

## 28 Motivační rozhovory v léčbě poruch příjmu potravy

Jan Soukup

*„If one is truly to succeed in leading a person to a specific place, one must first and foremost take care to find him where he is and begin there.“*

(Soren Kierkegaard)

Úspěch léčby i prevence poruch příjmu potravy spočívá v tom, jak se pacientkám daří uskutečňovat ve svém životě žádoucí změny a jaká činí rozhodnutí. Většina těchto rozhodnutí a změn není pod kontrolou zdravotníka ani blízkých osob a většinou je nelze ani vynutit, případně takový přístup nemá dlouhodobý efekt. Základní otázkou je tedy motivace pacientek a důležitou dovedností zdravotníka je vést rozhovor tak, aby posílil jejich motivaci a pomohl jim ke změně. Je dobré si uvědomit, že většina veškeré komunikace s pacientkami má za cíl motivovat – ovlivnit prožívání, postoje, rozhodování a chování jak v krátkodobém, tak v dlouhodobějším horizontu; ne všechny přístupy jsou ale účinné. Prosby, přesvědčování, kontrola a nátlak často vedou k podvádění nebo k pouze formální spolupráci, kdy se pacientky snaží „vyjít“ z nemocnice (Treasure a Schmidt, 2008). Motivační rozhovory (motivational interviewing) (Miller a Rollnick, 2013; Soukup, 2014) jsou způsobem, jak vést rozhovor zaměřený na hledání a posilování vnitřní motivace ke změně, na podporu při rozhodování, při uskutečňování a udržování změny. Jak dále uvidíme, jsou užitečné i při řešení běžně se vyskytujících obtíží v léčbě, jako je ambivalence, narušení vztahu a spolupráce, nedůvěra ve smysl a účinnost léčby (Constantino et al., 2009). Z pohledu motivačních rozhovorů motivace není něco, s čím pacientka do léčby musí přijít, a odpor k léčbě nemusí být důvodem k jejímu ukončení; naopak, motivaci lze ovlivnit a její posilování je součástí práce zdravotníka (Arkowitz et al., 2008). V této kapitole se nejprve podíváme na poznatky, které je při práci s motivací vhodné zohlednit, další část této kapitoly se věnuje přímo motivačním rozhovorům – základním vztahovým předpokladům, technikám, strategiím, způsobu poskytování rad a informací a také struktuře rozhovoru.

V závěru uvedeme možnosti využití motivačních rozhovorů a specifika při práci s pacientkami s mentální anorexií.

### 28.1 Poznatky o procesu změny

#### 28.1.1 Ambivalence

Ambivalence je obecný lidský prožitek, doprovázející téměř každou situaci rozhodování. Na jedné straně ambivalence jsou důvody k zachování současného stavu, na straně druhé důvody ke změně chování. Většina lidí s nadváhou by uvítala, kdyby se jim podařilo hmotnost snížit, a většina kuřáků ví o škodlivých důsledcích kouření; neznamená to však, že jsou pro změnu rozhodnutí a něco pro ni dělají. Stejně tak většina pacientek s poruchou příjmu potravy zažívá chvíle, kdy nejsou se svým chováním spokojené, nějaká jejich „část“ ví, že není v pořádku – zažívají ambivalenci. Prožitek ambivalence ovšem není příjemný a je běžné, že nad daným tématem přestaneme uvažovat, případně, v závažnějších situacích, nastoupí nejrůznější psychické obrany (racionalizace, popření, zlehčení, rezignace aj.). Ty slouží k tomu, aby bylo prožívání situace subjektivně snesitelnější a abychom mohli v běžném životě lépe (nebo vůbec) fungovat – těžká ambivalence může naše chování paralyzovat. Při práci s motivací se zaměřujeme především na zkoumání ambivalence a pomoc při jejím řešení – to v mnoha případech ke změně stačí, protože jakmile se rozhodneme, tj. vyřešíme ambivalenci, obvykle víme, co a jak máme dělat. Obecně je dobré mít na paměti, že každý člověk má dobré důvody ke svému chování, byť může být v nějakém ohledu škodlivé nebo nevýhodné, a že tyto důvody je dobré znát a brát je vážně. Z pohledu motivačních rozhovorů je pak tzv. nedostatek motivace vnímán jako projev konfliktu motivů, tj. předpokládá se, že ve spektru prožívání i málo motivované či nemotivované pacientky lze najít jak dobré důvody pro současné (nevýhodné) chování, tak ale i dobré důvody proti němu, ke změně.

#### 28.1.2 Napravovací reflex a reaktance

Napravovací reflex (righting reflex) (Miller a Rollnick, 2013) je komunikační vzorec/reflex a jde o projev naší obecné potřeby pomáhat. Tato potřeba, aby se věci děly tak, jak mají (pomoci, zamezit utrpení, omezit riziko apod.), je zakotvená geneticky a zakládá se na ní např. naše schopnost

---

spolupracovat nebo pečovat o druhé; je zároveň ve svém projevu kulturně modifikovaná. V hovoru se projevuje především na straně zdravotníka jako tendence radit, informovat, upozorňovat, navrhopvat, konfrontovat, žádat, vyhrožovat, nutit – to vše s cílem pomoci druhému k žádoucí změně chování, k rozhodnutí.

Reaktance je osobnostní rys (má ho každý člověk, byť v různé míře), který vyjadřuje snahu zachovat si svoji vnitřní svobodu se rozhodovat (Brehm a Brehm, 1981). Projevuje se jako tendence reagovat na omezení své subjektivně pocítované svobody opačnou reakcí. Reaktance pacientek se v rozhovoru s lékařem může projevit jako tendence oponovat a obhajovat se – zpochybňovat doporučení nebo požadavky lékaře, uvádět důvody, proč daná věc nejde či je obtížná, mluvit spíše o překážkách než o možnostech; nejčastěji bývají takové výroky uvozeny slovy „ano, ale...“. Důležité přitom je, že to není záměrná reakce (promyšlený úsudek), ale je to komunikační reflex, tedy automatická reakce na vnímané omezení či ohrožení svobody (nátlak, konfrontace, napravování aj.).

