy of Eating Disorders. *Israel Journal of Psychiatry*, *55*(1), 3-9.

Hackert, A. N., Kniskern, M. A., & Beasley, T. M. (2020). Academy of Nutrition and Dietetics: revised 2020 standards of practice and standards of professional performance for registered dietitian nutritionists (competent, proficient, and expert) in eating disorders. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *120*(11), 1902-1919.

Haworth-Hoeppner, S. (2000). The critical shapes of body image: The role of culture and family in the production of eating disorders. *Journal of marriage and family*, *62*(1), 212-227.

Hay, P. J., Touyz, S., Claudino, A. M., Lujic, S., Smith, C. A., & Madden, S. (2019). Inpatient versus outpatient care, partial hospitalisation and waiting list for people with eating disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1).

Hay, P. (2020). Current approach to eating disorders: a clinical update. *Internal medicine journal*, *50*(1), 24-29.

Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: international comparison. *Current opinion in psychiatry*, *30*(6), 423.

Hilbert, A., Pike, K. M., Goldschmidt, A. B., Wilfley, D. E., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., Walsh, B. T., & Weissman, R. S. (2014). Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry research*, *220*(1-2), 500-506.

Holscher, H. D. (2020). Diet affects the gastrointestinal microbiota and health. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, *120*(4), 495-499.

Huon, G. F. (1994). Towards the prevention of dieting-induced disorders: Modifying negative food-and body-related attitudes. *International Journal of Eating Disorders*, *16*(4), 395-399.

Chen, E. Y., Matthews, L., Allen, C., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2008). Dialectical behavior therapy for clients with binge-eating disorder or bulimia nervosa and borderline personality disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(6), 505-512.

Keski-Rahkonen, A., c Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe: prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Current opinion in psychiatry*, *29*(6), 340-345.

Knatz Peck, S., Towne, T., Wierenga, C. E., Hill, L., Eisler, I., Brown, T., Han, E., Miller, M., Perry, T., & Kaye, W. (2021). Temperament-based treatment for young adults with eating disorders: acceptability and initial efficacy of an intensive, multi-family, parent-involved treatment. *Journal of eating disorders*, *9*(1), 1-17

Koutná Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). Interpretativní fenomenologická analýza.

Krch, F. D. (1999). *Poruchy příjmu potravy: vymezení a terapie*. Grada.

Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. Grada.

Larkin, M., Flowers, P., & Smith, J. A. (2021). Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research. *Interpretative phenomenological analysis*, 1-100.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of boarderline personality disorder.* New York: The Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for the treatment of boarderline personality disorder.* New York: The Guilford Press.

Machado, B. C., Gonçalves, S. F., Martins, C., Hoek, H. W., & Machado, P. P. (2014). Risk factors and antecedent life events in the development of anorexia nervosa: A Portuguese case-control study. *European Eating Disorders Review*, *22*(4), 243-251.

Mehler, P. S., & Andersen, A. E. (Eds.). (2022). *Eating Disorders: A Comprehensive Guide to Medical Care and Complications*. JHU Press.

Mgr. Viera Kliszová (2022). *Psychologické poradenství a psychoterapie Praha.* [online]. [cit. 20. 12. 2022] Dostupné z: http://psychologicke-poradenstvi.com/psychologicke-poradenstvi-psychoterapie-a-psychodynamicka-psychoterapie/

Mgr. Marie Zlesáková (2022). *Psychoterapeutické poradenství v Praze.* [online]. [cit. 20. 12. 2022] Dostupné z:

http://www.terapie.zlesakova.cz/psychoterapeuticke-poradenstvi.phtml

Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Grada.

MKN-10: *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů: desátá revize*. Aktualizované vydání k 1. 1. 2020. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mulders-Jones, B., Mitchison, D., Girosi, F., & Hay, P. (2017). Socioeconomic correlates of eating disorder symptoms in an Australian population-based sample. *PloS one*, *12*(1), e0170603.

Práško, J., Seifertová, D., Höschl, C. (2008*). Postupy v léčbě psychických poruch*. Academia Medica Pragensis.

Pringle, J., Drummond, J., McLafferty, E., & Hendry, C. (2011). Interpretative phenomenological analysis: A discussion and critique. *Nurse researcher*, *18*(3).

Qu, S. Q., & Dumay, J. (2011). The qualitative research interview. *Qualitative research in accounting & management*, *8*(3), 238-264.

