



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Univerzita Hradec Králové  
Ústav sociální práce

# Kapitoly z psychopatologie pro studenty sociální práce

**doc. MUDr. Alena Vosečková, CSc.**

**Recenzovali:**

MUDr. Eva Sansevičová

doc. PhDr. Irena Kamanová, PhD.

Publikace neprošla jazykovou úpravou.

**Edice texty k sociální práci**



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 8

Studijní materiál vznikl za podpory projektu

**Inovace studijních programů sociální politika a sociální práce na UHK s ohledem na potřeby trhu práce (CZ.1.07/2.2.00/28.0127)**, který je spolufinancován Evropským sociálním fondem a státním rozpočtem České republiky.

**ISBN 978-80-7435-307-9**

# Obsah

<b>1</b>	<b>Úvod</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Duševní zdraví člověka (Mental Health)</b> .....	<b>5</b>
2.1	Pojetí zdraví a nemoci .....	6
2.1.1	Bio-psycho-sociální model zdraví/nemoci .....	7
2.1.2	Definice zdraví v kontextu psychického zdraví .....	10
2.1.3	Well-being jako psychologický pojem .....	11
<b>3</b>	<b>Duševní poruchy a jejich příčiny</b> .....	<b>14</b>
3.1	Problematika normality duševního zdraví/nemoci .....	15
3.2	Činitelé vzniku a vývoje psychických poruch a dynamika jejich působení .....	17
3.3	Stres .....	18
<b>4</b>	<b>Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků</b> .....	<b>32</b>
4.1	Definice a historie syndromu vyhoření .....	32
4.2	Moderující faktory syndromu vyhoření .....	35
4.3	Vybrané psychologické koncepce ve vztahu k syndromu vyhoření .....	38
4.4	Zátěžové faktory v sociální práci .....	47
4.5	Popis příznaků syndromu vyhoření .....	49
4.6	Proces vývoje syndromu vyhoření .....	52
<b>5</b>	<b>Závěr</b> .....	<b>54</b>
<b>6</b>	<b>Literatura</b> .....	<b>55</b>
<b>7</b>	<b>Rejstřík</b> .....	<b>59</b>

# 1 Úvod

Cílem tohoto učebního textu je seznámit studenty sociální práce s problematikou psychopatologie tak, aby ji mohli uplatnit ve své budoucí práci i v soukromém životě při posuzování psychických projevů jedince. Zaměřuje se na vymezení normality a patologie lidské psychiky, pochopení příčin, projevů a důsledků odchylek od normy, etiopatogenezi psychických poruch a chorob. Důraz je kladen na význam stresu v jeho bio-psycho-sociálních souvislostech, včetně procesu syndromu vyhoření.

## 2 Duševní zdraví člověka (Mental Health)

Hranice mezi duševním zdravím a duševní poruchou je podmíněna dobovou a místní kulturou, osobními názory i sociální rolí zdravotnického systému a řadou dalších faktorů.

*Takovým příkladem může být např. postoj k homosexualitě:*

- 1969 - *Stonewallské nepokoje v USA jsou někdy považovány za počátek moderního homosexuálního hnutí*
- 1970 - *příznivci homosexuálního hnutí v USA vedou kampaň proti označování homosexuality za nemoc a jejímu léčení a za její vyškrtnutí z diagnostického a klasifikačního manuálu*
- 1973 - *dozorčí rada Americké psychiatrické asociace na základě tlaku ze strany části veřejnosti a s odvoláním na závěry vědeckých výzkumů mimo běžnou revizi schvaluje odebrání homosexuality z diagnostického a statistického manuálu (DSM-II) a staví se proti veřejné i soukromé diskriminaci homosexuálů a pro přijetí zákonů podporujících občanská práva homosexuálů*
- 1974 - *členové Americké psychiatrické asociace v referendu schvalují rozhodnutí dozorčí rady odebírající homosexualitu z diagnostického a statistického manuálu (DSM-II)*
- 1975 - *Americká psychologická asociace ve své rezoluci vyjadřuje souhlas a podporu Americké psychiatrické asociaci a usiluje o to, aby všichni odborníci na duševní zdraví pomohli vymýtit stigma duševní poruchy spjaté s homosexuální orientací*
- 1992 - *Světová zdravotnická organizace nezařadila homosexualitu do nové, 10. revize Mezinárodní klasifikace nemocí. Podobný posun postoje provedly v následujících letech psychiatrické asociace a odborné státní orgány některých významných evropských a asijských států, například v roce 1994 Japonská společnost psychiatrů a neurologů a v roce 2001 Čínská organizace psychiatrů.*

Kultura ovlivňuje mnoho aspektů duševního zdraví, mj. také to, jak lidé z různých kultur komunikují, jsou schopni se dohodnout, jak si navzájem sdělují své radosti i problémy, jak rozvíjejí své způsoby zvládání zátěžových a stresových situací a získávání sociální opory ze strany blízkých osob a institucí.

Kulturní a sociální vlivy však nejsou jen významnými determinantami duševního

zdraví, ale hrají též významnou roli v poskytované ochraně a podpoře duševního zdraví, kde zásadně ovlivňují pochopení příčin duševních problémů a poruch, zprostředkují charakteristiky vnímání poskytované péče v oblasti duševního zdraví a přispívají k efektivitě poskytované péče a léčby v oblasti duševního zdraví.

Světová federace pro duševní zdraví (World Federation for Mental Health – WFMH) usiluje o postupné překonávání jazykových, kulturních, etnických a sociálních bariér, sblížení pohledů na duševní zdraví, jeho ochranu, podporu a rozvoj a vyjadřuje očekávání spolupráce se všemi zájemci o tuto problematiku při překonávání jazykových a kulturních bariér, podporování přístupu ke zdravotní péči, jež bude zahrnovat naše kulturní zázemí a vytváření kulturně senzitivní formy dialogu. Proto vyhláší vždy 10. října Světový den duševního zdraví. Tato tradice vznikla v roce 1992.

## 2.1 Pojetí zdraví a nemoci

V antice filozofové věnovali velikou pozornost tomu, „*jak moudře žít*“. Do tohoto pojetí moudrého způsobu života patřilo i pojetí zdraví – „*žít zdravě*“ znamenalo „*žít moudře a dobře*“. Řeckým slovem „*ischio*“ se rozumělo „*být zdrav a silný*“. Podobně řecké „*hygiaio*“, známé z našeho termínu hygiena, znamená „*být zdrav a schopen života*“. Patří sem i řecký termín „*holokteria*“ – dokonalé zdraví.

Terminologie zdraví zahrnuje i *termíny nemoci*. V řečtině „*astheneia*“ znamená slabost a „*astheneo*“ zeslábnout (viz český termín astenický – slabý, případně až „*nervově slabý*“). Do oblasti řeckých výrazů pro lidi „*mírně nemocné*“ patří i „*arrostos*“ – ten, kdo není zdatný (schopen něco dělat). „*Nosos*“ zde znamenalo „*nemoc*“.

Patří sem i terminologie *uzdravování*. Řecké „*therapeuo*“ (viz. český termín terapie), případně „*iaomai*“ a „*apokathistemi*“ znamenají uzdravovati. Pozoruhodný byl také výraz „*sothein*“ – uzdravovati, kterého se hojně užívalo v lidové řečtině.

Sothein znamenalo (Lambourne, 1963):

- zachránit člověka, který byl v nebezpečí života (např. utopení), ale i v depresi – např. v nebezpečí ztráty smyslu života, případně v nebezpečí, že propadne „*zlým mocnostem*“ (v moderním pojetí – drogám, workoholismu, falešným mýtům, touze po slávě, penězích a moci apod.)

- pomoci člověku, aby byl celým člověkem, tj. nejen tělesně, ale i duševně a duchovně zdrav a „celý“, tj. „, po všech stránkách v pořádku“
- uzdravit nemocného člověka po stránce fyzické, ale i psychické (podobné naší léčebné péči)

S obdobným „širším“ pojetím zdraví a uzdravování se setkáváme i v jiných jazycích. Například v hebrejštině slovo „šalom“ znamenalo nejen „celé zdraví“, ale také „vnitřní klid a mír, celost a neporušenost“ člověka jako nedílného tělesného, duševního a duchovního celku. Znamenalo i „spění ke zralosti“ a prosperitě i charakteristiku „bezpečného vedení si v životě“ a uskutečňování toho, co si daný člověk předsevzal. Není tedy divu, že si židé - a nejen oni - dodnes při setkání i loučení přejí „šalom“ jako to nejdůležitější v životě.

Dnes, ve 21. století, se setkáváme s velice pestrým pojetím zdraví. Některá pojetí jsou až příliš zužována na zdraví těla (fyzický stav člověka), jiná chápou zdraví jen jako zboží (viz např. komerční pojetí farmakoterapie). Další chápou zdraví jako tajemnou sílu, kterou člověk dostává při zrození a s níž musí v životě hospodařit.

Zastánci biologického modelu zdraví/nemoci jsou přesvědčeni, že psychické poruchy jsou způsobeny fyzickou poruchou v těle včetně centrálního nervového systému. Z tohoto důvodu jsou takoví jedinci označeni za duševně nemocné, jsou chápáni jako pacienti a jsou léčeni v rámci tohoto modelu (diagnostika – terapie, nejčastěji psychofarmaka).

Psychologické přístupy zdůrazňují fakt, že pouze biologický pohled podceňuje důležitost psychologických a sociokulturních faktorů. Příkládá zásadní roli specifické osobnosti nemocného nebo působení specifického psychologického konfliktu (stres, sociální vztahy, závislost, agresivita apod.).

V současné době vystihuje chápání psychických poruch nejkompexněji interakční přístup, ve kterém jsou posuzovány vzájemné vlivy na všech úrovních bio-psycho-sociálního modelu zdraví/nemoci.

### **2.1.1 Bio-psycho-sociální model zdraví/nemoci**

Jako jeden z prvních jej prosazoval G. Engel (1977, 1980). Poukazoval na skutečnost, že biomedicínský model zanedbává celek, protože vylučuje vše, kromě biologických faktorů. Zabývá se tělem a chorobou na úkor pacienta jako člověka. Dále konstatoval, že biomedicínský model je již „za hranicemi“ vědeckého modelu a poukazoval na nezbytnost

rozšíření tradičního biomedicínského přístupu k nemoci tak, aby zohledňoval *psychosociální* faktory při zachování předností biomedicínského přístupu.

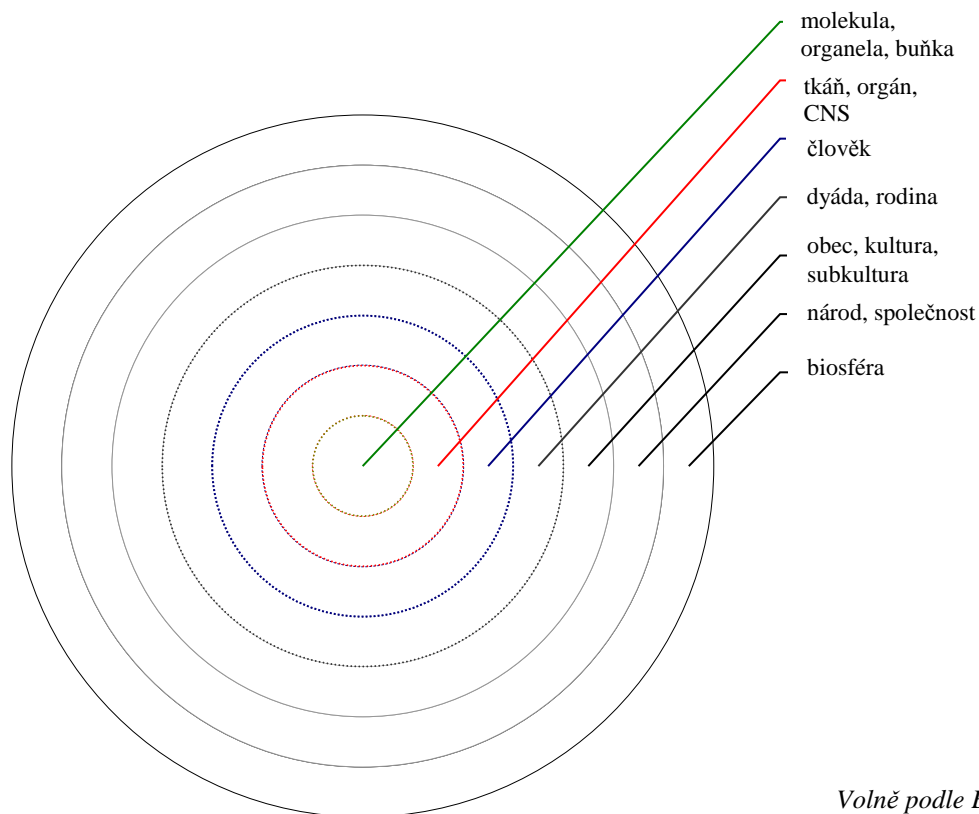
Významnou roli pro konstituování biopsychosociálního modelu zdraví a nemoci měla *obecná teorie systémů*, vycházející z holistického, celostního paradigmatu. L. von Bertalanffy podle vztahu s okolím rozlišuje: 1. *systémy uzavřené* - izolované, zcela autonomně se vyvíjející a 2. *systémy otevřené* - reagující se svým okolím (okolí působí na systém a naopak) chovající se jako nedělitelný celek, ve kterém změna v jakékoli jeho části navodí změnu v ostatních částech. Podle V. Břicháčka (1987) organismus není geneticky determinovaný stroj, ale sebeorganizující se struktura, ve které se řád (vývojová tendence) projevuje prostřednictvím fluktuací (kolísání). Její funkci nelze pochopit z rozboru aktuálního stavu, ale teprve při sledování individuální historie. Interakce s okolím udržuje celý systém v proměnlivosti.

Jedním ze základních předpokladů teorie systémů je, že systémy existují uvnitř systémů vyššího řádu. Pojem *systém* je podle K. Ludewiga (1992) vhodný ke zkoumání souvislostí mezi komplexními kvalitami uspořádání různého druhu. Systém člověk může být v této souvislosti pojímán jako celek, respektive *holistická interakce biologických, psychologických a sociálních vlivů*.

Sociální systémy jsou strukturálně sdruženy s biologickými a psychologickými systémy, které jsou zároveň podmínkou jejich vzniku. Obdobně psychické a sociální systémy vytvářejí pro sebe navzájem nezbytná v *koevoluci vzniklá prostředí* (Maturana, 1990).

Vzájemné vztahy mezi organismy a prostředím tradičně konceptualizuje ekologie. Základním poznatkem ekologie je podle J. Špitze (1992) skutečnost, že žádná živá jednotka nepředstavuje organismus nebo druh ve statickém prostředí, ale vždy konkrétní ekologický systém s recipročními vztahy mezi organismem nebo organismy a jejich přirozeným prostředím.





*Volně podle Engel, 1980*

Schéma 1 – Bio-psycho-sociální přístup ke zdraví a nemoci

Biopsychosociální rámec aplikuje hledisko systémové teorie na emocionální, psychické, fyzické a behaviorální fungování člověka (Plante, 2001). Změny na jedné úrovni systému pravděpodobně způsobí změny na ostatních úrovních. Komponenty, vztahy a hranice jednotlivých systémů mohou být uvažovány jako vzájemně podmíněné, současně vznikající aspekty systému vyššího řádu (schéma 1).