Význam těchto dvou jevů spočívá v tom, že když se u zdravotníka projeví (zcela přirozeně) potřeba pomáhat, napravovat, vyvolá to u pacientky potřebu se obhajovat. Ovšem, jak dále uvidíme, když lidé mluví v neprospěch změny, tj. uvádějí důvody, proč něco nejde, proč to není důležité nebo to nechtějí, pravděpodobnost změny se snižuje. Jinými slovy, situace, kdy lékař radí (varuje, konfrontuje...), vede často automaticky k tomu, že se pacientka začne obhajovat a její motivace ke změně v důsledku toho klesá. To nám může pomoci porozumět tomu, proč ani některé další přístupy k motivaci obvykle nefungují, např. expertní přístup, důraz na selhávání a nedostatky, hledání viny a viníků, dobré rady, poučování, opakované vysvětlování, přesvědčování, že změna pomůže, povzbuzování typu „Dejte se do toho!“, „To zvládnete!“. A není to dáno osobností či situací pacientky nebo projevem nedostatku motivace, nýbrž tím, jak s ní zdravotník mluví. Míra motivace je tedy do značné míry interpersonálně ovlivnitelná – může se v průběhu rozhovoru vytrácet, ale může také sílit.

### 28.1.3 Vztah

Dobrý pracovní vztah, charakterizovaný akceptací (nehodnocením), respektem, partnerským přístupem a empatií je základním prostředkem

terapeutické změny (Rogers, 2000; Prochaska a Norcross, 1999), oblast práce s motivací nevyjímaje (Miller a Rollnick, 2013). Kvalita vztahu a s tím související způsob práce může být důležitější než konkrétní terapeutická modalita, kterou zdravotník používá. Výzkumy preferencí samotných pacientek s poruchami příjmu potravy týkajících se charakteristik terapeutů ukazují, že nejdůležitějšími kvalitami jsou akceptace, vitalita, podnětnost, odbornost, oceňují podporu, chápavost, důvěryhodnost, aktivitu, flexibilitu, uznání, schopnost projevit emoce (Gulliksen et al., 2012). Dobrý pracovní vztah se projevuje důvěrou a otevřeností, což mimo jiné umožňuje hovořit o nepříjemných věcech, např. zkoumat ambivalenci a skrytější aspekty motivace. Schopnost navazovat s pacientkami takto charakterizovaný vztah je výsledkem určitých schopností, dovedností a snahy a také postoje, že to má smysl.

### 28.1.4 Předpoklady změny a připravenost ke změně

S určitou mírou zjednodušení lze rozlišit dvě základní dimenze motivace – subjektivně vnímanou důležitost změny (jak moc chci), a míru, v jaké se cítím být schopný změnu uskutečnit. Důležitost změny je dána vnímanou diskrepancí mezi potřebami, hodnotami a cíli pacientky na jedné straně a současným stavem a jejím chováním na straně druhé. Pocit schopnosti souvisí se zdroji, které pacientka má, a také s možností tyto zdroje využívat – patří sem zkušenosti, minulé úspěchy, dovednosti, podpora, informace, přiměřená náročnost změny. Takovýto popis dimenzí motivace je v protikladu ke zjednodušenému chápání motivace jen jako otázky chtění (toto zjednodušené chápání je charakterizováno výroky typu: „ona nechce/chce málo/ještě nedopadla na dno/je líná“ apod.).

Lidé se také liší mírou připravenosti ke změně. Někdo o ní neuvažuje ani v delším časovém horizontu, jiný se k ní odhodlává a svádí boj se strachem, další už je víceméně připravený. V každé z těchto fází je dotyčná osoba schopná využít jiný typ intervence – v prvním případě např. diskusi o výhodách a nevýhodách současné situace, ve druhém případě emoční podporu, aktivizaci zdrojů a zkoumání možností její realizace, ve třetím pobídku „Co zkusíte do našeho příštího setkání?“. A naopak, nevhodně načasovaná intervence (např. návrh, jak uskutečnit změnu, někomu, kdo ji ještě nevnímá jako důležitou), často vede k obhajování a vzájemné nespokojenosti.

## 28.2 Podstata účinnosti motivačních rozhovorů – vztahová a technická složka

Motivační rozhovory mají dvě základní složky – vztahovou a technickou. Vztahová složka se týká celkové kvality a jednotlivých aspektů pracovního vztahu, které se ukazují jako účinné a měly by být přítomny. Technická složka se týká strategie vedení rozhovoru, především cílené evokace určitých aspektů řeči či typu výroků klienta (tzv. řeči změny). Obě tyto složky se navzájem ovlivňují a doplňují, nicméně lze říci, že pokud nejsou naplněny požadavky na kvalitu vztahu, samotné techniky a strategie vedení rozhovoru nebudou příliš účinné. Dodejme ovšem, že dobrý vztah se vytváří i technicky vhodným vedením rozhovoru.

### 28.2.1 Základní charakteristiky vztahu

Vztahovou složku motivačních rozhovorů lze charakterizovat čtyřmi základními principy:

**Partnerství a spolupráce:** Lékař i pacientka jsou v léčbě stejně důležitými partnery a oba to tak také musí vnímat. Jde tedy o ústup z modelu, kdy lékař z pozice experta radí, navrhuje, určuje, co je třeba. Obrazně si lze představit, že lékař a pacientka se sešli na cestě a společně čelí tomu, co přichází.

**Akceptace:** Přijetí pacientky takové, jaká je, otevírá dveře ke změně. Hodnocení (opak akceptace) nutí druhé se chránit; měnit své chování v takové situaci je pak obtížné. Tato složka vztahu má čtyři základní komponenty: respekt a akceptace autonomie pacientek, jejich svobody být a rozhodovat se; základní respekt k pacientkám jako k lidským bytostem, majícím hodnotu a zasluhujícím úctu; přesná empatie – jinými slovy zájem a snaha o co nejpřesnější porozumění tomu, jak pacientka vidí svět; zájem a snaha vidět a hledat kvality, snahu, úspěchy (a toto vše pacientkám sdělovat), spíše než kritizovat a vidět spíše selhání a neúspěchy.

**Soucítění (compassion):** Primární je zájem o dobro a prospěch pacientů, záměr prospět, ulevit, neuškodit. Převáží-li v kontaktu s pacientkou zájem finanční, osobní nebo zájem organizace, tato podmínka není naplněna.

