

Univerzita Karlova v Praze
Filozofická fakulta

Katedra sociální práce
obor: sociální práce
školní rok: 2004/2005
forma studia: prezenční

Ria Černá

**VÝZNAM SVÉPOMOCNÝCH SKUPIN NA CESTĚ
K MOTIVACI A PARTICIPACI NA LÉČBĚ
PORUCH PŘÍJMU POTRAVY**

/ Postupová práce /

Vedoucí postupové práce:
Datum obhájení:
Výsledek obhajoby:

PhDr.Olga Havránková
8. února 2005
výborně

P R O H L A Š U J I ,

že tuto předloženou postupovou práci jsem vypracovala zcela samostatně a cituji v ní veškeré prameny, které jsem použila.

V Pardubicích, 11.1. 2005

Ria Černá

Úvod	3
1 Základní vymezení poruch příjmu potravy	5
1.1 Mentální anorexie	5
1.2 Mentální bulimie a záchvatovité přejídání	6
2 Současné služby na cestě k uzdravení	8
2.1 Dlouhé období latence a popírání nemoci	8
2.2 Rozhodnutí se léčit	9
2.2.1 Vyhledávání informací	9
2.2.2 První kontakt s odborníky	10
2.2.3 Ambivalence v motivaci a participaci na léčbě	13
2.3 Odborník a jeho možnosti služeb	13
3 Svépomocné skupiny v léčbě poruch příjmu potravy	15
3.1 Hlavní myšlenka svépomocné skupiny	15
3.2 Specifičnost klientek svépomocné skupiny	16
4 Svépomocná skupina Anabell Praha	18
4.1 Cíle, poslání, charakteristika svépomocné skupiny	18
4.2 Vyhledávání klientek a první kontakt s klientkami	19
4.3 Průběh svépomocné skupiny	21
4.4 Ideální klientka svépomocné skupiny	23
4.5 Metody práce	23
4.5.1 Koordinátor skupiny	24
4.5.2 Přítomnost vyléčené klientky na skupině	24
4.5.3 Konkrétní náplň, témata a činnosti skupiny	25
4.5.4 Sdílení, naslouchání, podpora versus neřešení, omílání, prohlubování	27
4.5.5 Klientka "pro skupinu"	27

4.5.6	Negativistická klientka ve skupině	28
4.6	Cesta ze svépomocné skupiny k odborné pomoci	29
4.6.1	Práce s motivací, podpora	29
4.6.2	Ukončení práce na svépomocné skupině	30
4.6.3	Zpětná vazba pro koordinátory a klientky	30
4.7	Koordinátoři	31
4.7.1	Koordinátor skupiny - žena či muž?	31
4.7.2	Kompetence a rozdělení rolí	32
4.7.3	Supervize	33
4.8	Cíle svépomocné skupiny do budoucna	34
4.9	Fakta a čísla z ročního fungování skupiny	35
5	Praktická část	38
	Závěr	45
	Seznam přečtené a citované literatury, webové odkazy	46
	Příloha 1 - dotazník pro klientky svépomocné skupiny Anabell Praha	
	Příloha 2 - autentické výpovědi klientek svépomocné skupiny Anabell Praha na otevřené otázky z dotazníku	

Úvod

Poruchy příjmu potravy se v posledních letech konečně dostávají i do povědomí široké veřejnosti, negativní konotace tohoto biopsychosociálního onemocnění zvolna mizí. I díky tomu je pro nemocné poruchou příjmu potravy (dále jen PPP) snazší vyhledat nějakou formu pomoci, nabídka služeb se zkvalitňuje a rozšiřuje. Jedním typem služby jsou i svépomocné skupiny pro tyto klientky.

Ve své práci ve zkratce diagnosticky vymezím mentální anorexii a mentální bulimii, pokusím se zmapovat současný stav nabízených služeb pro nemocné s poruchou příjmu potravy. Hluběji pak propracuji princip svépomocné skupiny s ohledem na klientky s PPP - jejich motivaci, očekávání a potřeby, ambivalenci k léčbě, obtížnost napojení se na odbornou pomoc. (Svépomocná skupina je tedy jakýmsi můstkem či předstupněm k odborné pomoci, klíčová je její nízkoprahovost.) Podrobněji se budu zabývat i metodami práce na skupině, rolemi klientek i koordinátorů, kompetencemi svépomocné skupiny tohoto typu.

Jsem jedním z koordinátorů Svépomocné skupiny Anabell Praha, která má za sebou rok úspěšné existence; mé poznatky a úvahy vychází tedy z konkrétní práce s klientkami. Tato práce naplňuje poslání sociální práce jako takové - jedná se o vyhledávání klientek s těmito problémy, kontaktní práci s nimi - pomoci jim vyjít z izolace a zapojit je zpět do společnosti, navázání vztahu, motivace k léčbě a zprostředkování pomoci psychologické či psychiatrické.

Na českém knižním trhu doposud není dostupná odborná literatura týkající se svépomocných skupin obecně, natož snad svépomocných skupin pro tuto klientelu. Ve své práci tedy vycházím ze zkušeností získaných v práci s klientkami, z odborné literatury o PPP, z internetových zahraničních zdrojů, z dostupných diplomových prací Katedry sociální práce a Katedry psychologie FF UK na téma svépomocné skupiny.

Praktickou částí práce je interpretace výzkumu, který proběhl mezi klientkami svépomocné skupiny formou dotazníků. Výsledky výzkumu budou sloužit nejen této práci, ale hlavně koordinátorům skupiny, kteří na jejich základě mohou lépe zareagovat na potřeby klientek, zlepšit nabízené služby, zhodnotit roční fungování svépomocné skupiny. Postupová práce by se měla stát i odrazovým můstkem pro podrobnější rozpracování tématu v diplomové práci.

1 Základní vymezení poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy (dále PPP) představují spektrum psychosomatických poruch charakterizovaných převážně psychogenně navozeným maladaptivním stravovacím chováním. Anorexia mentalis, bulimia mentalis a některé formy obezity mohou představovat opačné póly patofyziologické regulace tělesné váhy. Tato onemocnění v posledních desetiletích přitahují stále větší pozornost laické i odborné veřejnosti díky celosvětově rostoucí incidenci. Současný rychlý vědecký rozvoj přispěl k vytvoření nových biopsychosociálních vývojových modelů. (Papežová in Höschl, 2002)

Podrobnému vymezení obou forem onemocnění - příčin, symptomů i prognózy - se věnuje dnes již poměrně rozsáhlá odborná literatura. Diagnostice se budu tedy věnovat pouze okrajově.

Poruchami příjmu potravy v drtivé většině trpí dívky a ženy, chlapci a muži představují přibližně 5-10% všech nemocných. Vzhledem k tomuto faktu se ve své práci omezím na problematiku tohoto onemocnění u dívek a žen.

1.1 Mentální anorexie

Mentální anorexie je charakterizována úmyslným snižováním váhy nebo udržováním podváhy. Termín anorexie však může být v některých případech zavádějící, protože nechutenství a oslabení chuti k jídlu je spíše až sekundárním důsledkem dlouhodobého hladovění, který se nemusí vyskytovat u všech nemocných. Jde o boj s chutí a hladem a nacházení potěšení ve schopnosti kontrolovat se, ovládnout se, zhubnout. U některých pacientek je omezování se v jídle naopak doprovázeno zájmem o jídlo (myslí na něj, sbírají recepty, rády vaří pro druhé,...). Anorektické pacientky neodmítají jíst proto, že by neměly chuť, ale proto, že nechtějí jíst. Jejich averze k jídlu je projevem nesmiřitelného a narušeného postoje k tělesné hmotnosti, proporcím a tloušťce. (Cohen, 2002)

Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny příznaky (chybí-li některý, může se jednat o atypickou formu mentální anorexie):

- a) tělesná váha je udržována nejméně 15% pod předpokládanou váhou (ať již byla snížena nebo jí nikdy nebylo dosaženo) nebo je BMI 17,5 a méně (váha kg/ výška m²)
- b) pacientka snižuje váhu různými dietami, navozovaným zvracením, užíváním diuretik, anorektik, laxativ či excesivním cvičením
- c) ke specifické psychopatologii patří strach z tloušťky, přetrvávající i při výrazné kachexii, zkreslené vnímání vlastního těla a vtíravé, ovládací myšlenky na udržení nízké váhy
- d) amenorea u žen (bývá "zakryta" užíváním hormonální antikoncepce)
- e) začátek onemocnění před pubertou vede k jejímu zastavení, k dokončení puberty dochází po uzdravení, i když menstruace může být opožděna (Papežová in Höschl, 2002)

1.2 Mentální bulimie a záchvatovitě přejídání

Je charakterizována opakovanými záchvaty přejídání velkým množstvím kalorické stravy, tzv. "binge eating" a přehnanou patologickou kontrolou tělesné váhy. Začíná později než mentální anorexie. V anamnéze se více než v 50% vyskytuje plně vyjádřené nebo skryté epizody mentální anorexie s podváhou anebo amenoreou a dodržování diet. Pro definitivní diagnózu musí být přítomny všechny uvedené poruchy:

- a) neustálé zabývání se jídlem, neodolatelná touha po jídle a záchvaty přejídání s konzumací velkých dávek jídla během krátké doby
- b) snaha potlačit výkrmný účinek jídla následujícími způsoby: vyprovokovaným zvracením, hladovkami, anorektiky, laxativy, diuretiky, tyreoidálními preparáty

c) specifická psychopatologie spočívá v chorobném strachu z tloušťky, ve snaze udržet si nižší než premorbidní váhu (optimální či zdravou)

Záchvatovité přejídání může být reakcí na stres, vede k nárůstu hmotnosti následkem psychických faktorů a poruch stravovacího chování. Obezita pak může vést postupně ke sníženému sebehodnocení, poruchám nálady, úzkostným stavům, nejistotě v osobních vztazích, sociální izolaci nebo rozvoji další somatoformní poruchy. Samotné zaujetí různými dietními opatřeními často vede do začarovaného kruhu výrazného kolísání váhy, afektivní lability i depresivním poruchám. (Papežová in Höschl, 2002)

2 Současné služby na cestě k uzdravení

Nabídka služeb pro klientky s onemocněním poruchy příjmu potravy se v současné době rozšiřuje, zkvalitňuje, hledá nové a nové možnosti šité na míru každé klientce. Dominanci kognitivně-behaviorální terapie (KBT) v léčbě začíná konkurovat psychosomatický přístup s důrazem na rodinný kontext, kontext prostředí, kontext individuality klientky. Nejde však o konkurenci v pravém slova smyslu, ale spíše o doplnění nabídky služeb a zefektivnění komplexní terapie poruch příjmu potravy, která je u tohoto onemocnění nezbytná.

2.1 Dlouhé období latence a popírání nemoci

Velmi významnou roli v léčbě poruch příjmu potravy hraje čas. Ať jsou již nabízené služby jakkoli kvalitní a široké, dokud se klientka sama nerozhodne pro léčbu, nepřesvědčí ji k tomu ani sebelepší terapeut či moderní specializovaná jednotka poruch příjmu potravy. Právě kolísající motivace je hlavním tématem, se kterým se nemocné potýkají.

V případě mentální anorexie mnohdy popírání nemoci trvá i několik let, i když okolí monitoruje onemocnění mnohem dříve a často tlačí na nemocnou, aby se léčila. Ta však problém dlouho necítí, teprve zdravotní problémy vyvolané nedostatečnou výživou a psychickou nepohodou nemocnou upozorní, že s organismem se něco děje. Ani to ale nemusí znamenat okamžitý souhlas se zahájením léčby, lepší období se střídají s horšími, stejně tak se střídá bagatelizace problémů a pocity bezvýchodnosti s obdobími snahy situaci řešit.

Období latence u mentální bulimie je ještě výraznější díky skutečnosti, že ani okolí zjevně nepozoruje signály, které by nasvědčovaly existenci nemoci. Nemocná není vzhledově nijak nápadná, její hmotnost se nemusí výrazně měnit jako tomu je u mentální anorexie. Sama nemocná většinou velmi dobře ví, že „něco není v pořádku“ a že přejídání a zvracení není normální. Za své chování se však stydí, sama sebe většinou nenávidí a

před okolím vše tají. Vyhýbavé chování, výmluvy a nepochopitelné nálady, které vyvolávají soustavné myšlenky na jídlo a zvracení, se samozřejmě promítají do života nemocných, do jejich vztahů, každodenního rozhodování, ovlivňují pracovní výkonnost, chuť žít. Motivace léčit se vychází velmi často právě z touhy začít zase normální život, opakovaná selhání ale stahují nemocné zpět do pasivity a rezignace na vyléčení, kvůli strachu z negativní reakce okolí na nemoc dívky či ženy chybí podpora zvnějšku a nemocná zůstává na problém sama.