Mc Daniel (1995) tuto myšlenku dále konkretizuje a uvádí, že všechny lidské problémy jsou problémy biopsychosociálního systému, každý biologický problém má své psychosociální důsledky a každý psychosociální problém má své biologické koreláty. Přestože v rámci tohoto teoretického modelu pohlížíme na biologické, psychologické a sociální faktory jako na relevantní, nemusí u jednotlivého zdravotního problému hrát stejnou roli.

Potenciální změny zdravotního stavu jsou tedy ve svém důsledku výsledkem mnohočetných interakcí řady proměnných, mezi které patří např. genetická výbava,

aktuální stav imunitního systému, osobnostní vlastnosti, úroveň psychické odolnosti, kvalita sociálních interakcí, celkový životní styl jednotlivce apod. Významnou roli také sehrává uspořádání společenských vztahů a kvalita života společnosti jako celku.

### 2.1.2 Definice zdraví v kontextu psychického zdraví

Nejznámější definici zdraví publikovala Světová zdravotnická organizace (World Health Organization - WHO). Tato definice v originále (Constitution of WHO z roku 1946) říká:

*„Health is state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease and infirmity.“*

*„Zdraví je stav, kdy je člověk v pohodě, a to jak fyzicky, tak psychicky i sociálně. Není to jen nepřítomnost nemoci a neduživosti.“*

Klady této definice (David Seedhous, 1995):

- Definice WHO ukazuje na zdraví jako na kladnou, obecně žádoucí hodnotu.
- Definice WHO naznačuje, že zdraví je více než nepřítomnost (absence) nemoci.
- Definice zdraví v pojetí WHO má motivační charakter. Naznačuje cíl, k němuž by měla směřovat snaha všech, kteří se zabývají problematikou zdraví a odstraňování nemocí.
- Definice zdraví WHO je velice jednoduchá a pro svou jednoduchost a stručnost snadno lidi „chytne“ a dá se dobře zapamatovat.
- Definice WHO ukazuje, že zdraví není jen otázkou fyzického zdraví, ale zahrnuje i problematiku duševního (psychického) zdraví a zdravých vzájemných vztahů mezi lidmi (sociálního zdraví).

*Duševní zdraví je integrální součástí celkového zdraví člověka. Je to pojem, jehož obsah vyjadřuje stav osobní pohody (well-being), v němž může člověk naplnit a uplatnit své individuální schopnosti, dokáže přiměřeně zvládat každodenní životní zátěž a stres, může produktivně a úspěšně pracovat a rozvíjet vzájemně obohacující vztahy s druhými lidmi. V pojmu duševní zdraví se tedy nevyjadřuje jen nepřítomnost duševní choroby nebo poruchy. (WFMH, 1954)*

V textu je záměrně použita definice zdraví v originálním znění, protože některé pojmy v angličtině jsou těžko přeložitelné do češtiny:

*Disease – nemoc.* Tento termín, který je centrálním pojetím soudobé medicíny, definuje nemoc jako odchylku od určité normy, jež se považuje za „normál“ (standard). Jde přitom o objektivně zjistitelný stav – o objektivně zjistitelné příznaky (symptomy), tj. něco, co je kvantifikovatelné. Obvykle se tímto termínem rozumí fyziologický údaj. *Dis-ease* znamená ne-mocen, není schopen. V tomto pojetí nemoci je obsažena i snaha nemoci léčit a vyléčit, tj. odstraňovat je, a tím lidem zdravotně pomáhat. Slovem *infirmary* se rozumí ne-duživost, churavost, slabost, vratkost. Termínem *complete* se rozumí úplný, naprostý, dokonalý, celý, tj. takový stav, kdy nic nechybí. *Well-being* je překládán jako pohoda. Jeho vymezení je však důležité v souvislosti s duševním zdravím, proto bude probrán podrobněji.

### **2.1.3 Well-being jako psychologický pojem**

Well-being je jedním z pojmů i jevů, jejichž primární založení je spíše psychologické, ale zasahuje do řady dalších společenských i přírodních oborů (filosofie, sociologie, pedagogika, medicína a všechny její subdisciplíny) a jsou užívány též v obecném jazyce. V anglosaské terminologii se nejčastěji používá pojem „satisfaction“ (spokojenost), často ve spojení „life satisfaction“ (životní spokojenost), „welfare“ (blaho), „pleasure“ (radost), „prosperity“ (úspěšnost, prosperita) nebo „happiness“ (štěstí), často též ve vztahu ke zdraví, ať už v podobě substantiva „health“, nebo různých variant slovního spojení „state of being healthy“, v německé terminologii se užívá pojmu „wohlbefinden“, ve francouzštině „bien-etre“.

V české terminologii se užívá patrně nejčastěji jako ekvivalent pojmu well-being „pohoda“ také „životní spokojenost“, „subjektivní komfort“, „prožitek“ či „pocit blaha“, „stav, kdy se člověk cítí dobře“. Někdy používané pojmy „štěstí“ nebo „radost“ výstižně doplňují celkovou charakteristiku pojmu well-being o důležitou, široce pojatou prožitkovou komponentu. V další části textu bude používán pojem „osobní pohoda“.

#### ***Zařazení pojmu z pohledu psychopatologie***

Z psychologického hlediska spadá osobní pohoda na pomezí mezi afekty, nálady a osobnostní rysy, současně jde i o komponentu postojovou.

Subjektivní pocity osobní pohody tvoří čtyři komponenty – psychická osobní pohoda, sebeúcta (self-esteem), sebeuplatnění (self-efficacy), osobní zvládnání (personal control, mastery). Psychická osobní pohoda je tvořena různými emočními a kognitivními dimenzemi, jako je např. pozitivní a negativní afektivita, štěstí, životní spokojenost, shoda mezi očekávanými a dosaženými životními cíli, psychosomatické symptomy, nálada apod.

### ***Dimenze osobní pohody***

Podle Ryffové a Keyesové (1995) má struktura osobní pohody šest základních dimenzí:

*Sebepřijetí* (self-acceptance) – pozitivní postoj k sobě, spokojenost se sebou samým, srozumění s různými aspekty sebe a jejich akceptace, přijetí různých aspektů sebe, dobrých i špatných vlastností, srozumění s vlastní minulostí.

*Pozitivní vztahy s druhými* – vřelé uspokojující vztahy s druhými, zájem o blaho druhých, schopnost empatie.

*Autonomie* – nezávislost a sebeurčení, schopnost odolat sociálním tlakům a zachovat si vlastní názor a jednání, nezávislost na hodnocení a očekávání druhých.

*Zvládnání životního prostředí* (environmental mastery) – pocit kompetence při zvládnání každodenních nároků, přehled o tom, co se děje v okolním prostředí, schopnost vidět příležitost a využít vnější dění pro vlastní cíle a potřeby.

*Smysl života* (purpose in life) – cílesměrnost, pocit, že minulý i přítomný život má smysl, směřování k dosažení cílů.

*Osobní rozvoj* (personal growth) – pocit trvalého vývoje, otevřenost novému, nepřipouštění si nudy a pocitu stagnace, schopnost vidět pozitivní změny vlastního já a chování.

### ***Tělesná zdatnost jako součást osobní pohody***

Významnou dimenzí komplexu well-being je též tělesná zdatnost (*fitness*). Zpracován je zejména vliv pohybové aktivity na osobní pohodu či její komponenty: Pohybová aktivita má krátkodobý i dlouhodobý příznivý účinek na psychickou pohodu, zejména příznivě ovlivňuje sebeúctu, úzkost, depresi, tenzi, percepce stresu. Platí to u zdravých i nemocných osob, u dospělých i adolescentní populace, jak dokládají práce řady autorů (pro zajímavost jsou uvedeny alespoň některé):

V přehledové studii A. Hunta (2003) jsou sumarizovány hlavní přínosy tělesné zdatnosti pro celkovou životní spokojenost a osobní pohodu: jde především o významnou

celkovou nezávislost, sebeobslužnost a samostatnost, zvláště u starších osob, jejichž úroveň se s vyšší úrovní tělesné zdatnosti prodlužuje v čase a zvyšuje z hlediska kvality. Tělesná zdatnost též příznivě ovlivňuje metabolismus a schopnost uchovat si optimální tělesnou hmotnost a ovlivňuje tak výskyt a částečně i prevenci řady poruch a onemocnění, jako jsou např. různá svalová poranění, bolesti v zádech, osteoartritida, osteoporóza a s nimi související bolesti a omezení hybnosti kloubů.

Při vyjadřování osobní pohody ve smyslu well-being se někdy používá jako synonyma pojem *wellness*. Tento pojem však vymezuje koncept, který se vztahuje k přijetí určitého chování a životního stylu, podněcujícího optimální fyzické a psychické zdraví. Takové chování zahrnuje zvládnání stresu, zdravou výživu, nekuřáctví, mírné nebo žádné požívání alkoholu, odpovídající spánek, fyzické cvičení apod.

### 3 Duševní poruchy a jejich příčiny

Názory na etiologii (příčiny vzniku) duševních poruch jsou nejednotné, a to z řady důvodů (nejednotné vymezení pojmu duševní porucha, problematika normality/abnormality, patologie jako nemoc, většinou neexistuje lineární kauzalita příčina – následek, ale jde o multikauzální etiologii, atd.).

Vymezení normality závisí na aktuální úrovni poznání v dané společnosti – některé tzv. „nenormální“ projevy mohou být pouze nesrozumitelné. Proto se také kritéria v čase mění s tím, jak se vyvíjí společnost, kde a kým jsou uplatňovány, jaká je hierarchie hodnot v dané společnosti apod.

Sociokulturní pojetí normality považuje za normální to, co je v dané společnosti a kultuře *obvyklé*. Jakkoliv odlišní lidé jsou považováni za nenormální především proto, že se vymykají běžnému očekávání.

Na současné civilizační úrovni hrají ve vymezení normality značnou úlohu média. Různé sociální skupiny se mohou z hlediska tzv. „normy“ lišit. To znamená, že může docházet k adaptačním problémům minoritních skupin k tzv. „majoritní“ společnosti (viz problémy romského etnika).

Podle amerického humanistického psychologa, psychoterapeuta a vysokoškolského učitele Carla Ransoma **Rogerse** (1902-1987) jde o to, aby člověk mohl co nejvíce uplatnit své předpoklady ve smyslu "dobrého života" a stal se psychologicky svobodnou, osobnostně zralou, optimální, plně fungující osobou, tvořivým jedincem.

Za **NORMÁLNÍ** a **DUŠEVNĚ ZDRAVOU** považuje osobnost:

1. *autoregulovanou*, která má adekvátní pocit identity, sebehodnocení, sebecit a sebedůvěru a je schopna řešit své problémy relativně nezávisle a převážně sama;
2. *s adekvátními mentálními reprezentacemi* světa, dostatečně objektivně percipující realitu;
3. *přizpůsobenou* ustáleným společenským kritériím a jednající v jejich rámci;
4. *individualizovanou* dispozičně i zkušenostmi získanými vzorci chování;
5. *stabilizovaně integrovanou*, tj. takovou, jejíž všechny složky fungují jednotně, celistvě a v koordinaci s jinými, její názory, postoje a způsoby chování jsou situačně i v čase adekvátně stabilní a která má adekvátní pocit životního smyslu.

Tradiční psychopatologie se zaměřovala spíše na podstatu psychických poruch než na podstatu normality. Normalitu vymezovala víceméně negativně jako nepřítomnost nemoci. Přes toto tradiční pojetí však dochází zejména v poslední dekádě stále více k přesunu pozornosti od výrazné patologie k hraniční nebo i latentní patologii. V moderní psychopatologii se dostává do popředí zájmu „psychopatologie každodenního života“. Řada současných autorů se zabývá psychosociálními teoriemi duševních poruch. K těmto faktorům psychických poruch patří negativní vlivy vnějšího prostředí. Nejvýznamnější role je připisována vlivům psychické zátěže a stresu.

### **3.1 Problematika normality duševního zdraví/nemoci**

Pojem normální, normalita (ve smyslu souhlasu s normou) může mít význam statistický, funkční nebo normativní (ideální), nebo se tyto významy mohou kombinovat.

#### ***Statistická normalita***

Statistická normalita určuje umístění jedince v populaci vzhledem ke kvantitativně měřenému průměru (např. ve zkoušce inteligence může mít člověk vzhledem k průměru výkon nadprůměrný nebo podprůměrný, defektní). Často se uvádí i tolerance možného rozptylu od centrální tendence. Tak např. pásma úrovně inteligence se opírají o výpočet směrodatné odchylky (sigma), tj. míry variability (rozptylu). Směrodatná odchylka se vypočítává jako druhá odmocnina průměrného čtverce odchylek pozorování od jejich průměru.

#### ***Funkční normalita***

Funkční normalita je určována vzhledem k plnění funkce určitého systému, vzhledem ke stavu optimální činnosti, stavu vnitřní rovnováhy. Jako normální bývá definováno to, co umožňuje optimální fungování jedince. Toto pojetí považuje za normu úspěšné dosažení určitého cíle, bez ohledu na způsob, resp. prostředky, jakými toho bylo dosaženo. Normální, tj. žádoucí, je takový projev, který vede k potřebnému efektu. *Tlak prostředí může* posilovat některé nežádoucí projevy. Například akceptace pasivní a závislé role nemocného nebo postiženého jedince je adaptací na společnost, jež takovou roli preferuje, ale která není jednoznačně nejlepší variantou.

#### ***Ideální (normativní) normalita***

Ideální normalita je předem dohodnutá na základě racionálního úsudku (je stanoven

určitý ideál, např. plného duševního zdraví). Jedinec normální a dobře sociálně přizpůsobený chce např. přijímat odpovědnost přiměřenou jeho věku a jeho postavení. Usiluje o to, stát se aktivní tvůrčí osobností. Je duševně odolný, *psychicky zdatný*. Ochotně se zúčastní zaměstnání, prací přiměřených jeho věku. Budoucnost do jisté míry preferuje před přítomností a minulostí. Dobrovolně akceptuje zkušenosti a přijímá životní roli nebo pozici a to i tehdy, když mu nevyhovuje. Ujímá se problémů, které je třeba řešit, a nehledá způsoby, jak se jim vyhnout. Dokáže činit rozhodnutí při minimu obav, nejistot, nerozhodnosti, proseb o radu a jiných forem úniku před rozhodnutím. Bere lidi takové, jací jsou, kalkuluje s jejich reálnými vlastnostmi, i když neodpovídají jeho přáním a představám. Nachází uspokojení v reálné životní aktivitě, a ne ve snění. Využívá své schopnosti myslet k plánování aktivity, a ne k vyhýbání se či úniku od aktivity. Učí se ze svých neúspěchů, nesnaží se je ospravedlňovat (racionalizovat). Nezveličuje své úspěchy, ani je negeneralizuje, nepřehání. Dokáže říci „ne“ v situacích, jež jsou pro něho dlouhodobě škodlivé, i když by mu „ano“ krátkodobě mohlo přinést uspokojení. Dokáže říci „ano“ v situacích, které jsou pozitivní (kladné), i když mohou pro něho být dočasně nepříjemné. Dokáže jednat na obranu svých práv a snaží se přiměřeně bránit, děje-li se mu křivda. Projevuje přiměřeně a otevřeně své city, sympatie a dokazuje je činy. Dokáže se vyrovnat s nepříjemnostmi, bolestí a emočními frustracemi, jestliže odstranění jejich příčin není v jeho moci, umí se zdravě prosadit. Dokáže přistoupit na kompromis směřující k překonání obtíží, které se vyskytnou. Dokáže soustředit všechnu energii na dosažení vytyčeného cíle.