**Princip evokace:** Tím je míněna snaha zdravotníka vést rozhovor tak, aby pacientka sama přicházela s nápady, motivy ke změně, zkušenostmi, aby přemýšlela nad možnostmi, které má. Předpokládáme, že alespoň

nějaká „část“ pacientky je motivována ke zdravějšímu způsobu chování, a naší snahou je tuto část najít, aktivizovat. Pacientku nevidíme jako prázdnou nádobu, do které je třeba informace, rady a motivaci „nalít“, nýbrž jako studnu, kde toto vše alespoň v nějaké míře je a my se to snažíme najít, evokovat („dostat na povrch“).

### 28.2.2 Technická složka – řeč změny

Asi budete souhlasit, že je pravděpodobnější, že pacientka uskuteční změnu, když řekne: „Já udělám toto“, než když jí někdo jiný řekne: „Měla byste udělat toto“. Stejně tak asi cítíte rozdíl v motivaci, když pacientka říká: „Já nevím, jestli to zvládnou“, „Tohle pro mě není tak důležité“, nebo když říká: „Jídelníček jsem si kdysi už několik měsíců připravovala“, „Objednám se na terapii“. Cílem rozhovoru je, aby pacientka sama uváděla důvody ke změně a přicházela s nápady, jak ji realizovat. Lze to vidět jako způsob, jak aktivovat určitý způsob prožívání pacientky – aby viděla a prožívala spíše potřebu než nechuť, spíše zdroje než nemožnosti. Důležité přitom je, že to, jak pacientka o změně mluví, statisticky předpovídá pravděpodobnost jejího uskutečnění (Amrhein et al., 2003). Vyjadřuje-li se tedy ve prospěch změny, změnu spíše uskuteční, a naopak. Ještě jinými slovy lze říci, že lidé věří tomu, co říkají (self-determination theory) (Ryan a Deci, 2017). Naší snahou tedy je, aby pacientka verbalizovala důvody ke změně, přání nebo potřebu ji uskutečnit, aby hovořila o možnostech, zkušenostech a zdrojích podpory, které má, atd. Těmto výrokům se v teorii motivačních rozhovorů říká řeč změny. Důležitá věc, která z toho vyplývá, je i ta, že úroveň motivace se může v průběhu rozhovoru měnit (v důsledku toho, jak se objevuje nebo slábne řeč změny) a že souvisí s kvalitou interpersonálního vztahu a se způsobem vedení rozhovoru. Motivaci tedy lze ovlivnit, není třeba čekat, až pacientka s motivací „přijde“.

Do kategorie řeč změny patří takové výroky, které „směřují“ ke změně. Může to být vyjádření přání změnu uskutečnit („Ráda bych se vrátila zpátky do školy.“, „Chtěla bych mít jednu rodinu.“), vyjádření potřeby („Musím přestat zvracet.“), pojmenování důvodů ke změně („Připadám si hloupě, že jsem zase tady na oddělení.“, „Kdybych se dokázala domluvit s mámou, nebyla bych v takovém napětí.“), nebo vyjádření schopnosti, naděje či optimismu („Myslím, že tohle zvládnou.“, „Můžu se domluvit s učitelkou ve škole.“). Statisticky velmi dobře předpovídá změnu tzv. mo-

---

bilizační řeč změny, ze které je patrné, že pacientka již podnikla nějaké kroky („Tento týden jsem už po večeři nejedla nic dalšího.“, „Volala jsem tam.“) nebo sděluje, co v dohledné době učiní („Domluví se s paní doktorkou.“, „Jsem připravená s tím začít.“).

Základním úkolem pracovníka, vedle vytváření podmínek pro navázání a udržení otevřeného pracovního vztahu, je evokace řeči změny. Řeč změny se obvykle v projevu pacientky vyskytne alespoň v určité míře spontánně, můžeme ji zároveň i podnítit. Můžeme se přímo zeptat: „Co je teď pro vás nejdůležitější?“, „Co můžete udělat pro to, abyste nemusela znovu na léčbu?“, „Jak byste si přála, aby váš život vypadal za dva roky?“, můžeme také vhodným způsobem reflektovat nebo ocenit to, o čem pacientka mluví: „Dokončit školu by vám otevřelo dveře k větší samostatnosti.“, „Muselo být obtížné se s tím svěřit.“

Komplementární technikou k evokaci řeči změny je snaha minimalizovat množství výroků, ve kterých se pacientka obhajuje („Já přece nepotřebuji přibrat, proč bych měla tolik jíst?“, „Nemůžete chtít, abych se měsíc tak nezdravě stravovala.“, „To prostě nedokážu.“). Nejčastějšími příčinami obhajování je, když pracovník radí, varuje, přemlouvá, argumentuje nebo nařizuje (napravovací reflex: měla byste..., když nebudete..., uvědomte si... apod.), když se nevhodně ptá a obhajování přímo evokuje („Proč to nedokážete sníst?“), nebo když plánuje změnu ve chvíli, kdy na ni pacientka ještě není připravena. Na otázku „Uvažovala jste už o ...?“ pak pacientka téměř jistě odpoví něco ve smyslu: „Ano, ale...“, což je typický výrok z kategorie obhajování (opak řeči změny). Přístup založený na nátlaku a restrikci často vede k poškození důvěry mezi pacientkou a lékařem, případně pečující osobou, a z toho pramenící horší (či jen formální) spolupráci, vyššímu riziku opuštění programu či relapsu.