2.2 Rozhodnutí se léčit

V určité fázi nemocná dospěje k rozhodnutí se léčit a má v úmyslu pro to udělat vše, co bude v jejích silách. Vedou ji k tomu reakce nejbližšího, ale i širšího okolí na její vzhled a chování, zhoršující se zdravotní stav, neschopnost otěhotnět, hrozba ztráty partnerského vztahu, nespokojenost s vlastním životem a velká touha po změně.

2.2.1 Vyhledávání informací

Nemocná, která připustila existenci nemoci, se nejprve snaží vyhledat všechny možné informace o svém onemocnění a možnostech pomoci. V dnešní době sahá k snadno dostupnému a maximálně anonymnímu internetu. V internetových chatech (www.pppinfo.cz, www.doktorka.cz, www.anorexie.wz.cz) o sobě poprvé „mluví“ jako o bulimické či anorektické, ujasňuje si, jak na tom je ve srovnání s ostatními, zjišťuje, že podobné obtíže jako ona má i někdo jiný. Poprvé zažívá pocit, že není na své onemocnění sama. Setkává se s názory ostatních nemocných, získává informace o možnostech léčby a její efektivitě, ale také vnímá, že některé nemocné se potýkají s nemocí déle než ona, leccos už vyzkoušely a žádná léčba jim nepomohla. Přínos internetových diskuzí je předmětem debat, je otázkou, zda „řešení“ problému na internetu není spíše brzdou v cestě za vyléčením v reálném světě.

Nemocná již tedy navázala kontakt se světem, virtuálním světem, zvažuje, jakou formu léčby zvolí. Může vyzkoušet internetové poradny, e-mailový kontakt s odborníkem. To vše se ale děje z bezpečí anonymity a minimální odpovědnosti za to, co bude dál. Znovu hraje roli čas, někdo internet využije k rychlému zorientování se v problematice a hledání kontaktů na konkrétní pomoc v reálném světě, někdo naopak zůstává pouze za počítačovým monitorem a k dalšímu řešení se příliš nemá. V období hledání informací se nemocná samozřejmě snaží změnit dosavadní jídelní chování, věří, že vše zvládne vlastními silami. První neúspěch však v očích ženy či dívky nabere obrovských rozměrů a motivace a chuť léčit se poprvé zakolísá. Nemocná se navíc dostává pod velký tlak, je jí spíše hůř než lépe, efekt její snahy je neviditelný, nárůst váhy a pocit nafouknutého břicha dominantní. Deziluze z prvního selhání může celý proces zastavit či vrátit ještě o krok zpět. Alespoň tak to vnímá nemocná, pozitivního náhledu na pozvolné, ale důležité pokroky není schopna. Tato stagnace trvá u každé nemocné jinak dlouhou dobu, je však nutným předpokladem pro další etapu cesty za vyléčením.

2.2.2 První kontakt s odborníky

Poté co dívka či žena zjistí, že na své problémy sama nestačí a nedaří se jí vše zvládnout vlastními silami, jak si původně představovala, začne zvažovat myšlenku vyhledat skutečnou odbornou pomoc. Již tento krok je obrovským posunem vpřed a měl by být také patřičně oceněn a pojmenován.

Nežádka je to ordinace praktického lékaře, u kterého poprvé dojde k odhalení skutečných důvodů dlouhodobých somatických obtíží, předtím jakoby bez příčiny. Praktický lékař, jenž může být vůbec prvním člověkem, před kterým dlouho utajované tabu padne, má důležitou roli a ovlivňuje další kroky své klientky. Nikdo neočekává, že si bude umět poradit s problémem, který jeho klientka má, ale zajištění další

odborné péče a důvěryhodný a ověřený kontakt na specialistu v tomto oboru by měl být samozřejmostí. Setká-li se klientka s negativní reakcí, se zlehčováním a nevhodnými intervencemi, může se v nemoci zatvrdit, její negativismus se prohloubí, místo nabídky vztahu, pochopení a možnosti se vyprávět se jí dostane kritiky a někdy i ponižování, proč nezvládá tak základní věc jako je jít do práce. Dobře informovaný a orientovaný praktický lékař může být odrazovým můstkem k cestě za odborníky. První pozitivní zkušenost s odbornou pomocí klientku podpoří ve správnosti rozhodnutí léčit se a také v naději na vyléčení.

Další cesta klientky tedy většinou vede k psychologovi, terapeutovi či psychiatrovi. Vzhledem ke stigmatu, které v naší společnosti stále platí v souvislosti s psychiatrií, je tento krok stejně obtížný jako ty předcházející. Klientka neví, co ji čeká, má více či méně zkreslené informace z internetových diskuzí, před blízkými lidmi tento krok často tají. V této chvíli je očekávání klientky obrovské, očekává od terapeuta téměř zázraky a může tedy poprvé z ordinace odcházet značně demotivována, pokud se odborníkovi nepodaří vyvážit realitu nemoci s aktuálním odhodláním klientky. Je to právě ordinace odborníka, kde poprvé zaznívá otázka, zda o nemoci klientky ví někdo z rodiny, partner či přátelé. Klientka je opatrně k tomuto kroku vedena, u každé dívky či ženy je opět různá doba, za kterou je schopna tuto skutečnost vyslovit před nejbližšími lidmi. Pokud se první terapeutické setkání vydaří, je domluvena další spolupráce a jsou dohodnuta pravidla, za kterých bude tato spolupráce možná. Opět záleží na motivaci klientky, aby v terapii vydržela, přerušování léčby není ničím výjimečným, klientčin stav se totiž nezlepšuje, může se dokonce dočasně zhoršit, protože problémy jsou poprvé viděny objektivně, reálnými očima, a proto se onemocnění může zdát takřka neřešitelné.

V případě těžké mentální anorexie (selhání některých funkcí organismu, velká kachektizace, další somatické obtíže a v neposlední řadě riziko suicidia) je klientce nabídnuta hospitalizace. V České republice je již několik specializovaných jednotek na poruchy příjmu potravy, klientka se může dostat i na metabolickou jednotku či na internu. Záleží na profesionalitě pracoviště, na jeho možnostech. Očekávání, že klientka po dvouměsíčním pobytu opustí kliniku zcela zdravá a s normálním jídelním režimem, je samozřejmě nereálné. Více než důležitá je návaznost péče, pokud se klientka vrací do naprosto totožného prostředí, kde se předtím problém projevil a udržoval, je nemožné od ní očekávat, že vydrží pokračovat v nemocnici nastoleném režimu. Kontinuita terapie, nyní již individuální a ambulantní, a také práce s rodinou či partnerem nemocné je základním předpokladem pro to, aby nedošlo k relapsu onemocnění. A ani to mnohdy nemusí stačit, klientka většinou nemá stejnou radost z nárůstu hmotnosti jako její okolí, prožívá těžké chvíle a přirozeně by se raději vrátila k hubnutí, kontrole nad svou váhou a tím i zdánlivé kontrole nad svým životem.

I nemocná mentální bulimií může být hospitalizována, častěji však pro osvojení si správného jídelního chování. Nabídka Denního stacionáře bývá pro klientku přijatelnější, nemá povahu stálého pobytu v nemocnici. I zde se s klientkami pracuje terapeuticky, měl by být brán v úvahu celý kontext onemocnění, nejen soustředění se na pravidelnou stravu.

Specialista na poruchy příjmu potravy někdy doporučí klientce také skupinovou léčbu, doporučí zařazení do terapeutické či svépomocné skupiny. Klientka sama se může pokoušet o léčbu i alternativními metodami, když ty tradiční selhávají. Třeba právě aromaterapii, jógu a další formy práce zaměřené na přijetí a uvědomění si svého těla vidím jako vhodné součásti léčby, vždy záleží na přiměřenosti očekávání, které klientka do té či oné metody vkládá.

2.2.3 Ambivalence v motivaci a participaci na léčbě

Jak již bylo mnohokrát zmíněno, problém kolísající motivace a chuti aktivně se na léčbě podílet, je klíčový. Práce s motivací, odporem a negativismem je v určitých chvílích těžištěm práce s klientkou a jídelní problém jako takový ustupuje do pozadí. Ztráta kontaktu s nemocnou může znamenat návrat klientky k hubnutí, dalšímu zvracení, k životu, který vedla předtím a ve kterém se alespoň uměla orientovat. Po nastolení léčby se totiž sice klientce podaří omezit zvracení, resp. začne více a pestřeji jíst, ale je více než nutné pracovat na její sociální roli ve společnosti, na náplni jejích všedních dní, na budování života bez bulimie či anorexie. Pokud se toto nepodaří, klientka se raději vrátí k osvědčenému způsobu chování, než aby snášela prohlubující se stavy deprese a nenávisti ke svému tělu. Motivace může zakolísat i v souvislosti s uvědoměním, že vyléčení nebude otázkou dnů a týdnů, ale soustavné cílevědomé několikaměsíční či dokonce roční léčby.

2.3 Odborník a jeho možnosti

Nutnost komplexní terapie v případě léčby poruch příjmu potravy byla zdůrazněna již výše. Ať už má terapeut či psycholog výcvik v jakékoli psychoterapeutické metodě, vždy musí uvažovat v kontextu konkrétní klientky, v kontextu její individuality, věku, sociální role a postavení v rodině a společnosti, v kontextu jejího životního příběhu a její současné životní situace (zda nemocná bydlí ještě s rodiči, sama, s partnerem či s manželem a dětmi, ve velkém či menším městě, zda je zaměstnaná či bez práce...), v kontextu somatického stavu, jejích očekávání od léčby. Vždy je dobré zvážit, zda by nebyla přínosem pro léčbu i rodinná terapie či párová terapie a klientce ji případně nabídnout.

Odborník se může angažovat jen tehdy, když klientce nechybí motivace ke spolupráci, participaci a převzetí odpovědnosti za léčbu.

3 Svépomocné skupiny v léčbě poruch příjmu potravy

Svépomocné skupiny jsou reakcí na nedokonalé nebo chybějící služby profesionální, věnují se lidem v krizi, i lidem dlouhodobě duševně nemocným, lidem závislým atd. Podstatnými prvky jejich činnosti jsou:

- oslabení pocitů izolace u lidí s jakýmkoliv problémem, emocionální podpora, kterou si členové navzájem poskytují
- zvládání těžkosti tím, že postižený pomáhá s tímtéž problémem někomu jinému (Matoušek, 2001)

V současné době v České republice působí několik svépomocných skupin pro klientky s poruchou příjmu potravy. Specifika těchto klientek a jejich onemocnění vyžadují určitou modifikaci klasické svépomocné skupiny tak, aby reagovala na jejich potřeby.

3.1 Hlavní myšlenka svépomocné skupiny

Nemocné poruchou příjmu potravy své problémy velmi často dlouhou dobu tají, snaží se vše řešit vlastními silami, zůstávají zavřené ve svém vlastním světě, nemohou a do jisté míry ani nechtějí ven. Na svépomocné skupině potkávají někoho, kdo je na tom stejně jako ony, kdo jen nepoučuje jak jíst, ale také dobře ví, jak těžké je vůbec něco sníst, zažívají tedy pocit sounáležitosti a pochopení druhých. To se samozřejmě může stát i kontraindikací, pokud na skupině probíhá pouhé sdílení, negativismus a omílání problémů bez podpory víry v uzdravení a motivace hledat cestu k vyléčení.

Klientka na skupinu přichází z vlastního rozhodnutí a může to být její vůbec první krok směrem k léčbě, nebo jí skupinu doporučí jako vhodný doplněk terapie její lékař či terapeut. Zakázky, které pak z úst těchto dvou klientek zaznívají, jsou trochu jiné a vyžadují jiný přístup.

3.2 Specifičnost klientek svépomocné skupiny

Velmi často přichází klientka na skupinu a je to její vůbec první kontakt "se světem", vůbec poprvé o svém problému mluví, poprvé potkává lidi, kteří jsou na tom podobně jako ona. Tento krok je provázen velkými ambivalencemi, je odkládán, zavržen a znovu promýšlen. Její příchod na skupinu tedy znamená velký zlom, tím, že přichází, vlastně přiznává, že se jí porucha příjmu potravy týká, že si uvědomuje, že má problém, který je třeba řešit. Dívky a ženy s poruchou příjmu potravy mívají nízké sebevědomí, nevěří si, jsou nejisté, přijít do cizího prostředí je tedy stojí velké přemáhání a vyžaduje sílu a odhodlání.

Dalším specifikem této cílové skupiny je přetrvávající strach, že klientka bude jen zabírat místo potřebnějším, že na tom vlastně není až tak špatně. Toto specifikum je projevem nemoci jako takové. Klientka si neuvědomuje svou hodnotu, svůj potenciál pro ostatní, často ho však na skupině odhalí a to posílí její snížené sebehodnocení. Podpora sebedůvěry klientky a její síly se z poruchy příjmu potravy vyléčit je klíčovým tématem svépomocné skupiny.