*„Jde o to, aby člověk mohl co nejvíce uplatnit své předpoklady ve smyslu „dobrého života“ a stal se psychologicky svobodnou, osobnostně zralou, optimální, plně fungující osobou, tvořivým jedincem.“ (Rogers, 1995)*

Problém normality osobnosti (ať ve smyslu absence nemoci, nebo ve smyslu optimální psychobiologické existence) má na jedné straně kořeny v obecných biologických zákonitostech, na druhé straně ve specifických zákonitostech psychického vývoje a psychosociální interakce a koneckonců i v eticko-filosofických normách. Problém normality osobnosti je problém v podstatě interdisciplinární, který nelze řešit ani pouze z úzce biologizujícího, ani z úzce psychologického nebo normativního hlediska. (Syřišťová, Dobiáš, 1972)



## 3.2 Činitelé vzniku a vývoje psychických poruch a dynamika jejich působení

Souhrn dědičných předpokladů – *genotyp*, představuje většinou pouze dispozice ke vzniku určité normální, či patologické vlastnosti organismu. Čím je genetická odchylka od normy závažnější, tím méně se zde mohou uplatnit vlivy prostředí. Normální, stejně i krajní varianty, které lze někdy hodnotit jako abnormální, jsou *dědičné polygenním způsobem* – na jejich vzniku se podílí větší, většinou přesně nezjištěné množství genů. *Jde vždy o interakci genetických dispozic a vlivů prostředí*. Podíl dědičnosti a vlivů prostředí je různý a míra dědičnosti se špatně určuje. Např. v případě deprese dosud nebyl nalezen gen, na němž by závisela, přestože se jeho existence předpokládá. Rovněž u schizofrenie lze předpokládat dědičnost, přesto se dosud nepodařilo přesně definovat jejich etiologii a patogenezi.

Životní podmínky ovlivňují rozvoj dědičných předpokladů. Negativní faktory se objevují při vývoji již v prenatálním vývoji – tzv. *teratogenní* vlivy. Vlivy prostředí v postnatálním období jsou *somatogenní* (somatická – např. metabolická onemocnění, vliv rané dětské mozkové obrny). Je vhodné rozlišovat, jak nemoc, či postižení omezuje a ovlivňuje rozvoj určitých kompetencí a psychických vlastností: buď člověk je svým způsobem závislý na nějaké pomoci – smyslové vady, např. anebo když nemoc či postižení ovlivňuje postoje a z toho vyplývající chování okolí k nemocným a postiženým.

Náročná životní situace (NŽS) kladou zvýšené nároky na člověka po tělesné i psychické stránce a způsobují změny jeho chování. Mezi základní typy NŽS řadíme: *frustrace, konflikt, stres*. Neexistují mezi nimi pevné hranice, navzájem se překrývají a podmiňují. Podrobně bude rozebrán pojem stres, obecné zákonitosti platí pro NŽS jako celek (intenzita závisí na subjektivním a emočním zpracování, proaktivní zvládnání apod.).

**Frustrace** (lat. *frustratio*, zmarnění) je psychický stav způsobený překážkou, která znemožňuje dosažení nějakého cíle. Můžeme rozlišit dva základní typy překážek, vnější (např. nedodržení slibu, nespokojené vztahy, ale i banální situace jako nemožnost uskutečnit výlet z důvodu špatného počasí, změna odjezdu vlaku, to vše může vést k pocitu nespokojení, zklamání), nebo vnitřní (např. inkongruence – nesoulad mezi ideálním a reálným „já“ - nedovoluje řešit situaci tak, jak by si člověk představoval). Frustrační tolerance je stupeň odolnosti vůči frustraci. Je závislá na vrozených vlastnostech jedince

(temperament, charakter, citové stabilitě) a vlivu prostředí (rodina, škola, citová podpora, zkušenosti).

**Konflikt** (z lat. *confligó, conflictum*) je srážka nebo střet dvou nebo několika neslučitelných stanovisek či nesmiřitelných stran, které se nechtějí nebo nemohou dohodnout. Pokud tato situace vzniká při cestě k určitému cíli, je pak konflikt určitým druhem frustrace. Konflikty jsou přirozenou součástí života. Lze rozlišit dva základní typy konfliktů. V případě intrapersonálního konfliktu se jedná o vnitřně osobní konflikt jedince, kdy se střetávají dva (nebo více) – pro jedince významných – cílů, hodnot nebo potřeb. Jedinec se musí v daném okamžiku mezi alternativami rozhodnout, protože nelze současně realizovat obě. Interpersonální konflikt se týká alespoň dvou jedinců. V případě konfliktů mezi skupinami hovoříme o sociálním konfliktu (konflikt vztahů, rolí, mocenský konflikt apod.).

### 3.3 Stres

**Stres** (lat. *stringo* = stahovati jakoby smyčku kolem krku) – odezva na nadměrnou tělesnou či psychickou zátěž. O poznání základních mechanismů stresu se zasloužil Hans Selye: „Výsledek interakce mezi určitou silou působící na člověka a schopností organismu odolat tomuto tlaku.“

Psychický stres chápeme jako mentální, emocionální a fyziologickou odezvu organismu na psychogenní zátěžové podněty větší intenzity. O stresu mluvíme od chvíle, kdy psychogenní podnět vyvolá v organismu připravenou reakci neurohumorální, doprovázenou příslušnými změnami v psychických procesech. Do té doby mají reakce na psychickou zátěž adaptivní a homeostatický ráz. Hranice přechodu do stresové odezvy je velmi neostrá, ani není dáno přesné rozmezí. Vše je komplikováno velkou interindividuální a intraindividuální variabilitou odolnosti vůči zátěžovým podnětům.

H. Selye definuje stres jako charakteristickou fyziologickou odpověď na poškození nebo ohrožení organismu, která se projevuje prostřednictvím obecného adaptačního syndromu. Ten přímo ovlivňuje zdraví tím, že vyvolává nadměrnou a trvalou aktivaci nervového sympatického systému nebo systému adrenokortikálního a posléze poškození imunitního systému.

Psychologicky je stres chápán jako nadměrná zátěž neúnikového druhu, která vede

k trvalé stresové reakci. Ta nakonec ústí ve tkáňové poškození, k vysoké aktivaci adrenokortikálních funkcí a psychosomatickým poruchám. Liší se od neurotické reakce, kde somatické poškození či porucha, může být vyřešena únikovým mechanismem.

### ***Druhy stresu***

Stres dělíme podle kvantitativního a kvalitativního hlediska na čtyři typy (schéma 2, 3):

- *Hyperstres* - stres překračující hranice adaptability, schopnosti vyrovnat se se stresem.
- *Hypostres* - stres, který ještě nedosáhl obvyklých tolerancí (např. u ministresorů, plíživých negativních vlivů monotónnosti, nudy, frustrace).
- *Distres* - stres negativní (obavy, vztek, úzkost apod.).
- *Eustres* – kladně působící stres, například je-li člověk v očekávání něčeho příjemného, např. příchod milované osoby.

Eustresové podněty vyvolávají stejné reakce v organismu jako distresové, protože také vyžadují velkou míru přizpůsobení konkrétního člověka. Emočně pozitivní (příjemná) stimulace ale nemá tak silný a dlouhotrvající vliv na aktivační systémy organismu jako stimulace záporná.

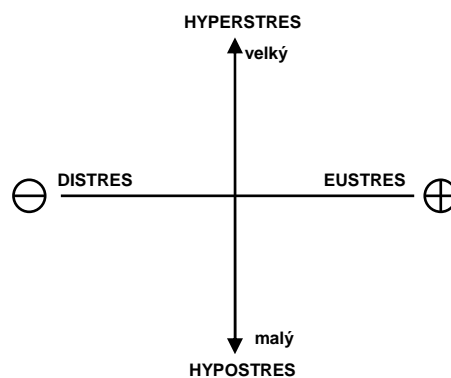
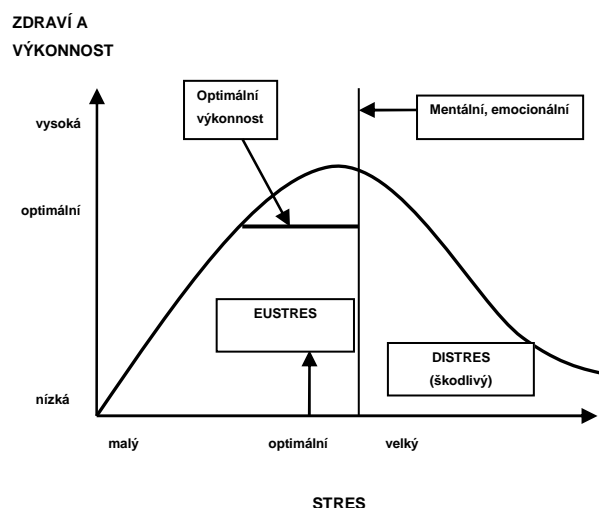


Schéma 2 - Základní rozměry stresu



Volně podle Horký, 1969

Schéma 3 – Vztah mezi stresem, zdravím a výkonností

### Stresory

Termín stresor lze chápat jako na člověka negativně působící vliv. Tyto stresové vlivy jsou většinou komplexní, a proto třídění má jen systematizující význam. *Fyzický stres má svou odezvu v psychice, a naopak, psychický stres má svou odezvu ve fyzických funkcích.*

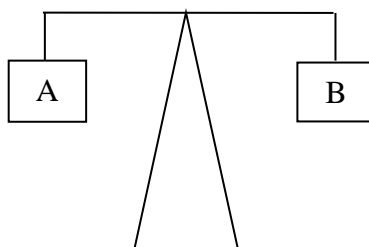
Podle povahy rozlišujeme stresory biologické (chemikálie, bakterie, úrazy, narušení biorytmů), *fyzikální* - radiace, vliv UV a IR paprsků, vibrace, hluk, *psychologické* – životní události (svatba, úmrtí blízké osoby, odchod do důchodu, ztráta zaměstnání apod.), každodenní běžné vlivy (nespokojenost se zaměstnáním, časový tlak, finanční starosti aj.) a osobnostní vlivy (nízké sebehodnocení, netrpělivost, neschopnost stanovit si reálné cíle a priority, závislost, nízká flexibilita, chabé komunikační dovednosti atd.), *sociální* - přelidnění a sociální konflikty nebo osamělost, teritorialita, apod.

Z kvantitativního hlediska rozlišujeme: tzv. *makrostresory* - děsivé, deptající vlivy s destruktivním účinkem, které překračují hranice zvladatelnosti - tzv. „velké“ *životní události*, které mají vliv na změnu životních okolností. Průkopníci studia životních událostí Holmes a Rahe (1967) vytvořili dotazník SRRS (Social Readjustment Rating Scale, hodnotící škála přizpůsobení), který obsahuje seznam 43 událostí, přičemž sledovaná osoba má uvést, které z nich prožila v určitém předem stanoveném časovém období; jde tedy o typickou selfreport techniku. Její výhodnost tkví v jednoduchosti, v možnosti hromadného použití, rychlém získání celkového množství dat a v jejich snadném statistickém zpracování. Autorům dotazníku SRRS byl vytýkán mechanický přístup (např.

Pollock 1988 a jiní), neboť míra stresu, obsažená v téže události, může být pro každého jednotlivce jiná a používání tzv. jednotek LCU (Life Change Unit - jednotka životní změny) jako celkového skóre může vést k chybným interpretacím. Další kritika se např. týkala pojetí stresu jako náročnosti situace, přičemž Holmes a Rahe směřují události jak s negativním (*distres*), tak s pozitivním významem (*eustres*).

Lazarus (1987) upozornil, že pro dopad na organismus na všech úrovních bio-psycho-sociálního modelu zdraví, nemusí být důležité pouze tyto závažné události, ale i drobné denní situace – *mikrostresory*, tzv. „daily hassles“ či „daily uplifts“, tj. nezávažné události, vyvolávající negativní (hassles) či pozitivní (uplifts) emoce. Za chronický stres se označují relativně setrvalé problémy, konflikty a ohrožení v denním životě (např. přetížení role při péči o nemocného člena rodiny, interpersonální konflikty v roli manžel – manželka, rodič – děti, nesrovnatelné požadavky více rolí najednou, zejména práce – rodina apod.). Chronické životní okolnosti a podmínky, ovlivňující celkovou kvalitu života.

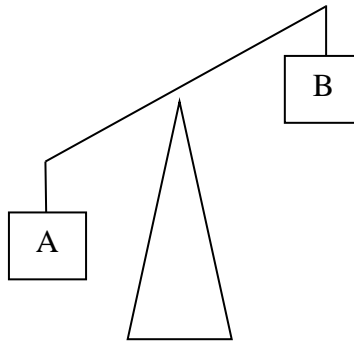
*Stresová reakce je odpověď organismu na zátěž, kterou organizmus vyhodnotí jako nadlimitní.*



*A ... zátěž (působení zátěžových podnětů na člověka)*

*B ... kapacita (schopnost člověka vyrovnat se se zátěží)*

Schéma 4 - Pojetí rovnováhy (poměrného klidu) při zvládnání obtíží



*Zátěž – stresor (A) je větší než schopnost organismus zvládnout ji (B).*

Schéma 5 - Narušení rovnováhy při stresu

### ***Reakce organismu na stresory***

Organismus odpovídá na každý pokus o vychýlení z klidového stavu vnitřního prostředí reakcí řady systémů. Tyto bezprostřední reakce jsou vždy stejné a jsou geneticky dané. Intraindividuální (uvnitř organismu) probíhající reakce mají při různých stresech u všech lidí do značné míry stejný základní princip, tzv. *obecný adaptační syndrom* (GAS – general adaptational syndrom), i když interindividuální způsoby reagování na podněty vyvolávající stres mohou být velice rozdílné.

#### *1. poplachová reakce* (příprava organismu na boj nebo útok)

Tato fáze připravuje organismus na boj nebo útek). Je zahájena aktivací:

- mozkové kůry
- hypothalamu
- sympatického nervového systému
- vyplavením katecholaminů z dřeně nadledvin

(sekrece adrenalinu a noradrenalinu)

#### *2. rezistence* (adaptace)

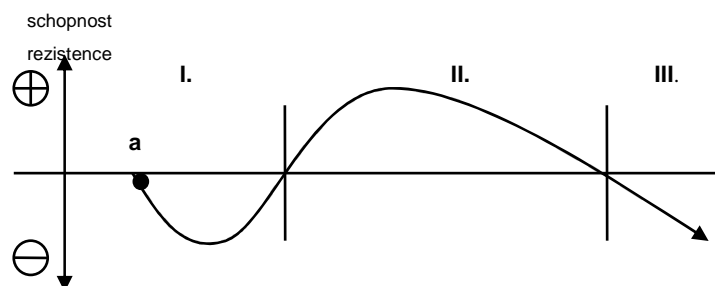
Po první alarmové reakci - poplachové, následuje dlouhodobější reakce (přizpůsobení – adaptace). V této fázi je cílem organismu překonání nebo přečkání nepříznivé situace.

Z hypothalamu se uvolňuje hormon kortikoliberin - CRH (kortikotropin regulační

hormon), který reguluje sekreci adenokortikotropního hormonu (ACTH) z hypofýzy (podvěsek mozkový). Adenokortikotropní (ACTH) hormon stimuluje kůru nadledvin k produkci glukokortikoidů (kortisol, kortikosteron).