Pokud se obhajování nebo odpor v řeči pacientky vyskytne, vhodnější než jít do konfrontace (např. poučování, přesvědčování) bývá zareagovat zájmem a snahou o pochopení toho, co říká – proč např. nechce do léčby, proč se bojí přibrat nebo proč si v něčem nevěří – nejlépe s využitím vhodné reflexe („Nechcete, aby o vás ostatní věděli, že jste se léčila na psychiatrii.“, „Je těžké unést to zklamání, když se vám to opět nepodaří.“; více k technice reflektování viz níže). Motivační rozhovor tedy umožňuje vyjádřit respekt a uznat jednu stranu ambivalence (díky tomu pacientka nemá takovou potřebu ji obhajovat) a zároveň posílit stranu druhou (růst,

změnu). Pracovník se snaží vést rozhovor tak, aby to byla pacientka, kdo je především aktivní, evokuje, co pacientka ví, o čem přemýšlí, co ji zajímá a co považuje za podstatné (tedy co ji motivuje). Situace, kdy lékař při setkání s pacientem hovoří 90 % času, je z pohledu práce s motivací nevýhodná, navíc pro obě strany často i unavující (i obecně platí, že by zdravotník neměl hovořit více než polovinu času). Předpokládáme, že pacientka určitou motivaci má (což ale nevylučuje konflikt různých motivů) a úkolem pracovníka je ji evokovat, spíše než „instalovat“ – to je i proměna pohledu na celou situaci. Bezprostřední reakce patientek, hlavně výskyt řeči změny, je pro nás také nejlepším přímým vodítkem, zda a jak se nám pacienty daří motivovat. I zde vidíme posun od vnímání motivace (resp. jejího nedostatku) jako něčeho, co pracovník nemůže příliš ovlivnit (což bývá někdy vnímáno jako „vina“ pacientky), k něčemu, co odráží náš způsob komunikace.

### 28.3 Základní techniky vedení rozhovoru

Při budování pracovního vztahu, při evokaci řeči změny a při práci s klientem, který se obhajuje (práce s tzv. odporem) jsou nápomocné některé základní techniky vedení rozhovoru. Mají společné to, že poskytují pacientkám větší prostor k vyjádření a snižují míru, ve které pracovník ovlivňuje obsah a případně i směr rozhovoru. Podporují aktivitu pacientky (přemýšlení i mluvení) a pracovník má možnost získat více z pohledu pacientky podstatných informací. Jsou nástrojem, jak zprostředkovat náš upřímný zájem a zvědavost. K základním technikám patří otevřené otázky, reflexe, oceňování a shrnování.

Otevřené otázky jsou takové otázky, které nevybízí ke stručné odpovědi. Na rozdíl od uzavřených otázek, které slouží k ověření nebo zjištění nějakého konkrétního faktu („Snídáte?“, „Chcete s tím něco dělat?“, „Pohádala jste se s ní?“, „Uvažovala jste o tom, že byste se takovým situacím příště vyhnula?“), podporují otevřené otázky zkoumání a popisování daného tématu („Jak vypadá vaše stravování přes den?“, „Co s tím chcete dělat?“, „Co se vlastně stalo?“, „Jak byste to ráda v budoucnosti řešila?“).

Nejdůležitější – i když na ovládnutí možná nejobtížnější – technikou vedení motivačního rozhovoru jsou reflexe. Při reflektování pracovník jinými slovy sděluje, co pacientka říká, případně i to, co přímo neřekla, ale co se pravděpodobně snažila říci. To odhadujeme na základě smys-



lu řečených slov, kontextu a emocí. Reflexe jsou významným nástrojem budování vztahu a empatie – vyjadřují zájem, pracovník si ujasňuje, zda dobře rozumí, a tím pomáhá i pacientce, aby si lépe porozuměla. Reflexe obvykle začínají slovy: „Vy ...“, „Je to jako ...“, „Cítíte, že ...“ apod. Pokud je náš odhad přesný, pacientka cítí, že jí rozumíme a může pokračovat, pokud se nestrefíme, pacientka nás opraví – i v tomto případě ale cítí náš zájem a rozhovor pokračuje dalším rozvíjením tématu. Kromě budování vztahu (zde často pomáhá reflektování pocitů) jsou reflexe důležitým nástrojem i při evokaci řeči změny. Zejména tím, na co z výroků pacientky reagujeme: lidé mají tendenci rozvíjet to téma, které se v reflexi objevilo. Pokud tedy budeme reflektovat její snahu, cíle, přání (co chce i nechce), potřeby, pokroky apod., výsledkem bude další řeč změny. Celkově by reflexe měly v rozhovoru převažovat, uvádí se, že optimální poměr jsou 2 až 3 reflexe na jednu otázku.

„Moje máma mi nerozumí, já se snažím přibrat, ale ona mi nevěří, že se skutečně snažím.“ – „Snažíte se přibrat.“, nebo: „Stojíte o to, aby vám máma byla větší oporou.“

„Můj táta je stejný, on nevěří, že existují psychiatrická onemocnění. Je zaměřen na výkon a já se mu snažím vyhovět, ale nedokážu to.“ – „Cítíte se v tom sama.“

„To přeci není zdravé, jíst bílé pečivo.“ – „Je vám nepříjemné, když nemůžete ovlivnit to, co máte jíst.“

Změna stojí na tom, co člověk dokáže, co umí, na zdrojích. Pacientka, která se cítí schopná a má naději, uskuteční změnu snáze než ta, která prožívá pocity viny a selhání. Proto bývá výhodné všimnout si více úspěchů (byť sebemenších) spíše než toho, co se nepovedlo; naděje je mnohem silnějším motivem než zoufalství. Ocenění, resp. uznání (affirmation), je specifickým druhem sdělení (obvykle jde o reflexi), které komentuje úspěchy, snahu, projevení schopnosti nebo jiné silné stránky: „Muselo vás to stát hodně úsilí.“, „Snažíte se udržet dobrý vztah s mámou.“ Tato technika předpokládá záměrnou snahu hledat a vidět to, co lze ocenit. Lze si pomoci přirovnáním mouchy ke včele: moucha má tendenci vyhledávat to, co se kazí nebo by se to mohlo pokazit (vidí problémy a selhání), včela naopak zajímá to, co je dobré, sladké (vidí zdroje, možnosti, úspěchy). Snažíme se tedy doplnit náš přirozený postoj mouchy i trochou té včelí perspektivy.

Pokud si potřebujeme ujasnit, co jsme slyšeli, poukázat na určité aspekty či souvislosti, potřebujeme získat čas na promyšlení nebo chceme uzavřít určité téma a posunout rozhovor dále, můžeme využít tzv. shrnutí. To bývá obvykle několik vět, ve kterých navíc můžeme zdůraznit to pozitivní, co o změně pacientka řekla (řeč změny). Pro dobré shrnutí je důležitá pozornost, kterou věnujeme všemu, co nám pacientka říká, a do shrnutí pak vybíráme ty informace, které jsou vhodné s ohledem na záměr, se kterým rozhovor vedeme.