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of mental health*, *20*(4), 392-411.

Ricciardelli, L. A., & McCabe, M. P. (2001). Self-esteem and negative affect as moderators of sociocultural influences on body dissatisfaction, strategies to decrease weight, and strategies to increase muscles among adolescent boys and girls. *Sex Roles*, *44*(3), 189-207.

Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. a Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. Psychiatric services, 57(8), 1179-1184.

Smith, J. A. (2004). Reflecting on the development of interpretative phenomenological analysis and its contribution to qualitative research in psychology. *Qualitative research in psychology*, *1*(1), 39-54.

Smith, J. A., Jarman, M., & Osborn, M. (1999). Doing interpretative phenomenological analysis. *Qualitative health psychology: Theories and methods*, *1*, 218-240.

Špatenková, N. (2017). *Krize a krizová intervence*. Grada.

Steinhausen, H. C., Jakobsen, H., Helenius, D., Munk-Jørgensen, P., & Strober, M. (2015). A nation-wide study of the family aggregation and risk factors in anorexia nervosa over three generations. *International journal of eating disorders*, *48*(1), 1-8.

Telch, C. F., Agras, W. S., & Linehan, M. M. (2000). Group dialectical behavior therapy for binge-eating disorder: A preliminary, uncontrolled trial. *Behavior therapy*, *31*(3), 569-582.

Vayshenker, B., Mulay, A. L., Gonzales, L., West, M. L., Brown, I., & Yanos, P. T. (2016). Participation in peer support services and outcomes related to recovery. *Psychiatric rehabilitation journal*, *39*(3), 274.

Wisniewski, L., & Kelly, E. (2003). The application of dialectical behavior therapy to the treatment of eating disorders. *Cognitive and Behavioral Practice*, *10*(2), 131-138.

Příloha A Informovaný souhlas

Tento rozhovor bude sloužit k mé diplomové práci, která bude pracovat s účinnými faktory při léčbě poruch příjmu potravy tak, jak to vnímají peer konzultantky. Ráda bych si nejprve poslechla něco o Tvém vlastním příběhu s nemocí, a poté ti položila pár otázek ohledně témat, která jsou podle tebe důležitá. Nakonec bych se zeptala na okolnosti, které chrání tebe samotnou během peer konzultací. Rozhovor se uskuteční jedině za předpokladu, že budeš souhlasit s jeho průběhem a nahráváním na diktafon. Nahrávku smažu ihned, jakmile bude náš rozhovor přepsán. Bude použit pouze za účelem analýzy dat a bude plně anonymní, v textu nebudou uvedeny žádné Tvé identifikační údaje. Kdyby ti jakákoliv otázka nebyla příjemná, nemusíš na ni odpovídat a svou účast v mém výzkumu můžeš kdykoliv do jeho ukončení odvolat. Souhlasíš tedy se svou účastí?

Příloha B Tazatelské schéma

1. Anamnéza a příběh respondentky

Kolik Ti je let a jaké je tvé dosažené vzdělání?

V kolika letech u Tebe vypukla porucha příjmu potravy? Jakého typu?

Jak dlouho jsi s ní bojovala? Prolínalo se tam více diagnóz?

Jsi si vědoma důvodů, pro které se tato nemoc objevila?

Co Tobě pomáhalo, aby ses uzdravila? Jaké kroky jsi podnikala v léčbě?

V jaké životní fázi a proč jsi se rozhodla stát peer konzultantkou?

Jak dlouho tuto činnost vykonáváš? Přináší ti něco? Když se nad tím zamyslíš, co Ti ta práce bere?

Jakou institucionální podporu máš pro tuto práci?

2. Účinné faktory a systém peer konzultací

Která témata jsou podle Tebe důležitá během peer konzultací?

Jsou nějaké metody nebo postupy, které jsou podle Tebe účinnější než jiné?

Co Tě během peer konzultací překvapilo? Napadá Tě něco, co účinné není?

Považuješ systém péče peer konzultantek za efektivní?

Vidíš nějaké oblasti, které by v tomto systému práce bylo možné zlepšit?

3. Sebepéče peer konzultantek

Poznáš, kdy pro Tebe peer konzultace zajdou příliš daleko?

Jaké okolnosti Ti pomáhají zvládat nároky peer konzultantky?

Mají peer konzultace vliv na Tvůj osobní život?