Ambivalence k léčbě a participaci na ní a kolísající motivace je dle mého názoru asi hlavním důvodem, proč svépomocná skupina pro nemocné s PPP nemůže fungovat na klasickém principu svépomoci, tedy bez účasti moderátora-koordinátora či terapeuta. Zajistit pravidelnost setkání, vhodné místo a bezpečné zázemí není tak úplně snadné. Klientky, které přicházejí na skupinu, se většinou potýkají s únavou, depresivními stavy, nerozhodností, ztrátou chuti do jakéhokoli organizování a jakýchkoli činností. Pokud se nemocná dostane do fáze, kdy už by byla schopná pravidelně zajistit chod skupiny, přestává pro ni mít skupina jako taková význam. Může totiž svou znovunabytou sílu a energii investovat do jiné oblasti než jsou poruchy příjmu potravy, opustit

minulost a s ní spojené období nemoci a soustředit se na přítomnost a budoucnost.

4 Svépomocná skupina Anabell Praha

V listopadu 2003 byla v Praze založena nová svépomocná skupina pro nemocné s PPP. Od počátku své existence spolupracovala s brněnským občanským sdružením Anabell, které pomáhá nemocným anorexií a bulimií, jejím rodinným příslušníkům a přátelům, šíří osvětu v této problematice, zajišťuje i odbornou psychologickou pomoc svým klientům. Po necelém roce fungování se pražská skupina připojila k tomuto sdružení a spolupráce se prohloubila.

Jako jeden ze zakládajících koordinátorů pražské svépomocné skupiny se pokusím vymezit hlavní myšlenku a cíl skupiny, metody práce svépomocné skupiny tohoto typu, její pozitiva a negativa, pozici koordinátorů na skupině, postavení svépomocné skupiny v souvislosti s odbornými pracovišti pro nemocné s PPP. I když budu vycházet ze zkušeností konkrétní skupiny, domnívám se, že obecně by takto mohla fungovat každá svépomocná skupina pro klienty s mentální anorexií, bulimií či záchvatovitým přejídáním.

4.1 Cíle, poslání, charakteristika svépomocné skupiny

Považuji za nutné hned v úvodu říci, že svépomocná skupina nenahrazuje léčbu u psychologa, terapeuta či psychiatra, nefunguje jako terapeutická skupina, i když je moderována koordinátory. Představuje můstek na cestě klientek za odbornou pomocí, je tedy jakýmsi mezistupněm v léčbě. Svépomocná skupina se tedy nestaví do role alternativní pomoci, je doplňkem a vlastně předstupněm odborné pomoci.

Hlavním cílem je vytvořit snadno dostupné kontaktní místo, kam klientka může kdykoliv přijít, zažít pocit sounáležitosti s ostatními, v neformálním prostředí mluvit o svých problémech, získat náhled na své onemocnění a být podpořena v úmyslu se léčit. Koordinátoři jí mohou poskytnout důvěryhodné kontakty na odborníky zabývající se poruchami příjmu potravy, ať soukromé nebo hrazené zdravotní pojišťovnou. Klientka si

může bezplatně půjčit odbornou literaturu o poruchách příjmu potravy, dále se může objednat na bezplatnou konzultaci k psycholožce občanského sdružení Anabell.

Svépomocná skupina se schází jednou týdně, je otevřená, délka sezení je 2 hodiny. Přítomni jsou vždy oba koordinátoři, muž a žena, počet klientek na skupině je proměnlivý, pohybuje se kolem deseti klientek. Základní pravidla skupiny se zčásti blíží pravidlům terapeutických skupin, jsou však mnohem volnější a méně zavazující. Klientka může kdykoliv ze skupiny odejít bez udání důvodu. Pokud nechce, nemusí mluvit a může jen poslouchat, nemusí odpovídat na otázky, které jsou jí nepříjemné (má právo říci "stop"). Její účast na skupině je dobrovolná, není nutné, aby se skupin účastnila pravidelně a svou absenci nějak vysvětlovala. Skupiny se může účastnit spolu s klientkou i partner či někdo z rodiny, pokud to koordinátoři považují za vhodné a všechny ostatní klientky s tím souhlasí. V zásadě ale platí, že skupiny se účastní pouze samy nemocné, případně vyléčené ženy a dívky. Ty poskytují velkou podporu a jsou pro ostatní důkazem toho, že vyléčení je možné. V neposlední řadě platí také pravidlo, že to, co je řešeno na skupině, je vázáno mlčenlivostí a důvěrností a nemělo by se dostat za hranice skupiny.

4.2 Vyhledávání klientek a první kontakt s klientkami

K získávání klientek k účasti na svépomocné skupiny je třeba znát jejich potřeby, specifika jejich nemoci a reagovat na ně. Jak jsem uvedla v druhé kapitole, první zdroj informací a kontaktů na odbornou pomoc bývá internet. Klientky se o existenci skupiny dozívají z webových stránek (<http://povidani.unas.cz>). Zde jsou uvedeny podrobné informace o fungování skupiny, o tom, co dívku či ženu na skupině čeká. Nemocné mají možnost napsat koordinátorům e-mail nebo krátkou textovou zprávu, mají možnost předem zavolat a zeptat se na vše, co potřebují k tomu, aby se jim šlo poprvé na skupinu

snadněji. S některými klientkami koordinátoři nejprve navazují kontakt přímo v internetové diskuzi a po vytvoření alespoň virtuálního vztahu jim nabízejí možnost vyzkoušet svépomocnou skupinu. Některé klientky komunikují delší dobu elektronicky a teprve později se odhodlají a na skupinu přijdou. I v době své aktivní účasti na skupinách mají možnost kdykoliv napsat koordinátorům e-mail, a je-li to alespoň trochu možné, domluvit si s nimi individuální setkání. Někdy je pro klientku problematický ten poslední krok - vzít za kliku a otevřít dveře - koordinátoři v tomto případě nabízejí možnost setkat se krátce před začátkem skupiny a přijít na ni společně, minimalizuje se tak možnost, že klientka se v poslední chvíli rozhodne pro únik. Navíc se v doprovodu koordinátora cítí bezpečněji a příchod do neznámého prostředí je pro ni snazší.

Tento přístup vyžaduje velkou osobní investici koordinátorů a dá se říci, že takto se "ve velkém" postupovat nedá. Domnívám se ale, že právě vytvoření vztahu mezi klientkou a koordinátory (a v druhé fázi potom s psychologem, terapeutem, lékařem) je základním předpokladem k tomu, aby byla navázána perspektivní spolupráce. Individuální přístup ke každé z klientek pomáhá překonat jejich pocit nejistoty, nedůvěry a strachu. Neformálním přístupem se uvolní jejich napětí, zjišťují, že se na ně ze strany koordinátorů nesesypou otázky a výčitky, že je nikdo neodsoudí za jejich onemocnění. Ať už je ale kontakt jakkoli osobní, koordinátor sleduje jasný cíl - pomoci klientce poprvé přijít na skupinu, poskytnout jí v prvních chvílích podporu v takové míře, v jaké je to nutné. Další "péče" by však již byla kontraproduktivní. Klientky s poruchou příjmu potravy mívají problémy s převzetím odpovědností samy za sebe, nadměrná ochrana ze strany koordinátora by tedy byla nežádoucí. Opět hraje roli čas, každá dívka či žena potřebuje tento čas různý, je na koordinátorovi, aby odhadl, kdy je třeba klientku povzbuzovat už jen z větší vzdálenosti a kdy je možné ji "pustit" úplně.

Na svépomocnou skupinu samozřejmě přicházejí i klientky, které při svém vstupu nepotřebují podporu a pomoc uvedenou výše, většina z nich se ale s nejistotou a strachem z prvního setkání potýká.

Co se týče fáze onemocnění, ve které klientky na skupinu nejčastěji přicházejí, je to právě v době, kdy již pojmenovaly své onemocnění, uvědomily si riziko dalšího trvání nemoci, jejich motivace léčit se vzrůstá, a proto se odhodlaly přijít. Přicházejí s různým očekáváním a tato očekávání jsou poté naplněna v odlišné míře v závislosti na tom, co jim skupina může nabídnout.

Svépomocné skupiny se účastní také klientky, které už nějakou formu léčby vyzkoušely nebo jí současně procházejí, jsou tedy "zkušené" a od skupiny očekávají něco jiného než kontakt a přípravu na odbornou pomoc. Jejich postřehy a zkušenosti z léčby jsou přínosem pro ty klientky, které dosud u psychologa nebyly a mají tedy přirozeně strach. V těchto okamžicích klientky pracují klasickou svépomocí - nepotřebují koordinátory - podporují jedna druhou, sdělují si zkušenosti, hledají řešení nejen pro sebe, ale i pro druhé.

4.3 Průběh svépomocné skupiny

Dvouhodinové setkání svépomocné skupiny nemá pevnou strukturu, průběh a program se přizpůsobuje aktuálnímu počtu klientek, jejich přáním a potřebám. Na začátku mají klientky vždy možnost vzít si slovo a navrhnout téma, které samy chtějí. Pokud přichází někdo poprvé, skupina se krátce představí jmény, zopakují se pravidla skupiny. Od klasického skupinového "kolečka" skupina ustoupila, klientky se většinou stresovaly po celou dobu, než na ně přišla řada a neposlouchaly se navzájem. Je-li nově příchozí ochotna o sobě mluvit hned na prvním setkání, ostatní jí bez problémů poskytnou větší prostor. Někdy naopak potřebuje pouze tiše poslouchat a sledovat ostatní. Pokud nezapojí novou klientku

ostatní do hovoru, obrací se na ni s nějakou otázkou koordinátor.

Klientky většinou témata k diskuzi a k řešení samy nenavrhnou, nepatrná pomoc koordinátorů v tomto směru je v úvodu skupiny nutná, velmi rychle se ale rozpovídají a diskutují. Někdy se podaří, že skupina pracuje na klasickém principu svépomoci, jindy se otázky a odpovědi vztahují spíše ke koordinátorům. Skupina čeká na jejich zásah a "pravdivé definitivní odpovědi" na otázky, na něž musejí najít odpověď samy. O roli a kompetencích koordinátora se zmíním v samostatné podkapitole.

Ukončení jednotlivých sezení skupiny bývá obtížné, právě v závěru se většinou klientky dostávají k jádru problému, daří se jim hledat cesty k řešení. Koordinátor nejprve upozorní na blížící se vypršení stanoveného času a ve vhodném okamžiku ji ukončí. V samém závěru ještě sdělí následující termín setkání, případně "domácí úkol" na příští skupinu. Po ukončení skupiny je možné půjčit si nějakou knížku, individuálně se s koordinátory poradit ohledně odborné pomoci (informace o kontaktech na odborníky a jejich možnosti v souvislosti s potřebami klientky).

4.4 Ideální klientka svépomocné skupiny

Cílem skupiny není získat co nejvíce klientek pro spolupráci a dlouhodobě je na skupině udržovat. Skupina by v žádném případě neměla brzdit cestu k odborné pomoci. Ideální klientkou je žena či dívka, která našla s větší či menší podporou cestu na skupinu. Daří se jí mluvit o svém problému veřejně, postupně získává náhled na svou nemoc a potřebnost se léčit a chystá se ke kontaktování psychologa či terapeuta. V tomto období se skupin účastní poměrně pravidelně, koordinátoři a ostatní klientky jí pomáhají vidět drobné i

větší pokroky, jichž dosahuje. A motivují ji ve chvílích, kdy její odhodlání kolísá. Po navázání kontaktu s odborníky ještě na skupinu přichází a sděluje ostatním, co se jí povedlo. Znovu je podpořena a oceněna skupinou i koordinátory. Nadále má možnost kdykoliv na skupinu přijít nebo kontaktovat koordinátory telefonicky či e-mailem. Cílem v této chvíli však je, aby se od skupiny již odpoutala a šla vlastní cestou. Ideální pro koordinátory je, dostanou-li zpětnou vazbu od klientky i po určité době od její poslední návštěvy skupiny, ale to samozřejmě záleží na klientce samotné.

Ideální míru účasti na skupinách nelze obecně stanovit, každá klientka potřebuje jiný čas pro uskutečnění dalších kroků v léčbě. Cílem ale je, aby i v tomto rozdílném čase byl patrný vývoj a klientka nestagnovala na stále stejném bodě.

4.5 Metody práce

Skupina samozřejmě pracuje do jisté míry se skupinovou dynamikou, a i když nejde o terapeutickou skupinu, často se jako terapeutická skupina chová. Klientky vstupují do určitých rolí a podle nich se na skupině chovají, tvoří se podskupiny, využívá se skupinové koheze a tenze, jsou dodržována určitá pravidla. Skupina je usměrňována koordinátory, kteří se nestaví do role odborníků, spíše podporují princip svépomoci, navrhují program, pokud se klientky samy na tvorbě programu nechtějí podílet.