### 28.4 Průběh rozhovoru

Je možné rozlišit čtyři základní fáze motivačního rozhovoru s pacientem (Miller a Rollnick, 2013):

1. navázání dobrého pracovního vztahu,
2. nalezení zaměření rozhovoru,
3. evokace a poskytování informací,
4. plánování.

#### 28.4.1 Fáze navázání dobrého pracovního vztahu

Dobrý pracovní vztah je charakterizován partnerským přístupem, důvěrou, otevřeností a aktivní spoluprací. Náš zájem o osobu pacientky je možné projevit tak, že např. po přivítání pacientku oceníme, uznáme snahu, pokrok: „Vidím, že jste tu návštěvu neodkládala, i když to asi nemusí být moc příjemné.“; „Máte pěkně a přehledně vedený jídelní deník.“ Spolupráci a aktivitu pacientky mohou podpořit otevřené otázky, které položíme ještě dříve, než začneme zjišťovat anamnézu nebo poskytovat informace: „Co o vašem onemocnění víte?“, „Jak se na to díváte?“ Jedním ze způsobů, jak projevit zájem a získat základní informace, může být také otázka „Jak vypadá váš běžný den?“ Pacientka by měla cítit, že náš zájem o ni je skutečný a že se jí snažíme porozumět, a to i tomu, co by mohla vnímat jako svoje případné neúspěchy nebo selhávání. Vhodným nástrojem je pojmenování (reflexe) pocitů, které na pacientce vidíme: „Jako byste měla obavy z toho, jak na tu změnu zareaguje vaše okolí.“, „Není snadné být pořád sama doma.“, „Teď vás to zarazilo.“, „Je pro vás důležité, aby (...) zůstalo tak, jak to je.“ Takovéto reakce navíc mají potenciál snížit obavu pacientky z hodnocení a mohou zvýšit její otevřenost (a tím i přesnost informací, které získáváme). Stejně tak v případě, že víme nebo cítíme,

---

že setkání není ze strany pacientky dobrovolné, bývá užitečné tyto pocity pojmenovat: „Jsem ráda, že jste na setkání dorazila, i když to asi nebylo tak úplně vaše rozhodnutí.“

Naše nastavení vidět a komentovat spíše úspěchy a možnosti než selhání a rizika nastavuje určitou kvalitu spolupráce, ovlivňuje vztah směrem k větší otevřenosti a přináší také více řeči změny. Míru otevřenosti a spolupráce si můžeme ověřit následujícími otázkami: Hovoří pacientka otevřeně? Spolupracuje? Není naštvaná? Není moc úzkostná? Nezamlčuje některé věci? Nelže? Nemlčí a nemyslí si své? Neobhazuje se příliš? Pokud si na první dvě z těchto otázek můžete odpovědět, že ano, a na ostatní ‚ne‘, je spolupráce pravděpodobně dobrá a je možné pokračovat do další fáze rozhovoru. V opačném případě je vhodné se zamyslet nad tím, co vztah komplikuje, a pokusit se to zmírnit.

#### 28.4.2 Fáze nalezení zaměření rozhovoru

Zaměřením rozhovoru by mělo být téma, které nejen lékař, ale i pacientka vnímají jako důležité, zajímavé a smysluplné. Výhodou společného hledání tématu je větší aktivita a angažovanost pacientky – je-li pro ni téma nedůležité nebo se o něm bavit (zatím) nechce, zhorší se spolupráce. Zjistit, co by zajímalo pacientku, lze např. takto: „Je mnoho věcí, které může člověk s poruchou příjmu potravy udělat, aby zůstal zdravý, a mě by zajímalo, o čem z toho byste se ráda bavila dnes. Můžeme na příklad mluvit o fyzické aktivitě, nebo o tom, jak jíte, o vztazích, zvládání stresu, lécích nebo o dalších tématech s tím spojených. Anebo je možná něco jiného, čemu byste se chtěla věnovat vy. Co si o tom myslíte? O čem by bylo dobré se dnes bavit?“ Pokud lékař nebo terapeut sám chce nebo potřebuje oslovit nějaké téma, je vhodné požádat o svolení, zda je možné se mu věnovat: „Všiml jsem si, že se vám dost výrazně zhoršily výsledky ve škole, a to je něco, co může mít nepříjemné následky pro vaši budoucnost. Nebudu vás o tom nějak poučovat, ale zajímalo by mě, jestli byste souhlasila, že bychom o té škole chvíli mluvili.“ Pro ověření, zda se můžeme ‚posunout‘ do další fáze rozhovoru, si můžeme položit např. následující otázky: Měla pacientka možnost si vybrat téma, řící, co je pro ni dnes důležité? Pokud to neřekla, zkusili jsme na to přijít? Máme svolení zabývat se naším tématem? Je spolupráce stále dobrá a je pacientka aktivní?

### 28.4.3 Fáze evokace řeči změny a poskytování informací

Evokací se myslí společné hledání vlastní motivace pacientky, jejích potřeb, nápadů, zkušeností. Naší snahou je aktivizovat pacientku, věříme, že mnoho věcí jí není třeba říkat, protože je ví, zkoušela, uvažovala o nich, a že je efektivnější, když sama pacientka řekne: „Chci toto a zkusím to takto“, než když jí lékař řekne: „Měla byste chtít toto a zkuste to takto“. Podívejme se na následující příklad:

Pacientka: „Trochu ve mně vyvolává obavy, že i když se snažím přes den jíst pravidelně, pořád se mi stává, že se večer přejím a jdu zvracet.“

Lékař A: „No to musíte (...)“

Lékař B: „A co je to, co vám na tom dělá největší starosti?“

V prvním případě (kdy lékař začne radit), je pravděpodobné, že se pacientka v reakci na něj začne obhajovat, tj. odpoví „ano, ale...“, což není z pohledu budování motivace výhodné. Ve druhém případě je pravděpodobné, že pacientka v odpovědi sama začne vyjmenovávat důvody, proč jí ta situace dělá starosti, tj. uvádí důvody ke změně, motivace roste. Může pak následovat otázka „Jak tomu rozumíte, že se vám to opakovaně děje?“ a pak třeba „Jaké vidíte možnosti, že by se taková situace opakovala méně často?“ Teprve v případě, že slyšíme, že pacientka má nedostatečné nebo nepřesné informace, jí je můžeme se svolením poskytnout nebo jí poradit (viz níže).