### 3. vyčerpání

Dochází k vyčerpání rezerv a kumulaci proteokatabolických produktů.



a...podnět působení stresoru;

I - *první fáze* – stadium poplachové reakce; II- *druhá fáze* – stadium adaptace a zvýšené rezistence (obranyschopnost organismu); III - *třetí fáze* – stadium vyčerpání rezerv, sil, obranných možností a destrukce

*Volně podle Křivohlavý, 1999*

Schéma 6 - Schopnost zvládat stres podle Selyeova modelu adaptačního syndromu (GAS)

### ***Příznaky stresového stavu***

Na příznaky stresového stavu je možno se dívat z několika hledisek. Je jím hledisko psychologické, fyziologické a behaviorální (týkající se chování). Nejde o to, které z těchto hledisek je pravdivější, správné a přiměřené jsou všechny tři. Důležité je nahlížet na příznaky stresu jako na celek, kde vše souvisí se vším.

Je zřejmé, že stres ovlivňuje celý organismus (bio-psycho-sociální rovina). Jsme-li vystaveni stresu po delší dobu (chronický stres, kumulace mikrostressorů), dochází k vyčerpání rezerv organismu, funkční změny přecházejí ve změny organické.

### ***Fyziologické příznaky***

palpitace (bušení srdce), bolest za sternem (hrudní kostí), fokusace (dvojitá vidění a obtížné soustředění pohledu očí na jeden bod), nechutenství a plynatost, migréna

(záchvatovitá bolest jedné poloviny hlavy), průjem, časté nucení na močení, úporné bolesti hlavy, sexuální impotence nebo nedostatek sexuální touhy, svalové napětí (především v krční oblasti a dolní části páteře), změny v menstruačních cyklech atd.

#### *Emocionální příznaky*

iritabilita (popudlivost), anxiozita (úzkostlivost), prudké a výrazné změny nálady, pocity únavy a obtíže koncentrace, omezení sociálního styku (kontaktů s druhými lidmi), neschopnost projevit citovou náklonnost a spolucítění s druhými lidmi atd.

#### *Behaviorální příznaky*

snížený pracovní výkon včetně kvality práce, nerozhodnost, změněný denní rytmus, zvýšená absence v důsledku nemoci a pomalé uzdravování, závislost na drogách - lécích, konzumaci alkoholu, cigaret atd.

#### ***Chronické důsledky - psychosomatická onemocnění***

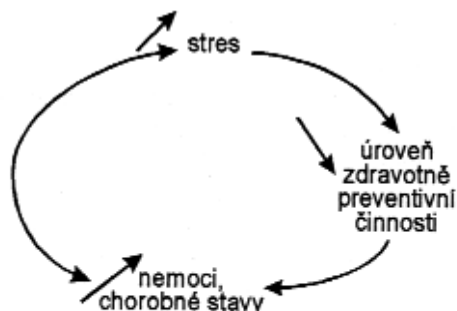
Spolupráce řady oborů (především endokrinologie, fyziologie a psychoneuroimunologie) postupně vede k objasnění mechanismů vzniku psychosomatických chorob v přímé návaznosti na stresové reakce.

Každý podnět, který chápeme jako ohrožení (stresor), vyvolá odpověď organismu, která je odpovědí vegetativního a endokrinního systému. Aktivizuje se systém hypotalamus – hypofýza - nadledvinky, což vede ke změnám v oběhovém systému a k vyplavení látek, které mají energeticky zajistit adaptaci na stres. Proto se zásobní glykogen mění na glukózu, do krve se uvolňují tukové látky, omezují se pochody v orgánech, jejichž funkce by v danou chvíli organismus neúčelně zatěžovala (např. se snižuje funkce zažívacího systému, zmenšuje se prokrvení v podkoží a v kůži, naopak dochází k prokrvování svalové hmoty).

Za velmi důležitý faktor vzniku psychosomatických chorob se považuje chronický stres (vázne návrat do ustáleného stavu klidu, odpověď organismu na stresor přetrvává a dochází k sumaci reakcí, příp. potenciaci a dalším reakcím). V posledních 20 letech se pozornost soustřeďuje na drobné stresové životní události „trable“ (hassles). Mohou ovlivňovat zdraví a nemoc dvojím způsobem, svojí kumulativností nebo tím, že mohou vstupovat do relací mezi životními událostmi a nemocí jako facilitující činitel (Mohapl, 1992). *Intenzita a frekvence drobných životních událostí je lepším prediktorem psychických a somatických příznaků zdraví a nemoci než velké životní události.*



Ale o tom, zda dojde k psychosomatickému onemocnění, spolurozhoduje řada faktorů (např. typ osobnosti, životní styl, celkové hormonální ladění organismu, metabolismus apod.). Choroba se projeví obvykle v systému, který je slabým článkem v organismu člověka.



*Řetězová reakce vztahu stresu a nemoci*  
 Stres snižuje úroveň zdravotně preventivní činnosti (posilování odolnosti organismu) a v důsledku toho se může snadněji rozvíjet chorobný stav. Zhoršení zdravotního stavu však zároveň nahrává rozvoji stresu.

*Volně podle Křivohlavý, 1996*

#### Schéma 7 - Začarovaný kruh psychosomatických a somatopsychických jevů

Celý proces si můžeme přiblížit na několika příkladech onemocnění (civilizační choroby):

##### **Oběhové choroby**

Opakující se stresové situace vedou k nadměrnému uvolňování katecholaminů (adrenalin a noradrenalin), to vede k trvalému zvýšení krevního tlaku a k metabolickým důsledkům (zvýšená hladina tuků a cukrů v krvi), současně přejídání a nedostatek pohybu vedou postupně k trvalému zvýšení krevního tlaku a ke vzniku předčasných aterosklerotických změn hlavně v oblasti věnčitých tepen, které vyživují srdeční sval, ale i v cévách mozku, ledvin atd. Tak mohou vzniknout smrtící komplikace, jako je infarkt myokardu, mozková mrtvice, selhání srdce, ledvin atd. Riziko onemocnění se zvětšuje s dalšími rizikovými faktory. Nepříznivě působí např. kouření (vyvolává další vyměšování katecholaminů), větší konzumace černé kávy (v ní obsažený kofein prodlužuje stresem vyvolané uvolňování tukových látek ze zásob do krve), alkohol (stimuluje tvorbu kortizolu a tvorbu tuku v játrech) atd.

##### **Zažívací systém**

Nadměrná sekrece adrenalinu při stresu způsobuje změnu prokrvení sliznice, zvyšuje se

kyselost trávicích šťáv a dochází ke změnám ve složení hlenu, který chrání sliznici žaludku nebo střeva. Tento stav se nazývá hyperfunkcí. Tak může dojít k natrávení sliznice vlastními trávicími šťávami a vzniku žaludečního nebo dvanácterníkového vředu. Vliv stresu na trávicí ústrojí se může projevit i hypofunkcí, kdy dojde ke snížení tvorby trávicích šťáv, zpomalí se střevní pohyb, dojde k poruchám vyprazdňování.

O tom, zda dojde k hyperfunkční nebo hypofunkční reakci, rozhodují, jak se zdá, osobnostní faktory. Např. jedinci se sklonem k depresím a smutku reagují převážně hypofunkcí

### ***Imunitní systém***

Velmi složitá je otázka vlivu stresu na ***obranyschopnost organismu***. Nakupení stresových reakcí vede k postupnému snižování imunitních reakcí, jejichž úkolem je bránit organismus před cizorodými látkami a likvidovat cizí nebo jiné (např. nádorové) buňky. Různé vlivy zevního prostředí (elektromagnetické záření, chemické látky, léky atd.) i vlivy vnitřního prostředí organismu (časté, opakované infekce apod.) mohou způsobit mutaci (změnu stavby) genetického materiálu v jádře kterékoliv buňky a vést ke vzniku nádorového bujení. Za normálních okolností by měl imunitní systém takovou zmutovanou buňku odhalit a zničit. Vzniká-li ovšem vzhledem k působícím vlivům velké množství mutací, nebo má-li organismus sníženou obranyschopnost (nebo se dočasně uplatňují obě možnosti), pravděpodobnost vzniku nádoru vzrůstá.

Mechanismus snížení obranyschopnosti organismu: Imunitní reakce má dvě složky. Jeden typ bílých krvinek (*B-lymfocyty*) dovede vyrábět protilátky proti různým infekcím. Jde o tzv. látkovou neboli humorální imunitní odpověď. Druhý typ imunitní odpovědi - odpověď buněčnou - zajišťuje jiný druh bílých krvinek (*T-lymfocyty*). Ty dokáží identifikovat každou buňku lišící se od buňky normální a dají signál dalším bílým krvinkám - zabíječům, které takovou buňku zlikvidují. Může to být bakterie, virus nebo nádorová buňka.

Výzkum lidí i zvířat ve stresových podmínkách ukázal, že psychický stres výrazně ovlivňuje imunitní reakce, protože zhoršuje funkci bílých krvinek. V tomto směru se uplatňuje zejména nadledvinkový hormon *kortizol*, jehož přetrvávající vyšší hladina vyvolaná chronickým stresem způsobuje kromě svalové atrofie, osteoporózy také atrofii lymfatické tkáně, což vede k oslabení imunologické ochrany. V experimentu, kde byl zvolen jako stresor nedostatek spánku, byl zjištěn výrazný pokles počtu T-lymfocytů.

Současně byla snížena aktivita B-lymfocytů i zabíječských krvinek.

Stres ovšem nemusí ovlivnit obranyschopnost organismu pouze směrem snížení imunity. Může dojít naopak k hyperaktivitě, jako je tomu u alergických reakcí (např. senná rýma, astma, ekzém). Obranná reakce se dokonce může obrátit proti buňkám vlastního těla tak, jako by šlo o buňky tělu cizí. Projevem pak jsou tzv. autoimunitní choroby (např. revmatická artritida).

Stres ovlivňuje aktuální psychický stav člověka ve všech rovinách (tabulka 1).

Tabulka 1 – Vliv stresu na jednotlivé roviny aktuálního psychického stavu (APS)

<b>Roviny APS</b>	<b>Obecné strategie</b>	<b>Konkrétní strategie</b>
myšlenky	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ napětí z očekávání</li> <li>✓ negativní hodnocení situace, vlastní schopnosti ji zvládnout</li> <li>✓ zdůvodnění pasivity a vyhýbání</li> <li>✓ negace zjevného problému</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ strašení předem</li> <li>✓ situace a její důsledky jsou katastrofizovány, vlastní schopnosti minimalizovány</li> <li>✓ lepší je odložit, vyhnout se, nechat na druhých</li> <li>✓ „o nic nejde, nic se vlastně neděje“</li> </ul>
chování	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ zabezpečování</li> <li>✓ vyhýbání se</li> <li>✓ únik z reality</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ výmluvy, snaha zajistit podporu druhých</li> <li>✓ odkládání řešení ze strachu ze selhání</li> <li>✓ pití alkoholu, léky, drogy, náhražkové aktivity, denní snění</li> </ul>
postoje	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ iracionální pohled na sebe, druhé a svět</li> <li>✓ negativní sebeobraz</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ sám selhávám, druzí jsou zlí, nemají mne rádi, osud je těžký</li> <li>✓ jsem zlý, neschopný, nevýkonný, hloupý</li> </ul>
pozitivní důsledky	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ krátkodobá úleva při nekonstruktivním chování</li> <li>✓ vztahové</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ emoční úleva při odložení, vybití napětí při hádce</li> <li>✓ blízcí lidé řeší za mě, mám úlevy, chtějí mi pomoci, věnují mi pozornost</li> </ul>

## **Zvládání stresu**

Stres je výsledkem vzájemného působení (transakce), která se odehrává mezi jedincem a jeho prostředím. Lazarus (1966), Lazarus a Folkmanová (1984) zaměřili pozornost na kognitivní hodnocení zátěže (primární mediátor transakce mezi člověkem a prostředím). Rozlišují tři typy hodnocení (primární, sekundární a znovuhodnocení, přehodnocení - reappraisal). *Primární hodnocení* je posouzením toho, co daná situace pro člověka přináší, co v sobě do budoucna skrývá. Vnímané ohrožení spouští u jedince *sekundární hodnocení*. Jde o proces, který rozhoduje o tom, které možnosti zvládání situace nebo možnosti chování má jedinec k dispozici, aby mohl hrozbu zvládnout. Primární i sekundární hodnocení obvykle probíhají současně a navíc se vzájemně ovlivňují. *Znovuhodnocení, přehodnocení* je procesem průběžného hodnocení, měnění nebo alespoň přejmenování primárního a sekundárního hodnocení podle toho, jak se situace vyvíjí. Co bylo primárně vnímáno jako ohrožení, se může stát po čase šancí, výzvou anebo úplně ztratit svou závažnost. Často se stává, že přehodnocení vyústí v kognitivní potlačení vnímané hrozby. Existuje řada situačních faktorů, které ovlivňují hodnocení závažnosti situace (hodnoty daného člověka, jeho odpovědnost, tendence dostat závazkům, jeho životní cíle, dostupnost zdrojů, novost situace, sebeúcta, sociální opora, dovednost vyrovnat se se zátěží, situační tlaky, stupeň nejistoty a nejasnosti, blízkost časová i místní, intenzita hrozby, trvání hrozby a možnost jedince něco s hrozbou aktivně dělat).

Na rozdíl od pojetí stresu jako reakce nebo stresu jako stimulu transakční pojetí v sobě zahrnuje *zvládání stresu (coping)*. Zvládání je zde definováno jako neustálá změna kognitivního a behaviorálního úsilí vyrovnat se se specifickými vnějšími a vnitřními požadavky, které jsou hodnoceny jako požadavky, které zatěžují nebo už přesahují zdroje daného jedince (Lazarus a Folkmanová, 1984). Tato definice označuje zvládání stresu jako procesuální jev, zdůrazňuje, že takového úsilí se liší od automatického adaptivního chování, které bývá naučené. Zvládání v sobě zahrnuje i „ovládnutí“ stresující situace, „zasahování“ do ní, i když to samozřejmě nemusí vždy znamenat, že nad ní jedinec „získá kontrolu“ nebo nad ní „zvítězí“. Snaha o zasahování může zahrnovat snahu o snížení nebezpečnosti dané situace, snahu vyhnout se takové situaci, snahu snášet ji, akceptovat či naopak ji změnit.

## **Lazarusova teorie**

Lazarus identifikoval dva způsoby zvládání: zvládání zaměřené na problém a zvládání

zaměřené na emoce.

Strategie používané při *zvládání zaměřeném na problém* jsou podobné taktice při řešení problémů. Tyto strategie obsahují snahu definovat problém, navrhnout alternativy jeho řešení, zvažovat podíl mezi přínosem a investicemi, které jednotlivé varianty od člověka vyžadují, pokusit se změnit vše, co se změnit dá a konečně – pokud je to nezbytné – naučit se novým dovednostem. Úsilí zaměřené na problém může směřovat vně člověka, ke změně jeho prostředí, anebo dovnitř, ke změně některých aspektů jeho „já“. Mnohé ze snah zaměřených na jedincovo „já“ spadá do kategorií znovuhodnocení, přehodnocení. Např. jedinec přehodnotí význam události nebo situace, sníží svoji osobní zaangażovanost nebo v sobě objeví nečekané zdroje, nové kvality.