4.5.1 Koordinátor skupiny

Oprávněnou otázkou je, proč je na svépomocné skupině přítomen někdo jiný, než jsou klientky samotné. Jak jsem již zmínila, zajistit místo, pravidelnost setkání a bezpečné zázemí vyžaduje určitou míru angažovanosti, času, organizování a je nutné vzít v úvahu i finanční stránku. Druhým faktem, který působí proti klasické svépomocné skupině pro tuto cílovou skupinu, je, že ne vždy je skupina optimisticky

naladěná, klientky se potýkají se ztrátou motivace a chuti se léčit, není nikdo, kdo by je povzbudil, poukázal na jejich dosavadní pokroky. V tomto stavu je snadné, aby skupina sklouzla k pesimismu, prohlubování beznaděje, kritice odborné pomoci, v extrémním případě k výměně rad týkajících se hubnutí, diet či zvracení. Právě v těchto chvílích je přítomnost koordinátora na skupině žádoucí, je na něm, aby znovu nastartoval klientky k smysluplné a perspektivní spolupráci a aby důsledně zastavoval proanorektické a probulimické tendence.

Koordinátor tedy kromě organizačních věcí pomáhá s počáteční nesmělostí na skupině, usnadňuje vstup nově příchozím, je spojovacím článkem mezi nimi a klientkami, které se účastní skupiny opakovaně. Koordinátor se dále stará o aktuálnost a důvěryhodnost kontaktů na odborníky, které poskytuje, doplňuje nabídku literatury o PPP dle finančních možností a potřeb klientek.

4.5.2 Přítomnost vyléčené klientky na skupině

O skupinu mají zájem i dívky a ženy, které jsou již vyléčené. Chtějí ostatním sdělit svůj příběh, předat jim své zkušenosti s léčením, ukázat jim, že vyléčení je možné. Je otázka, do jaké míry je pro takovou dívku či ženu skupina zatížením, připomínáním minulosti a do jaké míry je přínosem pro ni samotnou. Její trvajícím zájem o PPP může znamenat poslední zbytky nemoci, které na skupině zpracuje, uvědomí si další kontext svého onemocnění a definitivně se s prostředím PPP rozloučí. Úkolem koordinátorů je tedy spolu s vyléčenou pohlídat hranici, kdy by na ni skupina měla negativní vliv a vracela ji do nemoci.

Vyléčená dívka či žena je klientkami opakovaně vyzývána, aby vyprávěla, jak se jí vyléčení povedlo, jako by čekaly na univerzální recept. Právě vyléčená ale nejlépe ví, že si musela najít individuální recept a že nemůže nikomu přímo

poradit, co a jak má dělat. Umí ale vyslechnout, její míra porozumění klientkám může být vyšší díky osobním zkušenostem, pocitům, které koordinátor nikdy nezažil.

4.5.3 Konkrétní náplň, témata a činnosti skupiny

Jak už jsem vícekrát uvedla, program skupiny není striktně strukturován, určitá témata se však objevují na každé skupině a pro klientky jsou klíčová. Pracuje se s nimi tedy opakovaně, hlavní z nich nyní uvedu:

- přijetí vlastního těla
- pocity, prožívání, myšlenky (aktuální stav)
- jídelní režim a "normální" velikost porcí
- říct či neříct o PPP svým nejbližším
- strach z kontaktu s odbornou pomocí
- strach z prozrazení nemoci v širším okolí
- problémy s oblečením (čím menší velikost, tím lépe...)
- rodiče, vztahy v rodině, historie rodiny
- lpění na "svém čísle" (iracionální představa hmotnosti)
- proč se to stalo, kdo za to může (příčiny PPP)
- vztahové problémy
- volný čas a jeho nové využití
- ztráta smyslu života, strach z budoucnosti
- motivace k léčbě
- srovnávání se s ostatními ženami a dívkami
- sebedůvěra, prosazení se, rovnocennost s ostatními lidmi
- modeling, soutěž Miss, média a další...

S tématy se pracuje skupinově, každý, kdo chce, se k danému tématu vyjádří, koordinátor se snaží zapojovat i ty klientky, které se samy o slovo nepřihlásí. Vždy existuje možnost napsat určité téma, které klientka nechce sdělit nahlas, na papír a anonymně s ním poté pracovat.

Je-li na počátku skupiny problém s rozběhnutím diskuze, koordinátoři mají připraven úvodní program (krátký úryvek z

knihy, úvodní slovo k určitému tématu, které by mohlo být pro klientky těžko vyslovitelné, techniky na rozjezd skupiny). Koordinátoři také uvádějí na pravou míru mýty, jež se týkají jídla, zvracení, diet atd. a kterým klientky věří. Klientky si dále na koordinátorech ověřují, jak asi mohou reagovat na jejich onemocnění jejich blízcí. Mají možnost se zeptat, co znamená PPP v očích zdravých lidí. Dozvědí se, jak koordinátoři reagovali, když zjistili, že někdo jim blízký trpí PPP. Tyto zkušenosti a informace pak mohou využít právě k tomu, aby nezůstaly se svou nemocí samy a svěřily se svým blízkým.

Pro uvolnění napětí ve skupině a odlehčení od myšlenek na PPP skupina pracuje arteterapeuticky, obrázky klientek však nikdo neinterpretuje. Klientky samy si poskytují zpětné vazby a sdělují si dojmy z obrázků ostatních.

Na konci skupiny občas koordinátoři zadají dobrovolné "domácí úkoly". Týkají se témat, na která nevyšel čas či je na ně třeba více času a rozmyšlení. Na příští skupině pak klientky mají možnost vyjádřit, co je k danému tématu během týdne napadlo a diskuze plynule naváže na předchozí.

4.5.4 Sdílení, naslouchání, podpora x neřešení, omílání, prohlubování nemoci

Cílem skupiny je podpora, hledání motivace k další cestě za odbornou pomocí a důsledné tlumení proanorektických tendencí. V závislosti na tom, jaké klientky (a v jaké fázi jejich onemocnění) se na skupině sejdou, se odvíjí i celková atmosféra každé skupiny. Pokud klientky pracují svépomocně, daří se jim naslouchat jedna druhé, podporovat se, je koordinátor spíše v roli posluchače a tichého pozorovatele.

Někdy se ovšem stává, že skupina je negativně naladěna, potýká se se ztrátou motivace, propadá beznaději, má tendenci se spíše utvrzovat v nemoci, zlehčuje a neguje veškeré své dosavadní pokroky, má sklon unikat zpět do nemoci. Je třeba,

aby se v tuto chvíli skupina zastavila a pracovalo se na vyjádření pocitů, pojmenování toho, co se děje. Častější zásahy koordinátorů jsou v tuto chvíli nezbytné.

Klientky, které se účastní skupin pravidelně po delší dobu, mezi sebou samozřejmě naváží hlubší vztahy a někdy se setkávají i mimo skupinu. Tento fakt koordinátoři samozřejmě nijak neovlivní, určité nebezpečí z toho však plyne. Klientka se začne pohybovat v prostředí, které poruchy příjmu potravy chápe, ztrácí objektivní odstup a nutnou dávku nepochopení a netolerance poruch příjmu potravy. Vyléčit se pak neznamena jen ztratit výhody, které nemoc přináší (je jich přirozeně méně než nevýhod, ale přesto existují), ale také ztratit nalezené přátele. A tyto dvě ztráty se mohou spolu s dalšími stát udržovacím faktorem nemoci.

4.5.5 Klientka "pro skupinu"

Klientky na skupině vystupují v určitých rolích, tak jak je to běžné v jakékoli jiné sociální skupině. Jedna z rolí je klientka "pro skupinu", akceptující klientka. Ta bývá významným článkem skupiny, naslouchá, poskytuje zpětnou vazbu, hledá možnosti pro ostatní. Dá se říci, že supluje roli koordinátora či terapeuta. O sobě a svých problémech nemluví, odvádí od sebe pozornost, racionalizuje. Pokud tato skupina nevyčítá a nedokáže vrátit to, co od této klientky dostává, musí zareagovat koordinátoři. Verbalizují roli klientky a roli skupiny vůči této klientce, snaží se najít cestu k vyjádření jejích pocitů a podpořit ji v řešení vlastních problémů.

4.5.6 Negativistická klientka ve skupině

Atmosféra na skupině se vždy odvíjí od momentálního rozpoložení klientek. Stává se, že skupina je víceméně pozitivně naladěna a pracuje na změně, ale je narušována negativismem jedné či dvou klientek. Kladou ostatním

pochybovačné otázky, přinášejí protiargumenty každému konstruktivnímu nápadu dobře motivované klientky, degradují dosavadní úspěchy v léčbě své i v léčbě ostatních. Jsou-li v takovém rozpoložení dvě klientky, vytváří spolu koalici, staví se proti celé skupině i proti koordinátorům. Skupina pak spotřebuje spoustu energie na přesvědčování těchto "negativistek", na obhajování svých názorů a svých pokroků. Do jisté míry to skupinu posiluje, formuluje nahlas své úspěchy v léčbě a stojí si za nimi, ale bývá těžké přesvědčit někoho, kdo o to právě v této chvíli nestojí. Na místě je tedy zásah koordinátorů, kteří se snaží obrátit pozornost přímo k negativistické klientce, pomohou jí vyjádřit pocity a pojmenovat, komu je její negativismus a verbální agrese určena. Klientčin negativismus tedy není potlačen, naopak se s ním pracuje, ale na vědomé úrovni, je pojmenován.

Jiná situace nastává, když klientka neprojevuje slovní agresivitu, nevyjadřuje své pochyby nahlas, naopak je uzavřená do sebe, nekomunikuje, je těžké s ní navázat kontakt. Ve chvíli, kdy se nahlas projeví, zaznívají od ní sebevražedné signály, její slova jsou naplněna bezmocí, ztrátou smyslu života, sebevražednými myšlenkami, někdy nahlas formuluje, že by bylo lepší, aby tady nebyla, aby byl už klid. I když koordinátoři nejsou odborníky, je nutné na tyto signály reagovat, nenechat je zapadnout. Samozřejmě v míře, aby to nemělo negativní dopad na celou skupinu. Je tedy dobré, aby byly určeny hranice, co je ještě skupina kompetentní unést a schopna řešit, klientce se suicidálními myšlenkami je nabídnuta krizová pomoc v krizovém centru, na linkách důvěry, informace a telefonní čísla dostává přímo na skupině.

4.6. Cesta ze svépomocné skupiny k odborné pomoci

Pokud si klientka plně uvědomí svou nemoc a získá náhled, sama většinou dospívá k rozhodnutí vyhledat odbornou pomoc. Navíc za sebou mívá zkušenost práce s nějakým svépomocným

manuálem, ale díky němu i práci na skupině přichází na to, že vyřešit problém jídla není samo o sobě dostačující. Na skupině je navíc na tento krok celou dobu připravována, vyslechne řadu zkušeností ostatních, utváří si představu, jak bude setkání s psychologem či terapeutem vypadat.

4.6.1 Práce s motivací, podpora

Stává se, že klientka se odhodlá k vyhledání odborné pomoci, ale po této první zkušenosti přichází na skupinu demotivovaná, nespokojená a bez chuti v kontaktu s tímto odborníkem pokračovat. To ale samozřejmě není jen chybou její či odborníka. Na klientku jsou kladeny určité požadavky, odpovědnost je přenesena právě na ni, je postavena před rozhodnutí, jak postupovat dál. Pokud není dostatečně zralá a motivovaná, může sklouznout k odporu a kritice nabízené terapie, nachází argumenty proti léčbě, proti konkrétnímu terapeutovi. Na skupinu přichází se stanoviskem, že už k nikomu nepůjde, že jí to stejně nepomůže. I s tímto jejím stanoviskem se dá pracovat, opět klientce mohou pomoci zkušenosti ostatních, jež také třeba nebyly hned napoprvé s průběhem návštěvy u psychologa či terapeuta spokojeny a hledaly jinou odbornou pomoc. Koordinátoři nabízejí paralelu lidských vztahů, ve kterých si nejsou všichni lidé sympatičtí a nevyhovují si pro spolupráci. Podpora chuti hledat odbornou pomoc dál je zde klíčová.

4.6.2 Ukončení práce na svépomocné skupině

Podaří-li se klientce navázat spolupráci s odborníky, neznamena to pro ni zákaz vstupu na skupinu. Zpravidla klientka na skupinu ještě nějakou dobu dochází, její účast je však méně pravidelná, nemá tak velkou potřebu mluvit o sobě a svých problémech, dokáže poslouchat ostatní, funguje jako podporující element skupiny. Ze strany koordinátorů je vedena k postupnému opuštění skupiny, k investici jejího nově

nalezeného času do jiné oblasti, v jiném prostředí, s jinými lidmi. Klientka sama ale rozhodne, kdy už pro ni skupina není přínosná. Jak už bylo uvedeno, má vždy možnost zůstat v e-mailovém kontaktu s koordinátory skupiny, případně se kdykoliv na skupinu znovu vrátit.

4.6.3 Zpětná vazba pro koordinátory a klientky

Pozitivní zpětná vazba od klientek, které se dříve skupin účastnily a nyní se jim daří dobře, nepotřebují již služby skupiny, je vždy příjemná jak pro koordinátory, tak pro ostatní klientky na skupině. Pro koordinátory znamená potvrzení smyslu skupiny a efektivity její činnosti, pro klientky pak víru ve vyléčení. Pro klientku, která zpětnou vazbu poskytuje, je to znovupotvrzení úspěchu a správnosti cesty za uzdravením.