Jiné evokativní otázky mohou znít např. takto:

„Co o mentální bulimii víte? Co z toho je pro vás zvláště závažné nebo zajímavé? O čem byste se ráda více dozvěděla?“

„Jakou roli hraje fyzická aktivita ve vašem životě? Jak byste ráda, aby to vypadalo? Proč zrovna takto?“

„V čem je pro vás důležité prosadit si u rodičů, že nebudete jíst to, co vám připraví? A jaké na tom jsou případné ne tak úplně dobré věci?“

Opět se můžeme sami sebe ptát: Víme, proč je pro pacientku důležité stávající chování, co jí přináší (hladovění, sladkosti)? Dali jsme jí prostor, aby nám to řekla? Víme, v čem je pro ni důležitá změna? Je to pacientka, kdo uvádí důvody ke změně? Víme, co už pacientka zkoušela, jak jí to fungovalo, co jí ještě napadá? Dokážu se ovládnout a neříci tu první věc, která mě napadne (ačkoli třeba mám o pacientku strach)?

Součástí této fáze je i **poskytování informací a rad**. Protože jistě máte svoji zkušenost s tím, že i na dobře míněnou a rozumnou radu, zvláště nebyla-li vyžádána a týká-li se změny chování, pacientka odpoví výčtem

---

důvodů, proč to nejde, případně z jejího výrazu cítíte, že se jí řídit nebude (nedokáže), zvažte následující postup; jeho smyslem je snížit riziko, že se pacientka začne obhajovat, a zvýšit pravděpodobnost, že informaci či radu přijme.

a) Nejprve zjistěte, co už pacientka o daném tématu ví, a poté, co by ji v té souvislosti zajímalo: „Co už o (...) víte?“, a poté: „Co by vás ještě zajímalo?“ Není totiž výhodné ani uctivé říkat druhým, co už vědí. Zároveň tím pacientku aktivizujeme, nutí ji to přemýšlet, a snížíme riziko, že jí budeme říkat věci, které pro ni nejsou aktuálně zajímavé. Je také vhodné požádat o svolení s poskytnutím informace či rady: „Něco mne v této souvislosti ještě napadlo, mohu vám to říci?“ Snižujeme tím riziko, že pacientka bude radu vnímat jako nevyžádanou.

b) Pokud chceme informace, které pacientka má, doplnit nebo jí nabídnout radu, řekněte jen to podstatné, přiměřeným způsobem, neosobně (nikoli: „měla byste ...“, ale: „některým pacientkám ...“) a nejlépe jako nabídku více možností: „Některým lidem se osvědčuje ...“, „Existují tyto možnosti: za první, za druhé, za třetí ...“.

c) Velmi důležité je se vždy vzápětí zeptat, jak informaci nebo radu pacientka hodnotí: „Co z toho je pro vás zajímavé?“, „Jak to na vás působí?“ Tato otázka vede pacientku k promyšlení toho, co se od lékaře právě dozvěděla, a zároveň se lékař dozví, jak pacientka uvažuje, co považuje za důležité apod.

Všimněte si, že v bodě a) a c) získáváme informace od pacientky, tj. pacientka hovoří a je aktivní, pouze v bodě b) ji informujeme. Tím je zachován princip evokace a aktivity pacientky. Pokud chceme nebo potřebujeme pacientce nějakou informaci sdělit bez ohledu na její přání, je vhodné alespoň požádat o svolení: „Rád bych se s vámi podělil o výsledky testů a o to, co to může znamenat. Souhlasila byste s tím?“ A opět by měla následovat otázka: „Co to pro vás znamená? Jak to hodnotíte?“

#### 28.4.4 Fáze plánování

Vytvoření konkrétního plánu změn může, ale také nemusí (pokud by to bylo předčasné) následovat po fázi evokace. Je cennější, když pacientka má ze setkání s lékařem dobrý pocit, cítí naději a chuť o své situaci přemýšlet (aniž by odešla s nějakým úkolem), než když odejde s plánem či úkolem, který ale není schopna plnit. To vede k dalšímu selhání, pocitům

neschopnosti, snižuje se důvěra pacientky ve vlastní schopnosti a často i kvalita vztahu se zdravotníkem. Posoudit, zda je pacientka připravená k nějakému konkrétnímu kroku můžeme třeba tak, že se ji na to přímo zeptáme: „Dovedete si představit, že byste si teď stanovila nějaký cíl?“ nebo „Jaký bude váš další krok?“. Můžeme samozřejmě vycházet i z toho, jaký dojem z pacientky máme.

Plánovat je vhodné tak, aby byla co největší šance na úspěch – tedy raději malé a dosažitelné kroky. Úspěch podpoří pocit schopnosti mnohem více než další neúspěch. Hlavním rizikem fáze plánování je, že zdravotník podcení ambivalenci pacientky (tj. přecenění její připravenosti požadovanou změnu uskutečnit) a postupuje příliš rychle nebo směřuje k příliš náročným úkolům. To se obvykle projeví tím, že se pacientka začne obhajovat (výroky typu „ano, ale...“), případně požadavek v ordinaci odsouhlasí, ale o naplánovaný úkol se ani nepokusí. Dalším rizikem je, že za pacientku změnu naplňuje lékař – co a jak má udělat. I ve fázi plánování se snažíme evokovat a udržovat pacientku aktivní a sledujeme přitom kvalitu našeho vztahu.

Pro kontrolu si můžeme položit následující otázky: Plánujeme změnu (jak a kdy něco udělat) až ve chvíli, kdy je jasné, že o ní pacientka dostatečně vážně uvažuje? Dokážeme nechat pacientku odejít bez plánu? Případně jen s malým, podle našeho názoru nedostatečným plánem? Víme, že plány bude nutné upravovat? Je pacientka stále tím hlavním „tahounem“ plánování? Je plán konkrétní, dosažitelný, vidí v něm pacientka smysl?