Strategie používané při *zvládání zaměřeném na emoce* se snaží snížit emoční distres (subjektivní i objektivní hodnocení emocí spojených se stresem vedou ke snížení emocí spojených se stresem, nebo na druhé straně k posílení schopností zvládat stresovou situaci na straně vlastních zdrojů). Zvládání zaměřené na emoce je nejběžnější formou zvládání zátěže v případech, kdy se události nedají ovlivnit, změnit (Lazarus, Folkmanová, 1984).

### ***Aplikace v praxi***

Základní rozhodnutí procesu zvládání stresu vyžaduje, abychom situaci, před níž stojíme, zařadili do jedné ze dvou kategorií:

1. situace je nezměnitelná
2. situace je změnitelná

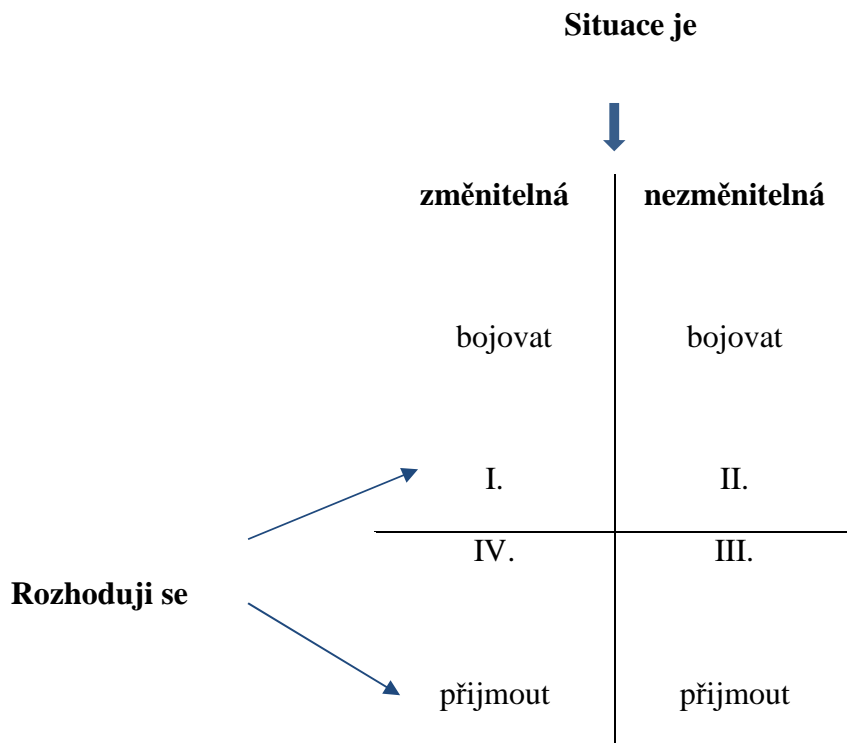


Schéma 8 – Aplikace v praxi

Z této matice vyplývá, že existují celkem 4 rozhodnutí, z toho 2 nesprávná (kvadrant II - bojovat, když je situace beznadějná a kvadrant IV - přijmout, pokorně akceptovat situaci, i když existuje naděje na změnu k lepšímu) a 2 správná rozhodnutí (kvadrant III – přijmout to, co je nezměnitelné (akceptace) a kvadrant I - změnit to, co se změnit dá (coping)).

Naše rozhodování pak bude mít jednu z následujících dvou forem:

- přijmout – akceptovat to, co se událo, či děje, jako hotovou věc
- bojovat s nepříznivou situací, utkat se se stresem a snažit se zvládnout obtíže vhodnou strategií

Zde jsou některé možnosti jak nerovnovážný stav vrátit do normální polohy, nebo tomu alespoň pomoci:

1. možnost změny na straně zátěže
2. možnost změny na straně zdrojů sil a možností obrany

### *Objektivní:*

1. ubrat zátěž (např. něco neudělat)
2. něco zkrátit (přijít později, odejít dříve, mluvit krátce, stručněji)
3. delegovat (doslova přeložit něco na druhého)
4. kooperovat (spolupracovat, nedělat vše sám ale s dalšími lidmi)

### *Subjektivní:*

Brát věci klidně, bez dramatického zveličování s tím, že se mohou stát i horší věci. Strategie zavírání očí – je to extrém v pohledu na stresovou situaci. Jde o prosté „zavírání očí, abych nic neviděl“. Tím, že nic nevidím, se mi uleví, ale obvykle jen na chvíli. V lidovém podání jde o strategii „pštrosa“, který schová hlavu do písku, když se blíží nebezpečí. Další možnosti - zbavit se nesprávných (falešných) a iluzorních (vyfantazírovaných) představ, zlepšit informovanost, dozvědět se co nejvíce spolehlivých a úplnějších dat o tom, co nás ohrožuje a jaká je pravděpodobnost úspěšné obrany našeho organismu (kapacita sil bránit se stresové situaci), udělat prověrku všech strategií, které v dané situaci přicházejí v úvahu, prověřit účinnost a po úvaze zvolit tu nejnadějnější strategii (sem patří konzultace s odborníky, kteří pomohou lépe situaci porozumět a orientovat se v ní), posilovat obranu změnou životního stylu, úprava diety, upevňování mezilidských vztahů, prohlubování postojů, posilování individuální schopnosti jedince snižovat negativní vliv nepříznivých životních situací (salutory – moderátory zdraví), např. nezdolnost/vulnerabilita, sociální opora, pozitivní strategie zvládnání stresu atd.

Na závěr si neodpustím jeden krásný citát, který kdysi řekl Démosthénés:

*„Človče, buď trpělivý přijmout věci, které nemůžeš změnit, buď rozhodný a odvážný a změň ty, které změnit můžeš, a buď moudrý, abys odlišil jedny od druhých“*

## 4 Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků

Pohled na burn-out syndrom vychází ze dvou základních postulátů psychologie zdraví:

- bio-psycho-sociální model zdraví/nemoci
- salutogenetický přístup ke zdraví

Ve svém důsledku to znamená, že burn-out syndrom je hodnocen jako *proces*, který má vlastní vývoj (kontinuum zdraví-nemoc) a dotýká se všech oblastí bio-psycho-sociálního systému. V principu platí, že faktory, u kterých se ukázalo, že moderují vliv psychosociálního stresu na zdraví člověka, ovlivňují i možný vznik vyhaslosti. Salutogenetický přístup ke zdraví a nemoci zvýrazňuje význam *moderátorů zdraví*, které ovlivňují výsledek interakce člověk-stres (nezdolnost typu SOC, percipovaná sociální opora apod.).

Základním cílem tohoto textu je poskytnout studentům sociální práce možnost a pochopit souvislost chronického stresu, syndromu vyhoření a zamyslet se nad možností prevence.

*„Chce-li se člověk vyznat v bludišti světa, musí projít svým vlastním Labyrintem.“*  
Rush, 2003

### 4.1 Definice a historie syndromu vyhoření

Od 70. let minulého století se psychologové zabývají stavy celkového, především pak psychického vyčerpání, které se manifestuje v oblasti myšlení, motivace i emocí. Ovlivňuje postoje, názory, ale i výkonnost a následně celé vzorce především profesionálního chování a jednání.

Burn-out byl jako jev rozpoznáván a identifikován poprvé v průběhu osmdesátých let 20. století. Byl původně spojován se stavem alkoholiků, kteří kromě alkoholu o vše ostatní ztratili zájem. Později se tento pojem rozšířil i pro oblast drogových závislostí, kde toxikomani ztráceli zájem o cokoli jiného mimo drogu, svět se jim zúžil jen na tuto oblast. Postupně pronikal i do jiných oblastí, předcházela například i pojmu workoholik, který vypovídá o stavu přepracovanosti, lidé se cítí apatičtí, vyčerpání, nedokáží překonávat běžné překážky a začínají se stranit ostatních.

V této souvislosti ho uvedl poprvé do literatury J. Freudenberger (1974). Jde



o výstižnou metaforu, kdy anglicky *burn-out* znamená dohořet, vyhořet, vyhasnout. Hořící oheň znamená v psychologické rovině motivaci, aktivitu, zájem, vyhoření pak znamená dohořívání, ztrátu nadšení. Syndrom *burn-out* definoval jako vyhasnutí motivace a stimulujících podnětů v situaci, kde péče o jedince a neuspokojivý vztah jsou příčinou, že práce nepřináší očekávané výsledky. Syndrom je spojován se stavem psychického i fyzického vyčerpání následujícího po vyčerpávajícím a dlouhotrvajícím stresu. Jedná se o „vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka, např. lidí, kteří se snaží druhým lidem pomoci v jejich těžkostech a pak se cítí sami přemoženi jejich problémy“ (Freudenberger in Křivohlavý, 1998).

V 70. až 80. letech minulého století došlo k nárůstu zájmu o tuto problematiku. V současné době se *burn-out* syndrom objevuje ve středu zájmu převážně v zemích, které na přelomu 80. a 90. let prošly velkými reformami a *burn-out* rozšiřuje okruh problémů, souvisejících se zvládnutím stresu občanů vyrovnávajících se s důsledky těchto transformačních kroků. Současně začíná být dosazován jako významný prvek do širších společenských souvislostí a hledají se nové vztahy, proměnné a možnosti ovlivnění *burn-outu* z této oblasti. Nověji se můžeme v odborné literatuře setkat s dalšími „verzemi“ *burn-out* syndromu. Byl popsán tzv. *syndrom obnošení*, charakterizovaný pocitem naprostého vyčerpání, narůstající únavy a nezájmu v důsledku dlouhotrvajícího, stereotypně působícího stresu. V souvislosti s prací v nestimulujícím prostředí s nízkou autonomií práce, často pod úrovní kvalifikace, můžeme mluvit o pojmu *syndrom podcenění*. Pojem *copout* je chápán jako zjevné selhání a útěk od odpovědnosti. Malá výkonnost není způsobena únavou a vyčerpáním, ale celkovým nezájmem, lhostejností, malou odpovědností.

Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti postupně dále roste vzhledem ke zvýšenému životnímu tempu, rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje člověka v dnešní relativně rozvinuté a spotřebně orientované společnosti. Prodloužila se též etapa života, po kterou je potřeba těmto nárokům čelit.

*Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) přiřazuje syndromu vyhoření kód Z 73.0. s názvem Problémy spojené s obtížemi v uspořádání života.* Syndrom vyhoření vylučuje stavy, které jsou spojené s psychiatrickou diagnózou nebo s monotónností práce, kde se sice může jednat o únavu a znechucení, avšak tento stav není spojován s pocitem neschopnosti.

V případě nejasností či pochybností by syndrom vyhoření, či některé jeho momentálně dominující symptomy, mohl být v závislosti na konkrétním klinickém obrazu řazen částečně také do skupiny diagnóz F 48 – „Jiné neurotické poruchy“, a to zvláště do podskupin F 48.0 – „Neurastenie“ a F 48.1 – „Depersonalizační a derealizační syndrom“, neboť jde v podstatě o specifický únavový syndrom. Teoreticky lze uvažovat i o souvislosti se skupinou diagnóz F 43 – „Reakce na těžký stres a poruchy přizpůsobení“ s dodatkem, že v úvahu by připadala pouze souvislost se stresem chronické povahy.

V průběhu 40 let zkoumání tohoto fenoménu vznikla řada definic, které se pokoušejí zachytit podstatu tohoto problému. Tyto definice se různí zejména podle zvoleného úhlu pohledu, ale v některých rysech se shodují:

- Za základní jsou považovány psychické příznaky, které vedou ke změnám i v rovině tělesné a sociální.
- Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
- Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční oploštělost, kognitivní vyčerpání a „opotřebením“ a často i celková únava.
- Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu (každodenní, zdánlivě nekonečná a nevyhnutelná povaha chronického stresu), akutní stres k vyhoření nevede.
- Menší efektivita práce není spojována se špatnými pracovními schopnostmi a dovednostmi, ale naopak s vytvořenými negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním.
- Syndrom vyhoření se vyskytuje u jinak psychicky zdravých lidí, nesouvisí nijak s psychickou patologií.
- Vyskytuje se především u profesí, obsahujících jako podstatnou složku pracovní náplně „práci s lidmi“ nebo alespoň kontakt s lidmi.
- Trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, s malou, či žádnou možností úlevy, odchylek, vysazení a se závažnými důsledky v případě chyb a omylů.
- Pocit jedince, že již nadále nemůže těmto požadavkům dostát, ve spojení s přesvědčením, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti je naprosto neadekvátní nízkému výslednému efektu.

## 4.2 Moderující faktory syndromu vyhoření

Pro posouzení faktorů, které zvyšují (resp. snižují) pravděpodobnost vzniku syndromu vyhoření, lze rozlišit tři rozdílné přístupy (úhly pohledu):

- *Individuální přístup* - je zdůrazňována role osobnostních charakteristik, typ chování, nezdolnost, význam motivace a smyslu života.
- Přístup vycházející z pozic *psychologie práce a organizace*, definuje burn-out jako důsledek chronického stresu na pracovišti, poukazuje na tyto důležité indikátory syndromu vyčerpání: pracovní přetížení, konflikt rolí, nedostatečná sociální opora, časový stres, vlastní přesvědčení o intenzitě kontrolních mechanismů, nedostatek prostoru k autonomnímu rozhodování a slabá zpětná vazba. U pomáhajících profesí je kladen důraz na vysoké nároky na kvalitu práce, odpovědnost a nasazení pracovníka při současné nízké autonomii pracovní činnosti.
- *Sociologický*, případně *sociálně psychologický* přístup zdůrazňuje význam sociální opory a sociální sítě, poukazuje na ztrátu morální zodpovědnosti, nižší fungování přirozených sociálních vazeb, zdůrazňuje význam motivace a smyslu života.

Pro přehled uvádím nejčastěji v literatuře citované faktory.

Rizikové faktory:

- život v současné civilizované společnosti s neustále rostoucím životním tempem a nároky na člověka
- příslušnost k profesi obsahující profesionální práci, ale i pouze kontakt s lidmi
- nutnost čelit chronickému stresu
- vysoké až nadměrné požadavky na výkon, nízká autonomie pracovní činnosti, monotonie práce
- chování typu A s důrazem na soutěživost a hostilitu (viz. dále v textu)
- původně vysoká empatie, obětavost, zájem o druhé
- původně střední až vysoká senzitivita

- nízká asertivita
- původně vysoký perfekcionismus, pedantství, odpovědnost
- neschopnost relaxace
- negativní afektivita, depresivní ladění
- vyšší skóre životních událostí a „daily hassles“
- permanentně prožívaný časový tlak (stres)
- vyšší habituální nastavení na fyzickou reaktivitu ve stresu s permanentně zvýšenou reaktivitou, zvláště v oblasti kardiovaskulárního aparátu („hot reactors“)
- externí lokalizace kontroly
- nízké či nestabilní sebepojetí a sebehodnocení
- chronické přesvědčení o neodpovídajícím společenském uznání a ekonomickém hodnocení vykonávané profese
- habituálně založený prožívaný hněv (jako emoční stav), hostilita (jako osobnostní rys) a agrese
- syndrom beznaděje

#### Protektivní faktory:

- chování typu B(viz. dále v textu)
- dostatečná asertivita
- schopnost a dovednosti relaxovat
- vhodná organizace času („time-management“ či umění nedostat se pod časový tlak)
- pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce
- odolnost („resistence“) ve smyslu hardiness či sense of coherence
- osobní kompetence („personal competence“), pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace
- ego-kompetence
- self-efficacy, víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění (Janoušek, 1992)

- percipovaná kontrola („perceived control“)
- interní lokalizace kontroly
- dispoziční optimismus
- „flow“ – příjemný tok či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc
- sociální opora, v případě vyhaslosti se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení („peer-support“)
- pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení
- pocit osobní pohody („well-being“), zahrnuje životní spokojenost, pozitivní emoce a štěstí

Vznik syndromu vyhoření je o to pravděpodobnější, čím více rizikových faktorů se u jedince vyskytuje a kumuluje. Společně se znásobuje jejich vliv.