Chybějící zpětná vazba může být do jisté míry pro koordinátory frustrující. Nemusí to tak být v případě, kdy si koordinátoři uvědomí, že klientka je natolik zdravá a spokojená, že už se jí nechce vracet do prostředí a času, kdy se potýkala s mentální anorexií či bulimií. Na druhou stranu to může také znamenat, že rezignovala na možnost vyléčení, na možnost hledání pomoci dál a vrátila se k nemoci, která jí určitým způsobem poskytuje bezpečí, známé situace a pocit kontroly. Je tedy ve fázi, kdy jí ani skupina nemá co nabídnout, a to právě proto, že dívka či žena není ochotná pomoc přijímat a znovu začít s nemocí bojovat.

4.7 Koordinátor skupiny

Koordinátor skupiny se účastní všech skupin, jeho přítomnost na skupině již byla v předchozích kapitolách zdůvodněna a vysvětlena. Obecně platí - čím méně zásahu do dění na svépomocné skupině, tím lépe. Příslušné odborné vzdělání koordinátora pro moderování skupiny jistě není překážkou, ale ani podmínkou. Spíše záleží na jeho osobní

zkušenosti s nemocnými, s nemocí samotnou, na schopnosti vcítit se do klientek a schopnosti vidět problémy z širšího úhlu pohledu.

4.7.1 Koordinátor skupiny - žena či muž?

Na základě zkušeností se ukazuje, že vede-li skupinu muž a žena, je to pro skupinu přínosnější, než vede-li ji každý zvlášť. Nespornou výhodou to má pro oba koordinátory - na klientky a skupinu získávají dva různé pohledy, mohou si mezi sebou poskytovat zpětnou vazbu, mohou si rozdělit kompetence a role na skupině, mohou se navzájem podpořit či naopak ukázat skupině rozdílnost názorů a komunikaci o této rozdílnosti.

Přítomnost muže na takovémto typu skupiny je takřka nenahraditelná. S ohledem na fakt, že poruchami příjmu potravy trpí zvláště ženy a dívky a ty také na skupinu přicházejí, je koordinátor muž jediným mužským článkem skupiny. Už to samo o sobě je přínosem, neboť čistě ženská skupina by byla ochuzena právě o mužský princip, o mužské logické myšlení a jiný nadhled. Klientky navíc často na skupinu přicházejí ve fázi, kdy jejich partner, manžel či otec o onemocnění neví a ony zvažují, zda mu to říci, jak bude asi reagovat, zda může PPP vůbec pochopit. Každý je sice jiný, ale možnost na skupině zažít pochopení od muže je pozitivním stimulem pro klientčin záměr svěřit se svým blízkým. Dalším úkolem koordinátora muže je korigovat mýty, které se týkají "pravd" typu "mužům se líbí jen hubené", "muži hodnotí na ženě hlavně vzhled", "když ztloustnu, nebude mě mít partner rád"...

Koordinátor v ženské osobě má také svá nesporná pozitiva a doplňuje to, co tak úplně nemůže zase nabídnout koordinátor muž. I koordinátorka se nějakým způsobem vyrovnává se svou postavou, rozumí obávám, které mají klientky v souvislosti s nárůstem hmotnosti, s velikostmi oblečení. I ona sama je vystavena stejnému tlaku společnosti na ženy, stejně jako klientky. Díky koordinátorce mohou klientky vidět, že i při

normálním stravování její hmotnost dramaticky neroste a normálně jíst tedy neznamená přibírat na váze. Koordinátorka zná ženský svět a pocity, které každá žena či dívka zažívá, problémy, které řeší, strategie, kterými se s těmito problémy vyrovnává. Duši klientek je jako žena jakoby blíž a může někdy snadněji chápat jejich uvažování a vnímání skutečnosti.

4.7.2 Kompetence a rozdělení rolí

Koordinátoři nevystupují na skupině v rolích expertů na problémy klientek, naopak jsou s nimi v rovnocenném vztahu. Díky velké míře otevřenosti koordinátorů jsou vztahy neformální, je ale nutné, aby koordinátoři drželi určité hranice této otevřenosti. Na skupině jsou v roli toho, kdo naslouchá. Své osobní zážitky a zkušenosti sdělují jen tehdy, pokud vidí, že je to ku prospěchu skupiny, že tím klientce usnadní vyjádřit to, co je pro ni v určité chvíli velmi obtížně vyjádřitelné. Držet hranice a určitý odstup koordinátorům pomáhá zachovat nadhled a širší úhel pohledu. A to je pro klientky nejprínosnější. Příliš osobní vztahy by vedly pravděpodobně k nadměrně pečujícímu přístupu, ke vzniku závislosti klientky na koordinátorech či na jednom z nich. Toto nebezpečí číhá ve větším procentu na koordinátora muže - v klientčiných očích se může jevit jako ideální, protože nemoc chápající a jakoby tolerující. Hranice koordinátora muže jsou tedy do určité míry pevnější, než jakých je třeba v případě koordinátorky.

V rolích se koordinátoři navzájem doplňují. Je-li jeden z nich v určitých chvílích spíše kritizující, burcující klientky k aktivitě, druhý se staví do role toho, kdo podporuje, oceňuje, chválí. Koordinátoři vstupují do konfliktu i mezi sebou, pokud spolu nesouhlasí. Nemusí mít na věci nutně totožné názory, naopak je přínosem, vidí-li klientky širší spektrum názorů a také situaci, že se nic neděje, nebudou-li s něčím souhlasit ony samy. Koordinátoři názorovou různost

podporují, přispívá to k uvědomění si své individuality, sebehodnoty a práva vyjádřit nesouhlas a vlastní stanovisko.

4.7.3 Supervize

Koordinátoři jsou pod pravidelnou měsíční supervizí psychologa se specializací na poruchy příjmu potravy. Supervize je týmová, probíhá na základě zakázky koordinátorů. Mají možnost řešit konkrétní obtíže klientek skupiny - jednotlivé kazuistiky, supervizor jim pomáhá orientovat se v situacích, kdy jsou nejistí ve vedení skupiny (např. v práci se sebevražednými klientkami, negativistickými klientkami). Radí jim techniky, které jsou pro práci s klientkami prospěšné a jsou v rukách koordinátorů bezpečné, tzn. nevyžadují terapeutický výcvik. V neposlední řadě pracuje s koordinátory na pocitech, které v nich klientky vyvolávají, pomáhá jim tyto pocity vyjádřit a poté zpracovat. Supervize se věnuje i vztahu koordinátorů mezi sebou, jejich rolím a kompetencím, vzájemné kritice a nespokojenosti jednoho koordinátora s druhým.

Kromě supervize mezi koordinátory funguje samozřejmě intervize, koordinátoři o jednotlivých klientkách diskutují a hledají možné cesty pomoci, po každé skupině píší zápis ze skupiny, díky němuž si mohou uvědomovat jednak pokroky klientek skupiny a jednak své chyby při moderování skupiny.

Koordinátoři sami pracují na svém "profesionálním" růstu, účastní se kursů, seminářů, výcviků a praxí zaměřených nejen na poruchy příjmu potravy, ale na celý kontext tohoto onemocnění.

4.8 Cíle svépomocné skupiny do budoucna

Svépomocná skupina během prvního roku fungování prodělala řadu změn, počet klientek na jednotlivých setkáních vzrostl a tomu se musí uzpůsobovat i program a přístup koordinátorů. Vzhledem k rostoucí incidenci tohoto onemocnění se dá předpokládat, že zájemkyň o skupinu ještě přibude a skupina

bude nucena rozšířit své služby (více skupinových setkání, více odborné literatury k zapůjčení, zapojení dalšího koordinátora). To vše ale vyplyne z dalšího fungování skupiny.

Koordinátoři plánují i další společné akce kromě skupinových setkání. Cílem je ukazovat klientkám i jiný život než jen život spjatý s poruchami příjmu potravy. Mnohé z klientek mají problémy s náplní volného času (častá otázka na skupině je: "ale co budu dělat, když nebudu zvracet a myslet na jídlo?"), společné výlety do přírody, kulturní akce atd. by mohly jejich zúžený pohled na možnosti využití času rozšířit a motivovat je k hledání těchto příležitostí po vlastní ose.

Koordinátory kontaktuje i mnoho blízkých lidí nemocných dívek a žen, i oni potřebují o onemocnění svých dcer, partnerek, manželek či kamarádek mluvit, vyjádřit pocity, které nejsou vždy pozitivní, podpořit v jejich snaze svým blízkým pomoci. I pro ně by měla svépomocná skupina smysl. V současné době koordinátoři s blízkými lidmi komunikují individuálně, výhledově zvažují možnost setkávání i pro tuto skupinu osob.

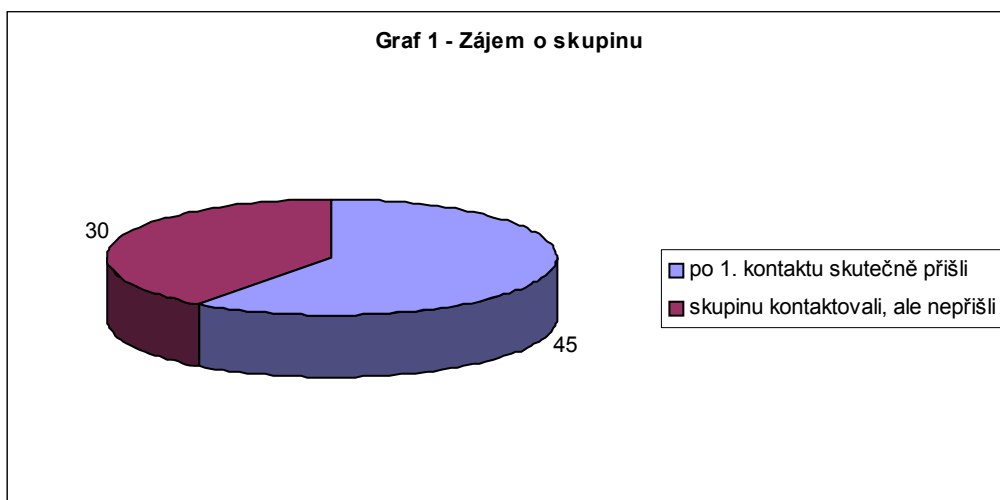
O skupinu mají zájem i studenti VOŠ a VŠ, kteří se touto problematikou zabývají. Chtějí se účastnit skupin, sbírají data do svých výzkumů. S rostoucím počtem klientek je však možnost účasti studentů na skupině omezená. Koordinátoři chrání bezpečné a důvěrné zázemí tím, že se se studenty schází individuálně, skupiny se účastní ne více než jeden student a vždy musí všichni s jeho přítomností souhlasit.

4.9 Fakta a čísla z ročního fungování skupiny

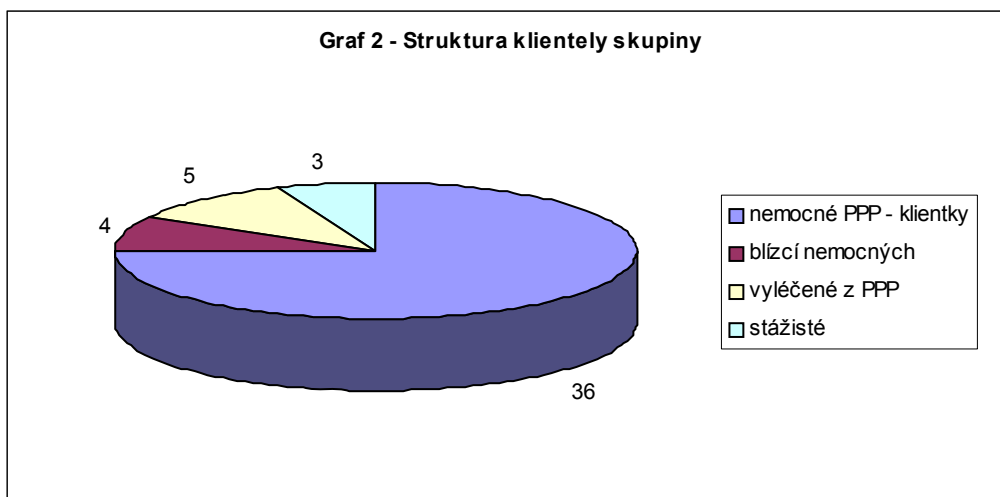
Od listopadu 2003 do listopadu 2004 proběhlo celkem 44 setkání svépomocné skupiny. Za rok o skupinu projevilo zájem 75 lidí, z toho 45 po prvním kontaktu skutečně na skupinu alespoň jednou přišlo (viz Graf 1). A 25 klientek pak přišlo alespoň třikrát (viz Graf 3). Skupiny se zúčastnili i 4 lidé blízcí nemocných klientek, tedy partneři, přátelé či rodiče.