### 28.4.5 Zakončení setkání

Na závěr setkání může být vhodné shrnout to podstatné, čeho se týkalo setkání, se zvláštním ohledem na věci týkající se změny a motivace k ní. Váhá-li pacientka, shrneme obě strany ambivalence – nejprve negativní (zopakujeme stručně důvody, proč nejí nebo proč jí přijde obtížné dodržovat stravovací režim), a pak ty konstruktivní (shrneme, proč vnímá potřebu se k pravidelnému stravování vrátit, co jí v minulosti pomáhalo atp.). Na závěr ještě může být otázka. Závěrečné shrnutí může vypadat například takto: „Budeme se muset pro dnešek rozloučit. Diagnóza poruchy příjmu potravy je pro vás nepřijemná věc a máte za to, že vaše okolí vnímá situaci možná až příliš kriticky. Nedovedete si představit, s ohledem na to, jak se cítíte a jak se znáte, příliš velké změny jídelníčku a pohybového

---

režimu. Na druhou stranu víte, že je možné i při dodržování doporučeného stravovacího režimu si udržet přiměřeně štíhlou postavu, a máte s tím dokonce z některých období svého života poměrně dobrou zkušenost. Víte také, že při zhoršení stavu bude nutné zvážit intenzivnější formu léčby, případně i pobyt v nemocnici. Máte kamarádku, která chodí na psychoterapii, a navrhla jste, že se s ní do příště o tom pobavíte. Zmínila jste také, že se pokusíte pozorněji sledovat, kdy a co vlastně jíte. Zapomněl jsem na něco podstatného? Jak vám to zní?“

## 28.5 Využití motivačních rozhovorů a integrace s dalšími přístupy

Motivační rozhovory lze v praxi využít kdekoli na kontinuu léčby: vytvoření prvního dojmu a navázání spolupráce; podpora účasti na programu a pravidelnosti docházení; rozpoznání a akceptace problému; překonání situačního snížení motivace, váhání, ambivalence; aktivní vytváření vhodných vztahových podmínek po celou dobu kontaktu a řešení potíží ve vztahu; udržení pro-motivačního postoje a přístupu ve všech fázích terapeutické práce (i při realizaci úkolů, plánů aj.) (Constantino et al., 2009). Protože samotné motivační rozhovory často jako jediný nástroj v komplexní léčbě různých poruch nestačí, využívají se s dobrým efektem jako doplňková metoda ke zvýšení motivace k dalším formám léčby (režimová léčba, KBT, medikace aj.), buď na úvod nebo v průběhu léčby podle potřeby (Arkowitz et al., 2004; Miller a Rose, 2009; Schmidt et al., 2014; Weiss et al., 2013; Westra et al., 2016). Motivační rozhovory mohou sloužit i jako obecný princip, kterým jsou vedeny všechny intervence, styl komunikace a vztahová atmosféra v organizaci, včetně telefonických kontaktů, přijímací procedury atp. Motivační rozhovory jako základní terapeutický přístup využívá i komplexní program MANTRA (Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults) (Schmidt et al., 2014), zaměřený na léčbu mentální anorexie.

S ohledem na vývojové potřeby adolescentních pacientek (individuace, autonomie) je přirozené využití motivačních rozhovorů v práci s nimi, navíc s ohledem na fakt, že dospívající se často cítí k léčbě nuceni (Constantino et al., 2009). I obecně lze soudit, že efektivita motivačních rozhovorů ve srovnání s jinými přístupy může být v obtížných případech a situacích větší než v běžných situacích (Arkowitz et al., 2008). Je to proto, že obtíž-

nost je často dána komplikovanou vztahovou situací (např. nedobrovolná hospitalizace, negativní zkušenosti pacientky s předchozí léčbou) a komplikovanou motivací (výrazné rušivé vlivy, které motivaci snižují – konfliktní zájmy, potřeby, minulé neúspěchy aj.). Další inspirativní oblastí využití motivačních rozhovorů je učit tuto metodu pečující osoby jako vhodnou techniku komunikace (Treasure a Schmidt, 2008). Cílem není, aby své blízké léčili či motivovali, ale aby se usnadnila jejich vzájemná komunikace, hlavně tím, že se omezí negativní vliv přesvědčování, tlaku na změnu a napravování, že budou více naslouchat a ověřovat si, zda rozumí, a dokážou lépe akceptovat jak celkovou situaci, tak prožívání a postoje blízké osoby. Zlepšení a otevření komunikace může vést ke snížení množství konfliktů, zlepšení vztahů a mít pozitivní efekt na průběh onemocnění i léčby. Užitečné mohou být motivační rozhovory i v rodičovském poradenství zaměřeném na posilování spolupráce rodičů patientek s institucemi a modifikaci komunikačních vzorců v rodině.

### 28.6 Specifika motivačních rozhovorů při práci s pacientkami s mentální anorexií

Při práci s pacientkami s mentální anorexií je zapotřebí vzít do úvahy následující specifika této poruchy a přizpůsobit tomu náš postup (Treasure a Schmidt, 2008):

- Motivační rozhovory jsou metodou verbální a kladou důraz na partnerskou spolupráci a autonomii patientek. Nezralost a mládí může mít vliv na schopnost verbalizace a vyšší kognitivní funkce, jako je plánování a rozhodování; na exekutivní funkce má navíc vliv i podvýživa.
- Významným faktorem v rozhodování patientek je vliv rodičů. Autonomii patientek může omezovat navíc i věk a případná omezení vyplývající ze závažnosti zdravotního stavu.
- Z onemocnění plyne patientkám množství výhod, které je spolu s jejich pro-anorektickými postoji vhodné prozkoumat a pokusit se jim porozumět, protože jsou tím, co onemocnění udržuje.
- Kontakt s lékařem je často nedobrovolný, což komplikuje vytváření důvěry a otevřenosti ve vztahu.
- Patientky bývají stydlivé a inhibované, z čehož plyne potřeba větší aktivity lékaře, zvláště s ohledem na strukturu rozhovoru. Je vhodné probírat společně různé oblasti života, nabízet pojmenování toho, co



mohou zažívat, reflektovat, dávat prostor k zamyšlení, hledat témata a způsoby vedení rozhovoru, které vedou k větší aktivitě pacientky (vyhnout se pokud možno dotazníkovému či výslechovému způsobu vedení rozhovoru, množství otázek po sobě).