Za jeden z nejpodstatnějších iniciujících faktorů vyhaslosti je považováno působení *chronického stresu*. Za vnitřní klíčový faktor, který ovlivňuje rezistenci člověka vůči negativním účinkům stresu, je pokládána *osobnost jedince*. *Vnější faktory* se týkají situace a kontextu, v němž se ohrožený jedinec nachází. Jedná se o podmínky v zaměstnání, v organizaci, kde pracuje, o situaci v osobním životě jedince, jeho rodinu a širší příbuzenský okruh a v neposlední řadě i o společnost, v níž žijeme a podmínky, které na nás každodenně klade. Za klíčový vnější, sociálně založený faktor je pokládána sociální opora, tj. systém sociálních vztahů a vazeb, jež člověk jednak produkuje ve vztahu k okolí, jednak z tohoto okolí přijímá.

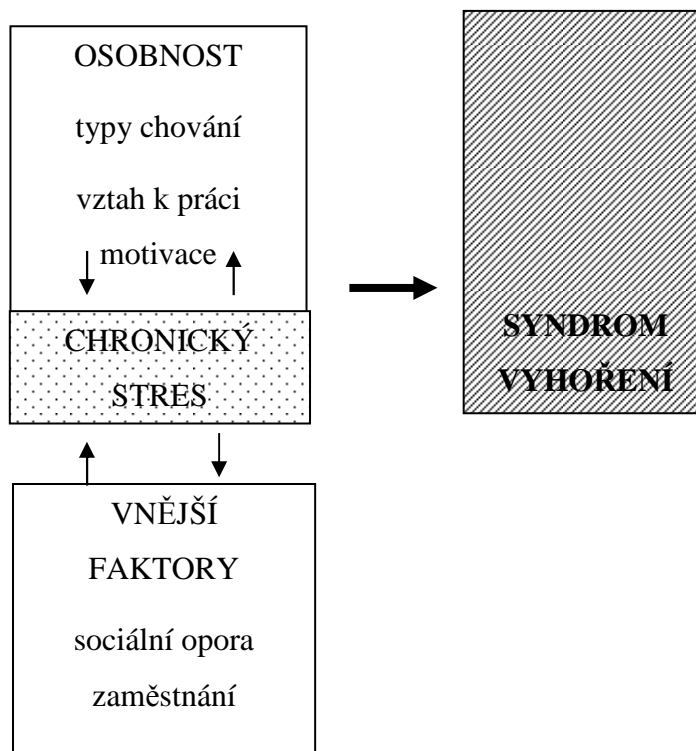


Schéma 9 - Základní faktory syndromu vyhoření

### 4.3 Vybrané psychologické koncepce ve vztahu k syndromu vyhoření

Každý člověk má k dispozici určité zdroje pro to, aby zvládl požadavky, které na něho klade vnější prostředí. Mezi ně patří fyzické vlastnosti (tělesná zdatnost, obratnost, síla, trénovanost), inteligence (vlohy, dovednosti, znalosti, zkušenosti) a osobnostní vlastnosti (tendence chovat se určitými způsoby). V situacích, kdy musí pro dosažení svých záměrů mobilizovat své duševní síly, může jít o krátkodobé vzepětí, jindy o působení chronického stresoru, který bude působit týdny či měsíce. Proto prvním předpokladem pro zvládnutí stresu je poznání svých osobních možností – „na co člověk má“.

*V rámci této publikace považujeme za důležité uvést některé faktory ve vztahu zdraví – nemoc, které mohou ovlivnit vznik, průběh nebo zvládnutí syndromu vyhoření. Uvedené koncepce byly vybrány na základě zkušeností s jejich používáním v praxi autorů.*

## ***Chování typu A/B***

Lékaři Friedman a Roseman na základě dlouhodobých výzkumů rozlišili dva způsoby lidského chování, které je možné dávat do souvislosti s výskytem infarktu myokardu. Tyto dva způsoby jednání označili jako „chování typu A“ a „chování typu B“. Chování typu A bylo dáno do souvislosti s výskytem syndromu burn-out.

Základní charakteristiky typu chování A je možno shrnout do několika oblastí:

*Soutěživost a boj o úspěch* - lidé typu A mají silnou potřebu dosáhnout úspěch za každé situace, nikdy nejsou spokojeni se svým postavením nebo výsledkem své práce. Pouští se do soupeření i tehdy, pokud jde o malé vítězství, například při hrách s dětmi. Potřeba soutěžení může být natolik extrémní, že vyvolává konflikty a odcizuje je od rodiny, přátel a spolupracovníků.

*Časová tíseň a netrpělivost* - lidé typu A se domnívají, že nemají dostatek času, aby udělali to, co považují za nutné. Při práci spěchají, avšak někdy nejsou ani tak produktivní jako lidé typu B, protože se snaží udělat naráz více věcí. Charakteristickým jejich rysem je roztržitost a únava. Často rychle jezdí, rychle jedí, rychle mluví, při řeči často přerušují. Jsou nervózní, když mají čekat a proto dělají obvykle současně více věcí naráz.

*Hostilita* - lidé typu A se rychle rozzlobí. Nemusí jít vždy o typickou agresi fyzického charakteru, ale spíše o nepřátelské projevy k druhým jako výraz znuděnosti, blahosklonné pohrdání, provokující chování.

*Snaha udržet si kontrolu nad situací* - lidé typu A ohrožuje obava, že ztratí vládu nad situací a proto se snaží úporně zachovat si kontrolu nebo aspoň pocit, že kontrolu nad situací mají. Potřeba ovládat situaci může vést k pocitům bezmocnosti v situacích, kdy kontrola není možná.

Znaky typu A pozorovatelné v projevu: rychlost a množství řečových projevů, rychlá gestikulace, napětí obličejových svalů, strnulý úsměv, zrychlení všech aktivit (jídlo, chůze atd.).

## ***Workoholismus***

V mezinárodní klasifikaci workoholismus jako přímou diagnózu nenajdeme. Přesto je možno workoholismus zařadit mezi závislosti nebo návykové poruchy a je stejně nebezpečný jako alkoholismus, drogová závislost nebo hazardní hráčství. Nebezpečný je zvláště proto, že zatímco lidé postižení ostatními závislostmi se setkávají s negativní reakcí

okolí a jsou sociálně znemožněni, workoholici dlouho sklízejí sociální podporu své činnosti a bývají za svou závislost dobře finančně odměňováni.

U workoholismu jsou popisována tři stádia:

1. *Časná stadium* - postižený člověk neustále myslí na práci, pravidelně pracuje i přesčas a odmítá si brát volno.
2. *Střední stadium* - vztahy, rodina a společenský život postiženého ustupují do pozadí, někdy skoro přestanou existovat. Postižený je vyčerpaný, nesoustředěný a má problémy s pamětí.
3. *Pozdní stadium* - postiženému se hromadí další problémy. Objevují se nejrůznější nemoci psychosomatické povahy. Může dojít k mozkové mrtvici, infarktu či jinému vážnému onemocnění.

Kdo propadne práci, ten si svůj problém nikdy nepřipouští a výtky okolí odmítá jako bezpředmětné. Chybí tedy jakýkoliv náhled na problémovost situace. Práh workoholismu představuje moment, kdy výkonnost začne klesat. V takovém okamžiku se normální člověk snaží nabrat nové síly, nějakým způsobem odpočívat nebo odreagovat. Workoholik naopak své pracovní úsilí zvyšuje, vinou svého psychického i fyzického vyčerpání však podává stále horší výkon, přidávají se zdravotní potíže a narůstají konflikty s okolím, přidávají se klasické zdravotní potíže (zapomnětlivost, nesoustředěnost, nechutenství, nespavost, bolesti hlavy, potíže se srdcem). Pro workoholika je velice těžké vypadnout z napojení na pracovní program. Prožívají stav, který by se dal nazvat abstinenčním syndromem. Pokud je postihne nemoc nebo musí odjet na dovolenou, stávají se nervózní, začnou vyhledávat možnost, jak se věnovat alespoň přípravě na práci, snaží se pracoviště zkontaktovat telefonem a mnohdy, je-li to jen trochu možné, přerušují dovolenou. Mají problémy v rodině. Jsou nespolehliví v plnění rodinných povinností a stále se vymlouvají na práci či chodí z práce pozdě. Pokud se jim partneři snaží ulehčit přetížení tím, že začnou odpouštět podíl na domácích pracích, nedočkají se pochopení, naopak workoholik se věnuje svým pracovním povinnostem s ještě větším úsilím. Partner tím trpí a reaguje obvykle tím, že začne vyžadovat zájem o rodinu. Workoholik to chápe jako omezování a v konečné fázi trpí problémy celá rodina, protože se vytváří tzv. bludný kruh nepochopení. Workoholici totiž bývají dobrými partnery i rodiči, a to, že nejsou takto chápáni, je deprimuje. V partnerském životě bývá velkým problémem jejich sexuální život.



Díky fyzickému vyčerpání není workoholik schopen vést normální sexuální život. Protože je i v této oblasti závislý na výkonu, raději se sexu vyhne, než by selhal nebo nebyl nejlepší.

### ***Nezdolnost***

Nezdolnost popisuje individuální schopnost jedince snižovat negativní vliv nepříznivých životních situací, včetně akutního a chronického stresu a náročných životních situací.

### ***Nezdolnost typu Hardiness***

Pojem „hardiness“ (nezdolnost, tvrdost, tuhost, odolnost) se objevuje mezi odbornou veřejností na konci sedmdesátých a na začátku osmdesátých let (Kobasa, 1979, 1982). Hardiness je osobnostní proměnnou moderující vztah mezi stresogenní událostí a nemocí. Teoretický rámec hardiness vychází z existenciální psychologie chápající člověka jako biologicky, sociálně a psychologicky založenou bytost, jejímž základním cílem je hledání a ustanovení smyslu. Hardiness je konstelací osobnostních postojů konstituovaná ze tří komponent: commitment (angažovanost, odpovědnost), control (kontrola, zvládání) a challenge (výzva).

### ***Nezdolnost typu SOC***

Z pohledu praktické aplikace v pomáhajících profesích je přínosná koncepce nezdolnosti typu SOC - „Sense of Coherence“. Smysl pro spojitost, soudržnost je definován jako globální orientace vyjadřující rozsah, v jakém má člověk trvalý, i když dynamický pocit důvěry:

- stimuly pocházející z vnitřního nebo vnějšího prostředí v průběhu života jsou strukturovány, jsou předvídatelné, srozumitelné, pochopitelné a vysvětlitelné
- člověk má k dispozici zdroje, které mohou reagovat – zvládat ty požadavky, jež tyto stimuly na nás kladou
- tyto požadavky jsou výzvy, které stojí za investování a angažování se - jsou smysluplné

Křivohlavý (1990) ve své přehledové studii popisuje SOC jako pojetí úzkého sepětí (koherence) v chápání obrazu světa jako smysluplného celku (gestalt). Charakterizuje kompaktnost, soudržnost, kohezivitu celkové životní orientace a vyjadřuje, do jaké míry má daná osoba pohled a pocit důvěry v to, že dění ve svém vnitřním a vnějším světě je

předvídatelné, zákonité a řízené určitým řádem, že existuje vysoká míra pravděpodobnosti, že vše půjde dále tak, jak se dá rozumně očekávat. SOC lze považovat za hlavní záruku soudržnosti osobnosti v zátěžových situacích.

Nezdolnost typu SOC tvoří tři komponenty, jejichž poměr ovlivňuje volbu strategií zvládání stresu (coping), následně i psychické procesy a stavy, včetně vegetativní a endokrinní odpovědi organismu:

- *Srozumitelnost* (comprehensibility), je kognitivní tendence určitým způsobem vnímat a chápat svět a své místo v něm. Vypovídá o rozsahu, v jakém člověk vnímá stimuly z interního i externího prostředí, se kterými je konfrontován, jako racionální.
- *Zvládnutelnost* (manageability) vyjadřuje rozsah, v jakém vnímáme, že zdroje, které máme k dispozici, jsou adekvátní požadavkům, které jsou na nás kladeny. Jde o subjektivní hodnocení vlastních možností (percepce).
- *Smysluplnost* (meaningfulness) se vztahuje k emocionální stránce celkového postoje k životu a dění v něm. Člověk s vysokou úrovní smysluplnosti je přesvědčen, že problémy, před které je postaven stojí za to, aby do jejich řešení investoval úsilí a energii.

### ***Motivace a smysl života***

Zakladatel logoterapie Viktor Frankl považuje hledání smyslu života za základní lidskou motivaci. Smysl práce je jedním ze základních kamenů smyslu života. Původ slova motivace můžeme hledat v latině - movero, movere, tj. pohybovat, měnit. Definice motivace není jednoznačná, každý autor ji vnímá trochu jinak. Motivace je procesem, který určuje naše chování a jednání. Odpovídá na otázky *proč* je člověk aktivní a *proč* právě tímto způsobem. Je procesem regulačním, který plní funkci směřování činnosti tak, aby se dosáhlo určitého výsledku. Základní otázkou jsou pak motivy našeho chování. Motivace v užším slova smyslu se používá k označení pochodů, které aktuálně ovlivňuje chování v určitých situacích (tj. např. motivace studenta, motivace na pracovišti apod.).

Motivace plní trojí funkci:

- stimuluje (tj. aktivizuje)
- usměrňuje je

- dává mu smysl

Motivací k práci může být pro někoho mzda, sociální postavení, uznání, získání věcí, které jsou symboly postavení. Práce může sloužit jen jako prostředek k dosažení životního stylu. Člověk může být až otrokem dosaženého životního standartu. Pro jiného je práce opravdu smyslem života a zdrojem motivace k další práci. *Podstatné je*: když práce pro člověka ztrácí smysl, musí na její provádění vynaložit daleko více energie při daleko menším uspokojení z vykonané práce.

### ***Vnější faktory***

Psychosociální stres v pracovních podmínkách souvisí se sociálním prostředím v práci, organizačními aspekty zaměstnání a obsahem i určitými operačními aspekty prováděného úkolu. V oblasti mimopracovního stresu je předmětem sledování především problematika chronických denních nepříjemností, mikrostresorů a tzv. životních událostí. Obě oblasti mohou být zdrojem zdravotních rizik. Navíc, nadměrné požadavky a stresogenní podmínky v jedné oblasti zasahují do prožívání v oblasti druhé. Naopak, pozitivní zisky z jedné oblasti mohou příznivě ovlivňovat druhou oblast.