S blízkými nemocných se koordinátoři setkávali i individuálně. V průběhu roku skupinu navštěvovalo a více či méně se podílelo na vedení skupiny 5 vyléčených klientek. S některými spolupráce trvá a je dlouhodobá. Se stážisty byli koordinátoři v kontaktu individuálně, někteří z nich se pak skupiny zúčastnili. (viz Graf 2).

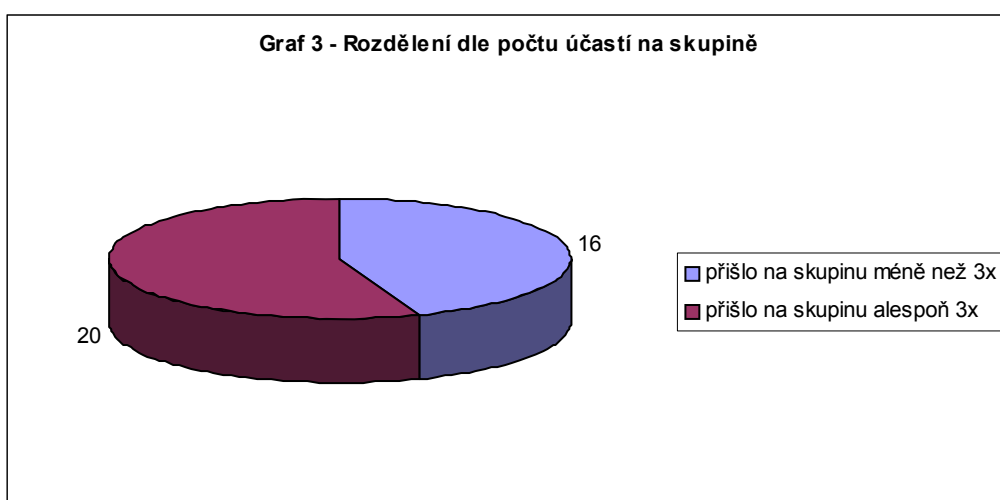
Průměrný věk klientek skupiny je přibližně 23 let, číslo není zcela přesné, některé klientky svůj věk na skupině neuvedou. Vzhledem k věku, který je uváděn jako nejčastější pro poruchy příjmu potravy, tj. 14-20 let, je tento údaj mimo průměr. Ukazuje však na skutečnost, že nemocné dlouho svůj problém bagatelizují, nepřipouští si jej, zkouší to zvládnout samy a teprve později hledají pomoc i jinde.



Graf 1 - Zájem o skupinu - i toto je ukazatel ambivalence k vyhledání pomoci, klientkám se povede svépomocnou skupinu zkontaktovat, osobně přijít je pro některé ale další překážkou.



Graf 2 - Struktura klientely skupiny - v zájmu klientek a jejich bezpečí se skupiny účastní jiné osoby jen výjimečně, pokud si to ony samy přejí (přítomnost partnera, rodiče či kamarádky)



Graf 3 - Rozdělení dle počtu účastí na skupině - ideální počet skupinových setkání je velmi individuální, ukazuje se však, že klientky, které navštíví skupinu alespoň třikrát, poté v docházení na skupinu pokračují delší dobu.

5 Praktická část

Praktická část postupové práce je založena na výzkumu, kterého se prostřednictvím dotazníku účastnily klientky skupiny, jež Svépomocnou skupinu Anabell Praha alespoň jednou navštívily.

Účelem výzkumu bylo pomocí dotazníku zjistit, jakým způsobem nemocné hledají pomoc, do jaké míry ovlivňuje motivace průběh tohoto onemocnění, jak a v čem jim svépomocná skupina může pomoci či již pomohla. Získaná data jsou i zpětnou vazbou pro koordinátory, námětem k zamyšlení, zda skupina dostatečně reaguje na potřeby klientek, v čem by se mohla či měla změnit, co by si naopak měla zachovat.

Dotazníkem bylo osloveno celkem 33 respondentů, vyhodnoceno pak bylo 26 dotazníků. Zvolila jsem co nejjednodušší a nejdostupnější formu získání dat, právě s ohledem na specifika nemoci poruchy příjmu potravy. Snažila jsem se dosáhnout maximální anonymity pro klientky, dotazník byl tedy umístěn na webové stránce, přístupné a známé pouze kontaktovaným klientkám. Ty ho tedy vyplňovaly elektronicky, bez nutnosti uvádět jakákoli osobní data včetně e-mailové adresy. I díky tomuto postupu byla návratnost dotazníku tak vysoká.

Dotazník byl sestaven z celkem 17 uzavřených i otevřených otázek, u některých otázek bylo možno označit více odpovědí. Právě otevřené otázky slouží nejvíce jako zpětná vazba pro koordinátory. Plné znění dotazníku viz Příloha 1.

Na začátku výzkumu byly stanoveny tyto hypotézy:

- 1. Dříve než klientka poprvé přijde na svépomocnou skupinu, hledá informace o své nemoci a pomoc na internetu.*

(Otázky: 1-4)

Hypotéza č.1 se potvrdila, internet jako první zdroj informací využilo 69,2% (18) dotazovaných. 96,2% (25) respondentek se pak o svépomocné skupině dozvědělo z internetu

(z toho 65,4% (17) použilo k prvnímu vyhledání informací o skupině internetový vyhledávač).

2. Rozhodnutí začít se léčit a využít nabízenou pomoc obvykle předchází období ambivalence k léčbě a neschopnost učinit první krok.

(Otázky: 5-8)

Také hypotéza č.2 se ukázala jako pravdivá. Z tab.1 vyplývá, že klientkami skupiny se stávají z 80,8% (21) ženy a dívky, které poruchou příjmu potravy trpí déle než 2 roky. 65,4% respondentek se navíc potýká s touto nemocí po celou uvedenou dobu, bez fází zlepšení či úplného vyléčení.

Otálení s vyhledáním odborné pomoci potvrdila otázka č.7, 76,9% (20) respondentek se domnívalo, že vyléčení zvládnou samy, bez odborné pomoci. 11,5% (3) dotazovaných vyjádřilo strach a stud z vyhledání odborné pomoci.

30,8% (8) dotázaných uvedlo, že je stále hodně přemáhání vyhledat odbornou pomoc a dlouho tuto možnost odkládaly. Pro 34,6% (9) respondentek bylo vyhledání odborné pomoci ne zcela snadné. Pouze 1 klientka uvedla, že s vyhledáním pomoci neměla žádný problém. Projevil se i jeden z rysů nemoci, a to fakt, že nemocné s PPP často své problémy bagatelizují a mají pocit, že jiní potřebují pomoc více než ony samy. Toto stanovisko vyjádřilo 19,2% (5) klientek. 2 respondentky na tuto otázku vůbec neodpověděly.

Tab.1 Jak dlouho trpíte nebo jste trpěla PPP? (otázka č.5)

Jak dlouho trpíte PPP?	10 a více let	5 až 10 let	2 až 5 let	1 až 2 roky	méně než 1 rok	nevím, to se nedá určit
<i>n klientek</i>	3	6	12	1	1	3
<i>n klientek v %</i>	11,5	23,1	46,2	3,8	3,8	11,5

3. Přijít na svépomocnou skupinu je pro klientku snazší, než vyhledat odbornou pomoc přímo.

(Otázky: 9-12)

Hypotéza č.3 měla ověřit, zda klientky vnímají základní rys skupiny, a to její nízkoprahovost a charakter kontaktního a snadno dostupného místa. 84,6% (22) respondentek uvedlo, že pro ně opravdu bylo snazší přijít na svépomocnou skupinu než vyhledat přímo odbornou pomoc. Pouze pro 1 klientku to bylo těžší, 2 klientky v tom nevidí žádný rozdíl, 1 na otázku neodpověděla.

Hlavním cílem svépomocné skupiny je podchytit ty nemocné, které mají strach jít přímo k odborníkům, účast na skupině je tedy jejich vůbec první krok směrem k léčbě. Z dotazníku vyplynulo, že skupinu jako první zachytný bod využilo 46,2% (12) klientek. I přesto však přibližně stejné procento klientek už nějakou formu odborné pomoci vyzkoušelo (návštěva psychologa či psychiatra - 12 klientek, hospitalizace - 3 klientky, léčba v denním stacionáři - 1 klientka, jinou formu pomoci - postup podle svépomocných manuálů, kurs reiki - uvedly 2 klientky). Klientky, které už nějakou formu pomoci vyzkoušely a přesto na skupinu přišly, přicházejí s odlišnou zakázkou, bývají z předešlé léčby zklamané a „prostě hledají někoho, kdo by jim pomohl“.

4. Svépomocná skupina je prvním místem, kde klientka poprvé otevřeně mluví o svém problému a motivuje ji to k tomu, aby o svém onemocnění mluvila i se svými blízkými.

(Otázky: 13-14)

Hypotéza č.4 se nepotvrdila. 76,9% (20) respondentek uvedlo, že o jejich problému s jídlem věděl někdo dříve, než přišly poprvé na skupinu. 15,4% (4) klientek přiznalo, že někdo další o problému věděl, ale nevěděl, že se jedná konkrétně o poruchu příjmu potravy. 7,7% (2) dotazovaných o svém problému nikdy dříve nemluvalo. Blízcí lidé nemocných si

většinou pod sdělením „problémy s jídlem“ nepředstaví poruchu příjmu potravy a její obtíže a rizika, teprve po podrobnějším vysvětlení, které vyžaduje další kus odvahy a odhodlání nemocné ženy či dívky, pochopí, že řešení nebude rychlé a okamžité, ale bude vyžadovat obrovskou trpělivost a sílu vytrvat v léčbě.

Skupina by měla klientky podpořit v rozhodnutí svěřit se někomu blízkému. Tuto podporu ocenilo 38,5% (10) respondentek, 1 klientka stále se svěřením váhá, 57,5% (15) klientek tuto pomoc nepotřebovalo - již dříve se jim podařilo o svých problémech s někým mluvit.

Dá se říci, že hypotéza č. 4 byla špatně postavena, stejně tak nebylo z dotazníku jasné, komu se klientky poprvé se svým problémem svěřily. Z výsledků ale plyne, že 76,9% (20) klientek s někým o svém onemocnění mluvily ještě než přišly poprvé na skupinu. Zároveň však není jasné, zda to pro jejich stav znamenalo nějakou změnu, zda bylo toto sdělení zásadní pro ně a pro osobu, které se svěřily. (Jinak důležité je toto sdělení pro kamarádku, s kterou se nemocná vidí jednou měsíčně a pro partnera, který s nemocnou žije a plánuje další společnou budoucnost).

5. Klientka přichází na skupinu za účelem získat kontakty na odbornou pomoc, půjčit si literaturu a najít a poznat někoho, kdo je ve stejné situaci jako ona.

(Otázky: 15-16)

Pro další fungování skupiny bylo důležité zjistit i to, zda mají klientky přiměřená očekávání v tom, co jim může skupina nabídnout a v čem jim může pomoci. Zda si uvědomují, že pouhou účastí na svépomocné skupině se nevyлéčí. Otázky k hypotéze č. 5 tedy zkoumaly právě tato očekávání.

Z výzkumu vyplývá, že 69,2% (18) klientek přišlo na skupinu i proto, aby poznaly někoho, kdo je na tom jako ony. Jako nejdůležitější důvod návštěvy skupiny toto hodnotilo

26,9%. 30,8% (8) respondentek od setkání skupiny očekávalo úplné vyléčení. Tento fakt by měl být upozorněním pro koordinátory, aby zabránili stagnaci léčby a udržování klientek na skupině, znova a lépe jim vysvětlili, v čem jim skupina umí pomoci a co už je mimo její kompetence a poslání.

34,6% (9) klientek mimo jiné přišlo na skupinu pro kontakty na odbornou pomoc (jako nejdůležitější důvod návštěvy to uvedly 2 klientky, pro 5 klientek to hrálo roli hned na druhém místě), 23,1% (6) dotázaných přišlo také s očekáváním půjčit si literaturu o PPP a získat další poznatky o své nemoci. 4 klientky přišly na skupinu kromě dalšího proto, aby si ujasnily, zda se jich porucha příjmu potravy týká či ne. 3 klientky uvedly, že jedním z motivů přijít na skupinu byla i zvědavost. Dalšími důvody pak bylo: „slyšet, jak se potýkají s problémy jiní, být ve skupině lidí, kde se nemusím bát mluvit otevřeně, získat podporu, že vyléčit se dá, udělat pro vyléčení vše, co je dostupné, zjistit, co si o mně myslí ostatní, najít oporu ve skupině a zjistit, že na to nejsem sama...“

Tab.2 ukazuje, jak se změnila situace klientek, které skupinu alespoň jednou navštívily a je znovu klíčovou zpětnou vazbou pro koordinátory, zda skupina splňuje svůj účel.