- Užitečné jsou informace o zdravotním stavu a jeho souvislostech. Lze je využít k evokaci řeči změny – obav, přání, potřeb. Součástí této zpětné vazby je reflexe emocí, stále se snažíme zůstat empatičtí a nehodnotící.
- Motivace ke změnám může kolísat spolu s tím, co pacientka zažívá (pocity, reakce okolí) i s psychologickými hranicemi (určitá váha). V těchto momentech je opět namístě zkoumání ambivalence (co dané chování přináší, co není už tak příjemné) a validizace obav, spolu s hledáním a rozvíjením důvodů k dalším krokům ke změně a schopnosti je uskutečnit. Po dosažení alespoň relativně bezpečné váhy mohou nabýt aktuálnosti další témata a žádoucí změny, týkající se života pacientky, a je vhodné jim věnovat pozornost (vztahy, budoucnost, sebehodnocení aj.).
- Pacientky mají obvykle hodně informací a vlastních zkušeností, proto je vhodné toto nejprve evokovat, chceme-li jim nabídnout radu či informaci (viz způsob podávání rad a informací).
- Nově diagnostikovaným pacientkám často může připadat jednodušší přijmout nová opatření nebo nové způsoby chování, týkající se péče o sebe, spíše než změnit stávající chování, které je sice škodlivé, ale mají ho spojené s něčím pozitivním.
- I v situacích, kdy je namístě značná restrikce s ohledem na ohrožení života pacientky, má smysl hledat prostor pro autonomii a budování důvěry (např. výběr typu či způsobu léčby); o limitech spolupráce a našich povinnostech je třeba informovat, zachováváme přitom partnerský, akceptující a empatický postoj (Treasure a Schmidt, 2008).

Akceptace a respekt k pacientčině autonomii obvykle otevírá prostor pro změnu, protože pacientka si ji už nemusí obhajovat. Jak ovšem vyvážit nároky medicíny na bezpečnost s tím, že dáváme pacientce možnost volby? Je třeba rozlišit, kdy je skutečně třeba zasáhnout (i násilím) kvůli záchraně života či zdraví (tzv. non-negotiable matters – jsou dány právním řádem, rodinou u pacientek pod 18 let, biologickými danostmi, např. nutností jíst), a kdy je to spíše náš strach nebo pocit zodpovědnosti, ale v realitě se pacientka o dané věci nakonec stejně rozhodne podle svého. Pocit bezmoci, pocit naléhavosti nebo únava mohou vést k tomu, že sklouzneme k pou-

žívání intervencí, které nejsou příliš efektivní, ve svém důsledku vedou ke zhoršení vztahu a vyvolávají obhajování, tj. snižují pravděpodobnost, že pacientka změnu uskuteční, a mají blízko k alibismu (např. typu „pacientka byla informována“). Můžeme slyšet, že intervence, o jakých pojednává tato kapitola, často není možné použít, že lékař nebo sestra má na pacientku jen velmi málo času – přesto zvláště v takových situacích, které jsou naléhavé nebo kdy máme málo času, si nemůžeme dovolit ztrácet jej něčím, co není účinné.

### Take home message

Motivační rozhovory jsou komunikačním přístupem zaměřeným na podporu hledání a posilování vlastní motivace pacientek ke změně chování. Zohledňují poznatky o procesech změny a interpersonální podmíněnosti motivace, mají složku vztahovou (důraz na partnerský, akceptující vztah) a technickou (evokace tzv. řeči změny). Základní techniky rozhovoru (reflexe, otevřené otázky, afirmace, shrnování) mají za cíl podporovat vytváření dobrého pracovního vztahu, prohlubovat porozumění pacientkám, aktivizovat je a zároveň udržovat rozhovor u domluveného tématu; v tom pomáhá i základní struktura rozhovoru. Motivační rozhovory poskytují návod i pro práci s málo motivovanými pacientkami a způsoby, jak snížit riziko konfliktů a odporu. Zde je důležitý mimo jiné i způsob, jakým poskytujeme návrhy, rady a informace. V oblasti léčby poruch příjmu potravy se motivační rozhovory často využívají v kombinaci s dalšími léčebnými přístupy.

## Literatura

- Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, et al. Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Cons Clin Psych.* 2003;71(5):862-878.
- Arkowitz H, Miller WR, Westra HA, et al. Motivational interviewing in the treatment of psychological problems: Conclusions and future directions. In: Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, et al., eds. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press; 2008, pp. 324-342.
- Arkowitz H, Westra HA. Integrating motivational and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *J Cogn Psychother.* 2004;18(4):337-350.
-

- Brehm SS, Brehm JW. *Psychological Reactance: A Theory of Freedom and Control*. New York: Academic Press; 1981.
- Constantino MJ, DeGeorge J, Dadlani MB, et al. Motivational Interviewing: A Bellwether for Context-Responsive Psychotherapy Integration. *J Clin Psych: In Session*, 2009;65(11):1246-1253.
- Gulliksen KS, Espeset EM, Nordbø RH, et al. Preferred therapist characteristics in treatment of anorexia nervosa: the patient's perspective. *Int J Eat Disord*. 2012;45(8):932-941.
- Miller WR, Rollnick S. *Motivational Interviewing. Helping People Change*. 3rd Ed. New York: Guilford; 2013.
- Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol*. 2009;64(6):527-537.
- Prochaska JO, Norcross JC. *Psychoterapeutické systémy. Průřez teoriemi*. Praha: Grada; 1999.
- Rogers CR. *Klientom centrovaná terapie*. Modra: Persona; 2000.
- Ryan RM, Deci EL. *Self-Determination Theory: Basic Psychological Needs in Motivation, Development, and Wellness*. Guilford; 2017.
- Schmidt U, Wade TD, Treasure J. The Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA): Development, key features, and preliminary evidence. *J Cogn Psychother*. 2014;28(1):48-71.
- Soukup J. *Motivační rozhovory v praxi*. Praha: Portál; 2014.
- Treasure J, Schmidt U. Motivational Interviewing in the management of eating disorders. In: Arkowitz H, Westra HA, Miller WR, et al., eds. *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press; 2008, pp. 194-224.
- Weiss CV, Mills JS, Westra HA, et al. A preliminary study of motivational interviewing as a prelude to intensive treatment for an eating disorder. *J Eat Disord*. 2013; 1: 34.
- Westra HA, Constantino MJ, Antony MM. Integrating motivational interviewing with cognitive-behavioral therapy for severe generalized anxiety disorder: An allegiance-controlled randomized clinical trial. *J Consult Clin Psychol*. 2016;84(9):768-782.