### ***Sociální opora***

Sociální opora má přímý vliv na snížení stresu nebo působí spíše jako nárazník blokuující, resp. tlumící vliv zátěžové situace. Pokud systém sociální opory chybí, vede to ke snížení psychické odolnosti jedince a možnosti si s krizí poradit. Sociální oporou v širším slova smyslu se rozumí pomoc, která je poskytována druhými lidmi člověku, který se nachází v zátěžové situaci. Obecně jde o činnost, která člověku v tísní jeho zátěžovou situaci určitým způsobem ulehčuje. O sociální opoře hovoříme nejčastěji tam, kde jde o pomocný a podpůrný vztah lidí, kteří jsou danému člověku v tísní, nejbližší.

Širší úroveň sociální opory:

- *mikroúroveň* – celospolečenská forma pomoci (sociální podpora, podpora v živelných událostech, např. požár, povodeň aj.)
- *meziúroveň* – určitá sociální skupina lidí se snaží pomoci někomu ze svých členů, případně lidem z okolí ve stavu nouze (např. kamarádi, sportovní klub, Charita aj.)
- *mikroúroveň* – pomoc nejbližšího člověka (matka manžel, přítel)

*Sociální síť dané osoby* nazýváme soubor lidí kolem dané osoby, s nimiž je či byla tato osoba v sociálním kontaktu a od nichž je možno očekávat, že by jí v případě potřeby poskytli určitou pomoc.

*Podpůrné sociální vztahy* jsou taková mezilidská pouta, z nichž člověk může získat zdroje, které mu mohou být pomoci při zvládnání těžkých životních situací.

*Sociální izolace* je opakem sociální opory. Osamocení, opuštění až výrazné sociální zavržení (např. vězení – samotka, osamělost starých lidí apod.).

Tabulka 2 - Funkce sociální opory

<b>Funkce sociální opory</b>	<b>Terminologické varianty</b>	<b>Praktické příklady</b>	<b>Uvažovaný přínos</b>
Emocionální opora	Opора ujišťující o respektu, úctě, ceně, důležitosti, osobní, důvěryhodný vztah.	Člověk má možnost bez obav ventilovat své pocity, starosti, trápení, vyjádřit sympatie, náklonnost, projevit péči, akceptovat druhé.	Posun, změny v hodnocení subjektivní míry ohrožení událostmi, posílení.
Instrumentální opora	Opора poskytnutím hmotné pomoci; praktická opora; pomáhající chování; materiální pomoc.	Poskytnout nebo obstarat peníze, věci do domácnosti, zajistit dopravu, hlídání dětí, pomoc při zajištění provozu domácnosti, údržbě a opravách.	Pomáhá jedinci řešit praktické problémy; rozšiřuje časový prostor pro jiné aktivity, pro relaxaci, posiluje jeho snahy zvládat zátěž.
Informační opora	Poskytnutí rady, doporučení; opora posouzením (situace), zhodnocením	Nasměrovat zájemce k potřebným zdrojům informací, informačním pramenům; doporučit	Poskytuje jedinci více užitečných informací, snadnější dostupnost informací, které

	(situace); kognitivní poučení; řešení problému.	alternativní způsoby činnosti; poskytování rad o účinnosti postupů apod.	potřebuje; poskytuje mu konkrétní pomoc při získávání potřebných služeb, což může vést k efektivnějšímu zvládnutí úkolů.
Opора poskytovaná (sociálním) společenstvím	Pocit sounáležitosti; socializování; začlenění, včlenění.	Účastnit se nějakých společných aktivit (společně se účastnit náboženských obřadů, společně se rekreovat, posedět v restauraci, jít za kulturou apod.).	Navozuje u jedince kladné emoce, což mu umožňuje na chvíli se odpoutat od zátěže, pookrát; odvádí jeho myšlenky od neustálého zabývání se problémy.
Opора potvrzením platnosti	Zpětná vazba, sociální opora.	Dosáhnout konsensu ve vidění problémů, vhodnosti/nevhodnosti chování jedince, vyjadřování jeho emocí, o jeho postavení v konkrétní sociální skupině, ve společenství lidí.	Snižuje jednotlivcův pocit, že je mimo normu; dává mu zažít pocit, že to, co prožívá, lidé kolem akceptují; umožňuje srovnání, které pro něj dopadá příznivě.

### *Zaměstnání a organizace práce*

- problémy související s rolí, které jedinec zastává (konflikty rolí)
- nároky související s obsahem práce (pracovní zatížení a odpovědnost)
- organizace práce (potíže s komunikací, nejasné vymezení kompetencí)

a odpovědností)

- profesní perspektiva (nejasný kariérní řád, nevyužití kvalifikace)
- fyzické prostředí (hluk, prach, teplota, bezpečnost práce)

Nárokům souvisejícím s vlastní pracovní činností byla v posledních letech věnována značná pozornost. Ukázalo se, že práce charakterizovaná vysokými nároky na kvalitu, odpovědnost a nasazení pracovníka při současně nízké autonomii pracovní činnosti je vysoce stresogenní. Autonomie pracovní činnosti představuje možnost pracovníka rozhodovat o tempu práce, její povaze a podmínkách.

V oblasti širšího konceptu „pracovního stresu“ vzniklo několik teoretických modelů. Karasek (1979) vychází z teorií kontroly chování s uvedením dokladů o tom, že možnost kontroly nad situací snižuje míru stresu, kdežto nedostatek kontroly může být spojen s různými formami poruch zdraví. Karasek spojuje s touto mírou kontroly míru náročnosti práce a ukazuje, že psychologický a fyziologický strain (napětí) je výsledkem jejich vzájemného působení. Jako míru kontroly označuje možnosti volnosti v rozhodování, která je určována možnostmi rozhodovat o tom, jak pracovat, provádět samostatná rozhodování a uplatňovat tvořivost.

Jeho model obsahuje dvě predikce:

1. strain se objeví tehdy, jsou-li vysoké nároky a nízká volnost rozhodování
2. je-li obojí v rovnováze, lze předpokládat vzrůst osobní kompetence

Vysoké nároky a vysoká míra kontroly vyznačuje aktivitu, která vede k vývinu nových vzorců chování jak v práci, tak mimo ni. Aktivní práce je spojena se spokojeností i při vysoké náročnosti práce. Na druhé straně nízké nároky a malá kontrola znamenají pasivní práci, která vede k nespokojenosti.

Nejhorší je kombinace vysokých nároků a malé míry volnosti - tento druh byl zjištěn např. u číšníků, bankovních úředníků, zdravotních sester, hasičů, řidičů. Do kvadrantu „aktivita“ byli zařazeni např. manažeři a žurnalisté.

### Míra kontroly vysoká

<b>Nároky nízké</b>	Relaxace	Aktivita	<b>Nároky vysoké</b>
	Pasivita	Strain	

### Míra kontroly nízká

Schéma 10 - Model náročnosti práce v závislosti na možnosti kontroly chování

Příbuzný Karasekovu modelu je pojem „prostor pro jednání“ (Handlungsspielraum), který je určován těmito charakteristikami: průhledností (Durchschaubarkeit), předvídatelností (Vorhersehbarkeit) a ovlivnitelností (Beeinflussbarkeit) pracovních úkolů a podmínek.

Velmi rozšířen je koncept pracovní role, v jejímž obsahu dominují dimenze očekávaného chování při provádění práce. Je popisován konflikt role, kdy na chování člověka jsou kladeny protikladné požadavky a nejistota role (ambiguity), kdy pracovník neví přesně, jaká jsou kritéria na jeho výkon a jaká očekávání má splnit.

## 4.4 Zátěžové faktory v sociální práci

V této kapitole budou uvedeny rizikové a protektivní faktory práce v pomáhajících profesích tak, jak jsou uvedeny v pracích řady autorů (našich i zahraničních). Nejde o vyčerpávající přehled, ale spíše o nastínění celé problematiky a otevření místa vlastního zamyšlení.

### *Nespecifické zátěžové faktory*

Uvedené faktory se týkají prakticky všech pracovníků v pomáhajících profesích (lékaři, zdravotní sestry, sociální pracovníci, psychologové, psychoterapeuti). Všichni přicházejí do styku s tabuizovanými oblastmi lidské existence (bio-psycho-sociální roviny). Patří sem lidské tělo jako projev existence ve zdraví, ale i v nemoci se všemi projevy, zkoumání různých tělních dutin, ostych, stud, otázky týkající se velmi soukromých záležitostí pacientů a jejich rodin atd. Pacienti bývají často depresivní, vyčerpaní a podráždění. Setkání a přijetí konečnosti života, umírání, smrt. Vděk ze strany klienta nebo rodiny

naprosto nemusí odpovídat úsilí a námaze, kterou pracovník vynaložil. Specifickým problémem poslední doby je konflikt rolí, kdy pracovník nezřídka má fungovat jako manažer nebo administrátor a zároveň jako ten, kdo poskytuje podporu a pomoc. Specifickým rysem práce je většinou snadná dostupnost nejrůznějších i návykových látek a tendence k samoléčení a snadná dostupnost informací (internet). V poslední době přibývá nedůvěry pacientů, připravenost k soudnímu posouzení, hledání „viníka“. Konflikt rolí, kdy jisté nároky ze strany profese nelze uspokojit, aniž by tím alespoň částečně netrpěla rodina a naopak určité nároky rodiny není snadné uspokojit, aniž by tím netrpěla profese. Tento konflikt rolí je zvláště patrný u žen.

K dalším nespecifickým zátěžovým faktorům patří třísměnný provoz, někdy i dlouhodobá spánková deprivace, nutnost rozhodovat se i při neúplných informacích, časové nároky a nároky na průběžné vzdělávání a adaptaci nové situaci a novým přístupům, nároky plynoucí z týmové práce a interpersonálních problémů, které v těsně pracujících týmech vznikají. Kooperaci v týmu pochopitelně zhoršují okolnosti jako nedostatečná gratifikace, vyčerpání, konfliktní zájmy a soupeření, finanční problémy atd.

Dalším nespecifickým zátěžovým faktorem je nárazový charakter práce v mnoha oborech, finanční otázky, velká míra administrativních úkonů na úkor přímé péče. Pracovník bývá náhle zavalen složitými někdy navzájem neslučitelnými úkoly, které má zvládat ve velmi omezeném čase.

### ***Specifické zátěžové faktory u sociálních pracovníků***

Výzkumné práce z této oblasti jsou zatím pouze ojedinělé. Ukazují však některé zajímavé souvislosti:

Status sociálního pracovníka naprosto nemusí odpovídat míře praktických dovedností potřebných pro praxi a neodpovídá ani jejich finančnímu ohodnocení. Okolnost, že většina sociálních pracovníků tyto nároky nějak zvládne, ještě neříká, za jakou je to cenu. Více jsou patrně ohroženy mladé sociální pracovnice. Specifika práce sociálních pracovníků je spojena především s tím, že s nemocnými stráví většinou podstatně více času než lékař, duševní i tělesné problémy klientů se jich mohou více dotýkat. Za stresující považují sociální pracovníci složitost své práce a okolnost, že se od nich chce často v krátkém časovém úseku mnoho různých věcí, dále pak pracovní přetížení a péči o umírající. Sociální pracovníci často poukazují na hlavní stresory, jako jsou přepracovanost, nedostatečnou možnost řídit vlastní práci, zmatení rolí, směnný provoz, rotaci



a mechaničnost práce. Vysoká míra stresu souvisí s nedostatkem času, nedostatečným finančním ohodnocením a pochybnostech o systému sociální péče.

*Studenti sociální práce* - začátek praxe může vést u studentů k velkému stresu v souvislosti s přechodem od teorie k praxi, kdy student není připraven (teoreticky ani prakticky) na setkání s utrpením, s konečností existence člověka, se smrtí. Dostává se do rozporu se svým altruistickým přístupem a realitou (co mohu stihnout, co musím udělat). Častým faktorem je i přehlížení ze strany zkušenějšího personálu (lékaři, ale i sestřičky, psychologové), ztrapňování před klienty, pocit zbytečnosti, nekompetentnosti ze strany vyučujících i personálu.

#### ***Protektivní faktory práce ve zdravotnictví***

K protektivním faktorům patří lepší úroveň znalostí týkající se zdraví (v rovině somatické, ale především psychosociální) a jeho ochrany a lepší informovanost o tom, kde hledat v případě potřeby pomoc.

Práce v pomáhající profesi, jestliže je v souladu s hodnotovou orientací pracovníka, může také více než jiné profese dávat pocit smysluplnosti a zaujetí pro práci. Smysluplnost spolu s pocitem kontroly a schopností přijímat překážky a problémy jako výzvu a dále pružnost, patří k faktorům zvyšujícím odolnost vůči zátěžovým životním událostem. Z uvedených faktorů má právě zaujetí (commitment) patrně největší význam.

Nezastupitelnou roli prevence syndromu vyhoření u pomáhajících profesí sehrává aplikovaný systém celoživotního vzdělávání (semináře, pracovní a provozní porady) a supervize.

## **4.5 Popis příznaků syndromu vyhoření**

Příznaky syndromu vyhoření jsou vyjádřeny na všech úrovních bio-psycho-sociálního modelu zdraví (volně podle Kebza, Šolcová, 2003).

*Na psychické úrovni:*

Jedním ze základních pocitů, typických pro vyhoření, je pocit profesního neúspěchu, přesvědčení, že jedinec ztratil svůj potenciál fungovat a vyvíjet se ve své profesi. Důsledky tohoto selhání se projevují ve vztahu k sobě a k pracovní činnosti. Vztah k pracovní činnosti – žádoucí a oblíbené, která byla dříve náplní života – se mění a stává se

negativním, je provázen pocity zklamání a marnosti, až se zdá nemožné v této činnosti ještě někdy pokračovat. Pracovní výkon je zhoršen, často je též přítomna změna vztahu ke klientům ve smyslu negativních až cynických pocitů a postojů. Psychický stav je charakterizován pocity psychického, zvláště emocionálního vyčerpání, odosobněním a ztrátou zájmu na dalším osobním růstu, snížením osobních aspirací. Ve vztahu k původně vykonávané profesi a většině s ní souvisejících okolností se objevují hostilní (nepřátelské) pocity, úzkost, deprese, negativismus, emoční oploštění, lhostejnost. Vztah k sobě je charakterizován tendencí ke sníženému sebevědomí, k negativnímu mínění o sobě, zejména pokud jde o pracovní kompetenci. Výrazné je rovněž utlumení empatie a ztráta či výrazná redukce pozitivních vztahů k osobám, jimž má být poskytována určitá služba (např. pacientům, klientům, zákazníkům apod.), nebo s nimiž je jedinec v kontaktu a na jejichž hodnocení záleží efektivita jeho činnosti. Tyto osoby začínají být vnímány ne jako lidské bytosti, ale jako objekty, tvořící součást vnějšího prostředí. Dominuje pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí o něco již trvá nadměrně dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Výrazný je pocit celkového, především pak duševního vyčerpání, v duševní oblasti je pak prožíváno především vyčerpání emocionální, dále pak vyčerpání v oblasti kognitivní spolu s výrazným poklesem až ztrátou motivace. Únava je popisována dosti expresivně („mám toho po krk“, „jsem už úplně na dně“, „jsem k smrti unaven“, „cítím se vyždímaný“), což je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality. Dochází k utlumení celkové aktivity, ale zvláště k redukci spontaneity, kreativity, iniciativy a invence. Převažuje depresivní ladění, pocity smutku, frustrace, bezvýchodnosti a beznaděje, tíživě je prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho nízká smysluplnost. Objevuje se přesvědčení o vlastní postradatelnosti až bezcennosti, jež někdy hraničí až s mikromanickými bludy, projevy negativismu, cynismu a hostility ve vztahu k osobám, jež jsou součástí profesionální práce s lidmi (pacientům, klientům, zákazníkům apod.), pokles, až naprostá ztráta zájmu o témata související s profesí, často též negativní hodnocení instituce, v níž byla profese až dosud vykonávána, sebelítost, intenzivní prožitek nedostatku uznání. Iritabilita, někdy též (selektivní) interpersonální senzitivita. Redukce činnosti na rutinní postupy, užívání stereotypních frází a klišé.