Tab.2 - Jak se změnila Vaše situace v souvislosti s Vaším onemocněním a Vaší účastí na svépomocné skupině? (2 respondentky na tuto otázku neodpověděly)

Otázka č. 16	n klientek	n klientek v %
Našla jsem odbornou pomoc a na skupinu už nechodím	5	19,2
Našla jsem odbornou pomoc a na skupinu chodím dál	7	26,9
Chodím zatím pouze na skupinu, ale ráda bych našla cestu k odborné pomoci	7	26,9
Chodím pouze na skupinu a nechci žádnou odbornou pomoc	5	19,2

Ideálními klientkami skupiny jsou ty, které odpověděly, že našly odbornou pomoc a na skupinu už nechodí (19,2%). Ty, co odbornou pomoc našly a přesto na skupině zůstávají (26,9%), k tomu jistě mají důvod. Některé potřebují jen delší čas na to, aby zjistily, že jejich psycholog či terapeut je pro ně dobrý a nepotřebují hledat nikoho dalšího. Jiným vyhovuje skupinové povídání a doplňují si tak léčbu individuální. To se ale může stát i nebezpečné v případě, že nechtějí další kontakty s venkovním světem, nechtějí navazovat nové vztahy, zůstávají v prostředí, kde se o PPP mluví, kde je PPP hlavním tématem. Snahou koordinátorů je tedy průchodnost skupiny, posun klientek dál, nikoli jejich udržování na skupině.

Klientky, které odpověděly, že by rády odbornou pomoc v budoucnu našly (26,9%), jsou přesně tou cílovou skupinou, které koordinátoři mohou nejvíce nabídnout. Potřebují trpělivou podporu, získat motivaci k dalším krokům v léčbě, destigmatizovat služby psychologů a psychiatrů.

Poslední skupina klientek uvedla, že žádnou odbornou pomoc nechce (19,2%). U nich je namístež zbilancování jejich účastí na skupině, připomenutí poslání svépomocné skupiny a komunikace o tom, co vlastně od skupiny očekávají.

Poslední otázka dotazníku byla otevřená a klientky hodnotily skupinu jako takovou, její přínos pro ně samotné, případně co by na skupině chtěly změnit (viz Příloha 2).

Výsledky výzkumu potvrdily některá známá fakta týkající se např. motivace při PPP, ambivalence k léčbě, dlouhá latence a popírání onemocnění ze strany klientky. Výstupů z výzkumu bude dále užito jako zpětné vazby pro koordinátory za rok činnosti svépomocné skupiny a odrazem pro další fungování skupiny v příštích letech.

Závěr

Na základě hlubšího propracování tohoto tématu, studia literatury a uskutečněného výzkumu si troufám říci, že existence svépomocné skupiny a její další pokračování je smysluplné a žádoucí. Reaguje na chybějící službu v systému služeb pro tuto klientelu, vytváří můstek pro lepší spolupráci klientek s jejich budoucími terapeuty, psychology či psychiatry, ale i sociálními pracovníky a také nutričními poradci.

Formou svépomoci se navíc klientky učí pojmenovat své obtíže, najít potřebný náhled, převzít odpovědnost za sebe a svou nemoc, v neposlední řadě také objevují svůj potenciál pro druhé, čímž mohou samy pro sebe pozvednout svou sebehodnotu. A to je jedním z předpokladů pro to, aby nedošlo k relapsu onemocnění.

Postupová práce bude využitelná jako zdroj informací o významu svépomocných skupin v cestě za léčbou klientek s PPP. Těchto poznatků by mohla využít krizová centra, telefonická krizová pracoviště, dále pracovníci občanských poraden, sociální pracovníci na kontaktních místech. O službě tohoto typu by měli vědět i lékaři a psychologové pracující v tomto oboru, neboť právě k nim klientky skupiny směřují. V neposlední řadě je práce praktickým přínosem pro koordinátory pražské svépomocné skupiny Anabell a také pro všechny, kteří buď podobnou skupinu vedou či se k tomuto kroku chystají.

Seznam přečtené a citované literatury

- Bláhová, J.: *Role sociální práce v léčbě psychogenních poruch příjmu potravy*, /diplomová práce KSP FF UK/, 2003
- Brownell, K.D., Fairburn, Ch.G.: *Eating disorders and Obesity*, The Guilford Press 1995
- Claude-Pierre, P.: *Tajná řeč a poruchy příjmu potravy*, Pragma 2001
- Cohen M.R.: *Nejčastější psychiatrické poruchy v praxi*, Portál 2002
- Cooper, P.J.: *Mentální bulimie a záchvatovité přejídání*, Votobia 1995
- Česká a slovenská psychiatrie: *IV. mezinárodní a mezioborová konference o PPP (supplementum 1)*, ročník 99, březen 2003
- Gjuričová, Š., Kubička, J.: *Rodinná terapie - Systemické a narativní přístupy*, Grada 2003
- Höschl, C.: *Psychiatrie*, Tigis 2002, str. 600-606
- Chvála, V., Trapková, L.: *Rodinná terapie psychosomatickým poruch*, Portál 2004
- Kocourková, J.: *Mentální anorexie a mentální bulimie v dětství a dospívání*, Galén 1997
- Koudelková, M.: *Význam svépomoci a svépomocných skupin: vznik a zkušenosti svépomocné skupiny JANTAR*, /diplomová práce KSP FF UK/, 1995
- Kratochvíl, S.: *Skupinová psychoterapie v praxi*, Galén 2001
- Krch, F.D.: *Aspirace v léčbě poruch příjmu potravy*, <http://www.tigis.cz/PSYCHIAT/SUPL0401/14.htm>, 2001
- Krch, F.D.: *Mentální anorexie*, Portál 2002
- Krch, F.D.: *Poruchy příjmu potravy*, Grada 1997
- Krch, F.D.: Richterová, I.: *Chci ještě trochu zhubnout*, Motto 1998
- Leibold, G.: *Mentální anorexie*, 1998
- Maloney, M., Kranzová, R.: *O poruchách příjmu potravy*, NLN 1997

Matoušek, O.: *Základy sociální práce*, Portál 2001

VIDA centrum: *Svépomocné skupiny*, VIDA centrum 2001

Vodáčková, D. a kol.: *Krizová intervence*, Portál 2002
(Štichová, Z. - str. 448-457)

www.anabell.cz

www.doktorka.cz

www.pppinfo.cz

<http://www.nationaleatingdisorders.org>

<http://www.edauk.com>

**Příloha 1 - dotazník pro klientky svépomocné skupiny Anabell
Praha**

Dotazník

Dobrý den,

ráda bych Vás poprosila o pozornost dotazníku, který je zaměřen na výzkum významu svépomocných skupin při onemocnění poruchou příjmu potravy (dále jen PPP). Chtěla bych Vás požádat o pravdivé vyplnění dotazníku, Vámi vybrané odpovědi prosím označte kliknutím. U některých otázek je možno označit i více odpovědí, u takových je to vždy uvedeno. Dotazník je anonymní a získaná data budou užita pouze pro účely výzkumu do postupové práce.

Pohlaví:

1. žena
2. muž

Věk:

1. Kde jste hledal/a první informace o PPP a možnostech pomoci?

- A/ u lékaře
- B/ tel. linky pomoci
- C/ blízcí lidé a přátelé
- D/ na internetu
- E/ v odborné literatuře o PPP
- F/ jiný zdroj:

Pokud jste nezvolil/a možnost A/, pokračujte až otázkou číslo 3.

2. Jak jste na internetu tyto první informace našel/našla?

- A/ přes internetový vyhledávač (google, seznam, atlas, centrum...)
- B/ znala jsem konkrétní www adresu
- C/ jiným způsobem:

3. Od koho/kde jste se o existenci svépomocné skupiny dozvěděl/a?

- A/ od přátel či známých
- B/ na internetu
- C/ od někoho z rodiny
- D/ od lékaře
- E/ z časopisu, novin, televize
- F/ jiný zdroj:

4. Jakým způsobem jste poprvé někoho kontaktoval/a kvůli své nemoci?

- A/ přes internetovou diskuzi
- B/ emailem
- C/ telefonicky
- D/ osobním setkáním
- E/ sms zprávou
- F/ jinak:

5. Jak dlouho trpíte nebo jste trpěla poruchou příjmu potravy?

- A/ 10 let a více
- B/ 5 až 10 let
- C/ 2 až 5 let
- D/ 1 až 2 roky
- E/ méně než 1 rok
- F/ nevím, to se nedá takto určit

6. Měl/a jste v rámci této doby nemoci také období, kdy jste byl/a zcela bez problémů?

- A/ ano, ale problémy se vrátily
- B/ ne, potýkám se s PPP po celou dobu, kterou jsem výše uvedla

7. Vyhledal/a jste pomoc ihned, když jste si uvědomil/a, že trpíte poruchou příjmu potravy?

- A/ ne, nevěděla jsem, kam se mám obrátit o pomoc
- B/ ne, měl/a jsem strach, styděl/a jsem se
- C/ ne, myslel/a jsem si, že to zvládnu sama
- D/ ano, ale nepomohlo mi to
- E/ ano, ale pomohlo mi to jen dočasně
- F/ ano, pomohlo mi to

8. Když jste se rozhodl/a léčit - bylo pro Vás těžké přijmout pomoc a poprvé přijít do nějakého zařízení?

A/ ne, nebyl to pro mě žádný problém

B/ ani ne, ale úplně snadné to pro mě nebylo

C/ ano a stálo mě to hodně přemáhání, velmi dlouho jsem to odkládal/a

D/ ano, nebyl/a jsem si jistá/ý, jestli jsem opravdu nemocná/ý

E/ ano, zdálo se mi, že jiní potřebují pomoc více než já

9. Řešil/a jste již někdy dříve svůj problém v reálném světě (tj. mimo internet) využitím nabízených služeb odborné pomoci? (je možno zakroužkovat více odpovědí)

A/ ne, moje účast na skupině byl vůbec první krok k pomoci

B/ ano, již jsem v minulosti byl/a u psychologa či psychiatra s tímto problémem

C/ ano, byl/a jsem hospitalizovaná/ý v nemocnici

D/ ano, docházel/a jsem do Denního stacionáře PPP

E/ ano, již jsem nějakou jinou formu odborné pomoci vyzkoušel/a (napište prosím jakou)

10. Jak jste si představoval/a svou první účast na skupině?

A/ nevím, nedovedl/a jsem si to vůbec představit

B/ měl/a jsem strach, že tam budu „navíc“, že se tam nehodím

C/ bál/a jsem se, že to bude „jako u doktora“

D/ představoval/a jsem si to podobně, jak to nakonec proběhlo

11. Jak na Vás působilo setkání svépomocné skupiny, když jste na něj poprvé přišel/přišla? (je možno zakroužkovat více odpovědí)

A/ překvapilo mne svou neformálností

B/ překvapilo mne, že tím co já, trpí i někdo jiný a vypadá úplně normálně

C/ líbilo se mi, cítil/a jsem se dobře

D/ necítil/a jsem se dobře, připadal/a jsem si „jako u doktora“

E/ nelíbilo se mi, už bych tam nešel/nešla

12. Zdá se Vám, že pro Vás bylo snazší přijít na skupinu než vyhledat přímo odbornou pomoc?

- A/ ano, snazší bylo přijít na skupinu
- B/ nevidím v tom žádný rozdíl
- C/ ne, bylo těžší přijít na skupinu

Pokud jste zvolil/a odpověď A/, napište prosím, v čem to pro Vás bylo snazší.....

13. Věděl někdo o Vašem problému dříve než jste přišla poprvé na skupinu?

- A/ ano, věděl
- B/ ne úplně přesně- nevěděl, že se jedná konkrétně o poruchu příjmu potravy
- C/ ne, vůbec nikdo

14. Pomohla Vám skupina s rozhodnutím svěřit se někomu blízkému?

- A/ ano, velmi, potřeboval/a jsem v tomto kroku podpořit a slyšet od ostatních, že to říci lze
- B/ ano, ale stále váhám, zda to mám udělat
- C/ ano, ale teď toho lituji, neměl/a jsem o tom nikomu říkat
- D/ ne, nepomohla mi
- E/ ne, moji blízcí už o mém onemocnění věděli

15. S jakým očekáváním a za jakým účelem jste na skupinu přišel/přišla? (je možno zakroužkovat více odpovědí, pokud tak učiníte, seřaďte prosím Vaše odpovědi podle důležitosti)

- A/ úplně se vyléčit
- B/ získat kontakty na odbornou pomoc
- C/ půjčit si literaturu o PPP a získat další informace o tomto onemocnění
- D/ poznat někoho, kdo je na tom jako já
- E/ zjistit, jestli se mě poruchy příjmu potravy také týkají
- F/ jen tak, ze zvědavosti
- G/ z jiného důvodu:

16. Jak se změnila Vaše situace v souvislosti s Vaším onemocněním a Vaší účastí na svépomocné skupině?

- A/ našel/našla jsem odbornou pomoc a na skupinu už nechodím
- B/ našel/našla jsem odbornou pomoc a na skupinu chodím dál
- C/ chodím zatím pouze na skupinu, ale rád/a bych našel/našla i cestu k odborné pomoci
- D/ chodím na skupinu a nechci žádnou odbornou pomoc

17. Zkuste prosím nyní vlastními slovy napsat, čeho si na skupině ceníte, co se Vám líbí a co naopak vidíte jako negativum, co byste chtěl/a změnit.