*Na fyzické úrovni:*

Stav celkové únavy organismu, apatie, ochablost. Rychlá unavitelnost, dostavující se po krátkých etapách relativního zotavení.

Vegetativní obtíže: bolesti u srdce, změny srdeční frekvence, zažívací obtíže, dýchací obtíže a poruchy (nemožnost se dostatečně nadechnout, „lapání po dechu“ atd.). Bolesti hlavy, často nespecifikované. Poruchy krevního tlaku. Poruchy spánku. Bolesti ve svalech. Přetrvávající celková tenze. Zásahy do rytmu, frekvence a intenzity tělesné aktivity.

*Na úrovni sociálních vztahů:*

Celkový útlum sociability, nezájem o hodnocení ze strany druhých osob – výrazná tendence redukovat kontakt s klienty, často i s kolegy a všemi osobami, majícími vztah k profesi. Zjevná nechuť k vykonávané profesi a všemu, co s ní souvisí (plán či harmonogram práce, zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů). Nízká empatie (projevuje se často či téměř vždy u osob s původně vysokou empatií). Konkrétně – operační styl myšlení. Postupné narůstání konfliktů (většinou však nikoli v důsledku jejich aktivního vyvolávání, ale spíše v důsledku nezájmu, lhostejnosti a „sociální apatie“ ve vztahu k okolí.

### ***Profese ohrožené syndromem vyhoření***

(zdroj: SZÚ, 2009)

Na základě dosavadních studií o syndromu vyhoření v ČR byl vypracován přehled profesí, které jsou rizikové vzhledem ke vzniku burn-out syndromu:

- lékaři (zvláště klinici, z nichž lékaři v oborech onkologie, chirurgie, JIP, LDN, psychiatrie, gynekologie, pediatrie apod.)
- zdravotní sestry
- další zdravotničtí pracovníci (ošetřovatelky, laborantky, technici apod.)
- psychologové a psychoterapeuti
- sociální pracovníci a pracovnice ve všech oborech
- učitelé na všech stupních škol
- pracovníci pošt všeho druhu, zvláště pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé
- dispečeři a dispečerky (záchranné služby, dopravy apod.)
- policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek
- právníci, zvláště advokáti

- pracovníci věznic (dozorci, ale i další zaměstnanci)
- profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), politici, manažeři
- poradci a informátoři
- úředníci v bankách a úřadech, orgánech státní správy
- za určitých okolností (především podle celkové prestiže státu, jeho postavení z hlediska mezinárodního srovnání, prosperity, stavu ekonomiky) příslušníci ozbrojených sil (armáda, letectvo)
- duchovní a řádové sestry
- některé nezaměstnanecké kategorie, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými lidmi, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny působení chronického stresu – např. u výkonných (špičkových) umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti apod.)
- syndrom burn-out je možné zaznamenat také u vysokoškoláků nastupujících do zaměstnání a dokonce i v soukromém životě, např. v manželství

## 4.6 Proces vývoje syndromu vyhoření

Burn-out syndrom chápeme jako *proces*, který trvá mnoho měsíců i let a jehož vrcholem je vyhoření. Probíhá v několika fázích, které jsou různými autory popisovány různě, jak do počtu fází, tak způsobem hodnocení. Některé fáze syndromu vyhoření mohou být na člověku výrazně patrné, jiné mohou být jen naznačené a nevýrazné. Někdy si člověk uvědomuje, že je „přepracovaný“, jindy se necítí dobře a neví proč. Příčinu hledá většinou jinde, než ve svém životním rytmu a komunikačních stylech.

Identifikace fáze syndromu vyhoření vychází jednak z pozorování jednotlivých příznaků u osob, v jejichž chování se burn-out syndrom začíná projevovat, tak ze subjektivního hodnocení psychického stavu a samozřejmě ze speciálních psychologických metod, jež byly k diagnostice tohoto syndromu zkonstruovány. Nejužívanějšími metodami jsou dotazníky, založené na posuzovacích škálách: např.



## 5 Závěr

Skripta vycházejí ze zkušeností výuky předmětu psychopatologie na Ústavu sociální práce v Hradci Králové, kdy je potřeba zaměřit okruh znalostí tohoto předmětu na potřeby studentů budoucích sociálních pracovníků. Důvodem sepsání těchto skript je stále narůstající počet lidí s různou formou narušené psychiky, tím stoupá i pravděpodobnost výskytu psychopatologických projevů u klientů ve všech pomáhajících profesích (psychologové, sociální pracovníci, zdravotníci, pedagogové, atd.). Poznatky o duševních poruchách patří proto k nezbytným předpokladům pro práci sociálních pracovníků, a to v rovině norma – psychopatologické změny. V žádném případě nejde o diagnostiku a terapii, ale o vnímání poruch psychiky jedince v kontextu sociální péče (změny chování, kognitivní poruchy související s věkem, emoční svět klienta a jeho změny apod.).

Na druhé straně je nutné připomenout současnou zvyšující se tendenci výskytu syndromu vyhoření u pracovníků v pomáhajících profesích. Z tohoto důvodu je věnována velká část skript této problematice - zátěžovým faktorům sociální práce a projevům syndromu vyhoření. V neposlední řadě je součástí skript přehled poznatků v oblasti stresu a jeho zvládnání.

Skripta budou aktualizována na základě požadavků výuky. Pro čtenáře může být zdrojem poznatků uvedená literatura, která byla podkladem pro sepsání těchto skript.

## 6 Literatura

- ARISTOTELES. In ANTON, J. P. *Aristotle's Ethics: Essays in Ancient Greek Philosophy*. New York: The State University of New York Press, 1991. ISBN 0-8739-5050-X.
- BALCAR, K. Dotazník osobní příčinné orientace I: Konstrukce, standardizace a psychometrická analýza. *Čs. Psychologie*, 1996, roč. 40, č. 1, s. 28-38. ISSN 0009-062X.
- BECKER, P. Theoretische Grundlagen. In: *Abele, A., Becker, P. (Eds.): Wohlbefinden, Juventa*, 1991. s. 13-49.
- BIDDLE, S. J.; FOX, K. R. Exercise and health psychology: Emerging relationship. *Brit. J. Medic. Psychol*, 1989, roč. 62, č. 3, s. 205-261. ISSN 0007-1129.
- BRANDBURN, N. M. *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine Publishing Company, 1969.
- BRANDON, J. E.; LOFTIN, J. M.; CURRY, J. Role exploration of stress reactivity. *Perceptual and Motor Skills*, 1991, roč. 73, č. 3, s. 1171-1180. ISSN 0031-5125.
- BUSS, D. M. The evolution of happiness. *American Psychologist*, 2000, roč. 55, č. 1, s. 15-23. ISSN 0003-066X.
- CARLSON, J. G.; HARRIGAN, R. C.; SEELEY, Z. C. M. The wellness behavior interaction model. *Internat. J. Stress Management*, 1997, roč. 4, s. 145-169. ISSN 1072-5245.
- CRAMER, S.; NIEMAN, D. C.; LEE, J. W. The effect of moderate exercises training on psychological well-being and mood state in women. *Journal of Psychosomatic Research*, 1991, roč. 35, č. 4-5, s. 437-449. ISSN 0022-3999.
- DEAR, K.; HENDERSON, S.; KORTE, A. Well-being in Australia – findings from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2002, roč. 37, č. 11, s. 503-509.
- DENEVE, K. M.; COOPER, H. A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychol. Bulletin*, 1998, 124, s. 197-229. ISSN 0033-2909.
- DIENER, E. Subjective well-being. *Psychol. Bulletin*, 1984, 95, s. 542-575. ISSN 0033-2909.

- DIENER, E. et al. The Satisfaction With Life Scale. *J. Personality Assessment*, 1985, 49, s. 71-75. ISSN 0022-3891.
- DIENER, E. Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 2000, roč. 55, č. 1, s. 34-43. ISSN 0003-066X.
- DŽUKA, J.; DALBERT, C. Model aktuálnej a habituálnej subjektívnej pohody. *Čs. Psychologie*, 1997, roč. 41, s. 385-398. ISSN 0009-062X.
- EMERY, C. F.; HAUCK, E. R.; BLUMENTHAL, J. A. Exercise adherence or maintenance among older adults: 1-year follow up study. *Psychology and Aging*, 1992, roč. 7, č. 3, s. 466-470. ISSN 0882-7974
- FREY, B. S.; STUTZER, A. *Happiness and economics: how the economy and institutions affect human well-being*. Princeton, Princeton University Press, 2001. ISBN 0-69-1-06998-0.
- HEADEY, B.; WEATING, A. Personality, life events, and subjective well-being: Toward a dynamic equilibrium model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, roč. 57, s. 731-739. ISSN 0022-3514.
- HEADEY, B.; WEATING, A. *Understanding happiness: A theory of subjective well-being*. Melbourne: Longman Cheshire, 1992. ISBN 0582875080.
- HNILICA, K. Konflikt hodnot a kvalita života. *Čs. psychologie*, 2000, roč. 44, s. 385-403. ISSN 0009-062X.
- HNILICA, K.: Kvalita života onkologických pacientů. *Čs. psychologie*, 2002, roč. 46, s. 22-34. ISSN 0009-062X.
- HUNT, A. Musculoskeletal fitness: the keystone in overall well-being and injury prevention. *Clin. Orthop*, 2003, 409, s. 96-105.
- KEYES, C. L. M. Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 1998, roč. 61, s. 121-140. ISSN 0190-2725.
- KOLMAN, L.; NOOTDERHAVEN, N. G.; HOFSTEDE, G.; DIENER, E. Cross-cultural differences in Central Europe. *Journal of Managerial Psychology*, 2003, roč. 18, č. 1, s. 76-88. ISSN 0268-3946.



- KOVÁČ, D. Kvalita života – naliehavá výzva pre vedu nového storočia. *Čs. psychologie*, 2001, roč. 45, s. 34-44. ISSN 0009-062X.
- KŘIVOHLAVÝ, J.: *Psychologie zdraví*. Praha: Portál, 2001. ISBN 80-7178-551-2.
- LEVIN, J. S.; CHATTERS, L. M. Religion, health and psychological well-being in older adults. *J. Aging and Health*, 1998, roč. 10, s. 504-531. ISSN 0898-2643.
- MAREŠ, J. Pozitivní psychologie: důvod k zamyšlení i výzva. *Čs. psychologie*, 2001, roč. 45, s. 97-117. ISSN 0009-062X.
- NORRIS, R.; CARROL, D.; COCHRANE, R. The effects of physical activity and exercise training on psychological stress and well-being in an adolescent population. *Journal of Psychosomatic Research*, 1992, roč. 36, č. 1, s. 55-65. ISSN 0022-3999.
- NORWELL, N.; MARTIN, D.; SALAMON, A. Psychological and physiological benefits of passive and aerobic exercise in sedentary middleaged women. *J. nervous and mental Disease*, 1991, roč. 179, č. 9, s. 573-574. ISSN 0022-3018.
- PREISS, J.; HAAS, T. Kvalita života a epilepsie. Některé psychometrické charakteristiky české verze ESI-55, dotazníku pro operace epilepsie. *Čs. psychologie*, 1999, roč. 43, s. 309-322. ISSN 0009-062X.
- PREISS, J.; HAAS, T. Změny v kvalitě života nemocných epilepsií v období 1980-1998. *Čs. psychologie*, 2000, roč. 44, s. 355-364. ISSN 0009-062X.
- PRIOR, P. M.; HAYES, B. C. The relationship between marital status and health: An empirical investigation of differences in bed occupancy within health and social care facilities in Britain, 1921-1991. *Journal of Family Issues*, 2003, roč. 24, č. 1, s. 124-148. ISSN 0192-513X.
- PTÁČKOVÁ, A. Srovnání kvality života před a jeden rok po transplantaci jater. *Čs. psychologie*, 1999, roč. 43, s. 338-348. ISSN 0009-062X.
- ROTH, D. L.; HOLMES, D. S. Influence of physical fitness in determining the impact of stressful life events on physical and psychological health. *Psychosomatic Medicine*, 1985, roč. 47, s. 164-173. ISSN 0033-3174.
- RYFF, C. D.; KEYES, C. L. M. The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, roč. 69, s. 719-727. ISSN 0022-3514.

- SYŘIŠŤOVÁ, E.; DOBIÁŠ, J. *Normalita osobnosti*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1972. 232 s.
- ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Sociální opora jako významný protektivní faktor. *Čs. psychologie*, 1999, roč. 43, č. 1, s. 19-38. ISSN 0009-062X.
- ŠOLCOVÁ, I.; KEBZA, V. Nezaměstnanost a zdraví. *Čs. psychologie*, 2001, roč. 45, č. 2, s. 127-134. ISSN 0009-062X.

## 7 Rejstřík

<b>A</b>	<b>N</b>
Aktuální psychický stav, 27	Nezdolnost, 31, 32, 35, 41, 42
<b>B</b>	Normalita, 15, 58
Biopsychosociální model, 8	<b>O</b>
Burn-out syndrom, 32, 33, 51, 52, 53	Obranyschopnost organismu, 23, 26, 27
<b>C</b>	Osobní pohoda, 11, 12
Coping, 28, 30, 42	<b>P</b>
<b>D</b>	Poplachová reakce, 22
Distres, 19, 21, 29	Protektivní faktory, 36, 47, 49
Duševní zdraví, 5, 6, 10	<b>R</b>
<b>E</b>	Rezistence, 22, 23
Eustres, 19, 21	<b>S</b>
<b>F</b>	Sociální opora, 28, 31, 32, 35, 37, 43, 45, 58
Frustrace, 17, 18, 19, 50	Sociální systémy, 8
<b>G</b>	<b>T</b>
Genotyp, 17	Tělesná zdatnost, 12, 13, 38
<b>H</b>	<b>V</b>
Hyperstres, 19	Vyčerpání, 23, 32, 33, 34, 35, 40, 48, 50, 53
Hypostres, 19	<b>W</b>
<b>Ch</b>	Well-being, 10, 11, 12, 13, 37, 55, 56, 57
Chování typu A/B, 39	Workoholismus, 39
<b>K</b>	<b>Z</b>
Konflikt, 17, 18, 35, 47, 48, 56	Zátěž, 10, 18, 21, 22, 31, 44
	Zátěžové faktory, 47, 48

Redakční rada Edice texty k sociální práci:

Mgr. Karel Bauer; Mgr. Radka Janebová, Ph.D.; PhDr. Martin Smutek, Ph.D.;

Mgr. Zuzana Truhlářová, Ph.D.



Řada: Vybrané kapitoly z teorií a metod sociální práce – sv. 8

Název: **Kapitoly z psychopatologie pro studenty sociální práce**

Rok a místo vydání: 2013, Hradec Králové

Vydání: první

Náklad: 200

Vydalo nakladatelství Gaudeamus při Univerzitě Hradec Králové jako svou 1247. publikaci.

**ISBN 978-80-7435-307-9**