.....
.....

Děkuji Vám za spolupráci a za Váš čas!

Příloha 2 - autentické výpovědi klientek svépomocné skupiny Anabell Praha na otevřené otázky z dotazníku

otázka č.17: *Zkuste prosím nyní vlastními slovy napsat, čeho si na skupině ceníte, co se Vám líbí a co naopak vidíte jako negativum, co byste chtěl/a změnit...*

(odpovědi klientek jsou ponechány v původním znění, bez gramatické či stylistické korektury)

„co se mi líbí:

1. prostředí
 2. lidé, kteří skupinu vedou, to dle mého názoru dělají zejména pro nás, ne pro vlastní prospěch
 3. dala mi (nám) možnost účastnit se těchto sezení a stýkat se s lidmi s PPP, povídat si o tom
 4. pravidelnosti, skup. v Praze na Karlově je byť pravidelně, velmi zřídka (asi 1x měsíčně), tj. když mi to zrovna nevyjde je interval až 2 měsíční
- negativa zatím nemohu posoudit, nebyla jsem na skupině tolikrát, abych si nějakých všimla“

„Vidím, že ten trouba, co se neumí najíst, nejsem sama.....můžu mluvit naprosto otevřeně a nikdo se tam na mě nedívá jako na prase, co blíje.....nevidím to tak úplně černě.....

Možná trochu dělá nepořádek to, že tam sedí bulimičky a anorektičky vedle sebe...co platí pro jedny, je naprosto nevhodné pro druhé.....i když toho mají pořád dost společného.....(kamarádka má též problémy, ale ještě, si myslím, netrpí ppp...nevzala jsem ji tam, aby \"nenasákla\" některými myšlenkami, co my víme, že jsou hloupé, ale stejně se podle nich -bohužel- řídíme.....proto i ty MA a MB vedle sebe to občas...ale vše záleží na každém, co si odnese, jak sama říkáš:-)“

„Pro mne je dobré, když vím že nejsem jediná, kdo má takový problém. Teď si myslím, že přínosem bude i případný první kontakt s odbornou pomocí, když skupina vstoupila do sdružení Anabell“

„Bohužel jsem na skupině hodně dlouho nebyla. Na jednu stranu mi hodně pomohlo když jsem viděla jak na tom někdo může být hodně špatně díky onemocnění, teď myslím bulimii, která se mě bohužel ještě stále týká. To mě hodně vystrašilo a ještě víc nemoc znechutilo. Líbilo se mi svou neformálností, ale je mi jasný že ať už se na skupině děje a bude dít cokoli je to jen a jen na mě. V tohle nikdo jiný za mě nevyřeší. Každopádně by jsem se moc ráda zase znovu ukázala co nejdříve, jak mi to služby v práci dovolí, začínat znovu a zase znovu...

Díky že jste na mě nezapoměli“

„Oceňuji že skupina je vedena spíše v neformálním duchu, budí dojem spíš kamarádkého posezení u čaje (to mi velice vyhovuje, lépe se mi tak komunikuje!) i když ve skutečnosti je tam někdo, kdo skupinu vede a tak nějak udává její směr, bez nich by tam kolikrát bylo buď jen ticho nebo naopak lidé překřičující se navzájem! Jsem ráda že jsem na skupinu začala chodit v mnoha věcech mi otevřela oči! Zjistila jsem že spoustu věcí co jsem dělala nebo jak jsem se chovala (ohledně jídla) nejsou tak normální jak jsem si sama myslela a na to bych bez skupiny jen tak nepřišla nebo možná jo.. ale kdy? Spoustu věcí jsem si díky SKUPINĚ a lidem ze skupiny dokázala PŘIZNAT, naučila jsem se lépe mluvit o sobě a o mojich problémech! Možná to na mě není ještě tak vidět ale skupina mi už hodně POMOHLA a to si myslím že je hlavní důvod proč by vůbec měla taková skupina vzniknout!“

„Pozitiva

- vidím, že stejnou nemocí trpí úplně normální lidé
- pozitivní a nabíjející atmosféra, získala jsem víru, že je možné se uzdravit
- cesta k odborné pomoci
- literatura
- cítím upřímný zájem vedoucích skupiny pomoci, budí důvěru a chuť svěřit se jim

Negativa

Pokud je tam příliš moc lidí, není prostor pro vlastní vyjádření. To je jeden z důvodů, proč jsem tam byla jen jednou. (Kromě časových důvodů)“

„POZITIVA: napomohla mi (společně s psychologem) se z ppp vyléčit. Nyní se cítím tak z 90% vyléčená. Identifikovala jsem se s ostatní lidmi a připadám si mezi nimi normálně.

NEGATIVA: moc jich nevidím snad jen toto: občas na skupině bývá moc lidí, ale ten kdo se chce dostat ke slovu se k němu vždycky dostane.“

„Mam ráda otevřenost, možnost vždy vyjádřit svůj názor a vyslechnout si názory ostatních, ale zároveň pocit, že můj názor někoho zajímá, že nepovídáme všichni jen tak do prázdna. Líbí se mi vedoucí skupiny, která překládá názory a pohled \"/>"druhé strany\"/>. Poprvé se mi podařilo mluvit o svém problému bez pocitu viny a studu. Díky moc!

„Skupina je celkově velkým přínosem, žádná obdoba podobné pomoci v Praze nefunguje. Přístup vedení skupiny je úžasný a nikdo se nemusí obávat říct jakoukoliv špinu na sebe, protože všichni vás chtějí jen podpořit a pomoci vám v těžkém životním období. Jednoznačně a radikálně stojím jen za pozitivem této skupiny. Skupina, jako taková, má svá negativa a ty jsem našla pouze v tom, že nemůžete ve skupině mluvit o svém problému se

všema souvislostma, což není \"technicky\" možné - k tomu je určen terapeut a ne skupina, kde se problém řeší kolektivně.“

„Otevřeli mi tam oči, člověk mohl krásně pozorovat, oproti nově příchozím své vlastní pokroky. Neformální prostředí, vstřícnost.“

„Otázku 16 jsem nevyplnila, protože jsem na skupině dlouho nebyla, měla jsem existenční problémy - byt, práce, ale chci na skupinu opět přijít. Skupina byla velkým přínosem, byla to první pomoc, kterou jsem vyhledala. Je skvělé, že tato skupina existuje.“

„+ uvolněná atmosféra, každý může říct svůj názor, pohoda, fajn lidi
- je to moc krátký“

„Přístupu lidí, možnosti mluvit. Jedno období jsem myslela, že se tím vším udusím, volala jsem o pomoc, ale vnitřně, nikdo mě neslyšel ... :- (Když jsem přišla na skupinu, mohla jsem mluvit, nikdo se na mě nedíval, jako na \"magora\", nikdo mě neurážel a neopovrhoval tím, co mě trápilo, pak se mluvilo i o problémech ostatních, prostě jsem měla pocit, že v tom nejsem sama. Věděla jsem, že to musím zvládnout v sobě, sama, ale to že v tom nejsem sama, že i úplně \"normálně vyhlížející\" osůbky můžou mít problém jako já, že taky bojují, tolik jsem potřebovala mluvit nahlas, pochopit celou situaci a najít cestu ven, jenže sama jsem to málem nezvládla!!!!!!!!!!
Děkuju všem jak neupřímněji to jde vše!!!!!!!!!!“

„Ani bych nic neměnila na skupině. Vyhovuje mi tak jak to je. Cení si toho, že tam člověk není jak u doktora (cítím se tam lidčtěji)
prostředí perfektní - sedíme v kroužku, zapálená svíčka, různé druhy čaje.
Každý má možnost projevu nebo nemusí vůbec mluvit a jen poslouchat.
můžem tam přijít z jakýmkoliv problémem a hromadně se snažíme ho řešit.“

„Líbí se mi:
otevřená diskuze - můžu říct co chci
pochopení - ostatní mě chápou a poslouchají
pomoc - rady jak řešit PPP a problémy kolem
nejsem sama - je nás víc s PPP, ostatní mají stejné nebo podobné problémy, takže mám dojem že nejsem taková sama a to je důležitý
nikdo se mi na nic neptá, když nechci nemusím mluvit, nikdo mě nic nenutí.
vždycky mě to někam posune, otevře oči, přinutí o něčem přemýšlet..“

celkově jsem byla na skupině asi 5 - 6 x a celkem mě to
\"nakoplo\"

Taky je super ze tam chodí vyléčení.

Nelíbí se mi:

asi jen to že nás tam chodí čím dál tím víc, nedostanu se tolik ke slovu, nebo nestihnu říct co jsem chtěla.

Co bych chtěla změnit: možná víc času, jinak nevím...\"

„Cením se velmi možnosti setkání s ostatními a vzájemného předání zkušeností. Protože právě stejně nemocní mohou nejlíp pochopit, jak mi je. Motivace k léčbě je tam velká a vědomí, že se to dá zvládnout dodává sílu a odhodlání. Jenže má to pro mě i svoje proti, nemůžu se jen zavírat do světa nemocných a tím mít možnost v sobě žít nutnost výjimečnosti u PPP. Potřebuju umět komunikovat s ostatními lidmi. Taky jsem toho názoru, že je pro toho kdo skupinu vede velkou výhodou, pokud tím sám prošel a umí pak vychytat situace, kdy si lidé vzájemně ubližují. Není to z mé strany výtky ke konkrétní skupině, jen tak zvažuju, jestli to není velký sousto. Vězt takovou skupinu a přesně úplně nevědět. Je to asi věc názoru.“

„Líbí se mi, že je tam příjemná pohodová atmosféra, že se mluví i o jiných problémech než o jídle, že tam má opravdu každý prostor říct svůj názor a nachází tam pochopení. Jsem i ráda, že tam není přítomen přímo nějaký lékař, psycholog, protože potom to není tak formální, nikdo nikoho nikam neškatulkuje, přítomnou pomoc tam vždycky nějakou najde, hlavně ty kontakty na psychology a podporu v léčení od ostatních. Já bych nic neměnila, snad jen ten čas je trochu krátký na to, kolik tam občas chodí lidí, ale s tím se moc dělat nedá. Děkuju, za Vaši iniciativu, za to, že taková pomoc jako je svépomocná skupina existuje, protože mi moc pomáhá!“

„Líbí se mi, že si můžu popovídat s lidmi, kterým je stejně - cítí se stejně jako já a tudíž mě dokáží lépe pochopit. Na zápor si teď zrovna nemůžu vzpomenout :o)“

„Skupina je pro mne nejenom místem, kde mohu otevřeně mluvit o svých problémech, ale také jakýmsi \"kontrolním mechanismem\". Vždy, když mám chuť se přejít, tak si řeknu: A co řeknu na skupině? Že jsem to tento týden nezvládla? TO TEDY NE! - Často se mi tak skutečně podaří záchvat oddálit nebo úplně mu předejít. Také mi pomohlo vidět, že i jiné NORMÁLNÍ holky mají podobné problémy. Negativum zatím žádné nevidím.“

„Jako negativum vidím větší počet účastníků. Když jsem byla poprvé, bylo nás tam asi 8. A bylo to velmi příjemné, komorní. Pak při větší účasti už to nebylo ono. A nedalo se také povídat tak volně bez řízení. Pozitiva? Díky příkladům ostatních se mi vždycky trochu otevrou oči nad třeba nějakým zádrhelem, můžu mluvit otevřeně a všichni mi rozumí a ocení

mou snahu a třeba i doufám, že mé názory mohou pomoci ostatním. Je to fajn, že skupina existuje.“

„cením si hlavně lidí, kteří ji pořádají, protože určitě i oni mají své problémy a přesto nám naslouchají taky si cením holek, které tam chodí, protože utvořily skvělý prostor pro diskusi“

„Někdy mi vadí, že mě ostatní zahlcují radami jak se vyléčit, já vím chtějí pomoc, ale někdy je toho na mě moc a působí to na mě depresivně a cítím úzkost. Ale převažují pozitiva, nepřipadám si sama, vím, že nejsem jediná, která trpí touto nemocí, a že všichni to myslí se mnou (námi)dobře. Je mi s Vámi fajn. Ve středu pa“

„je to kroužek lidí, kteří jsou mi v něčem blízcí.Člověk se v ní cítí uvolněně, není to opravdu jak u doktora.Navíc není svázaný častou docházkou a nutností mluvit.Může i nenuceně sedět a poslouchat příběhy ostatních“

„Zajímavé pro mě bylo vidět a poslouchat všechny ty holky a uvědomovat si jejich nesmyslný tok myšlenek a převráceně hodnoty a uvědomit si to, že jsem přemýšlela úplně stejně blbe...Hodně si cením Vaší vytrvalosti a trpělivosti“