

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA

Jiří Baudyš

Syndrom vyhoření

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2008

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE
FILOZOFICKÁ FAKULTA
KATEDRA ANDRAGOGIKY A PERSONÁLNÍHO ŘÍZENÍ

magisterské prezenční navazující studium 2006-2008

Jiří Baudyš

Syndrom vyhoření

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Praha 2008

Vedoucí diplomové práce:	PhDr. Ivana Šnýdrová, CSc.
Oponent diplomové práce:
Datum obhajoby:
Výsledek obhajoby:

Prohlašuji,

že tuto předloženou diplomovou práci jsem vypracoval zcela samostatně a uvádím v ní veškeré prameny, které jsem použil.

OBSAH

	Strana
0 Úvod	5
1 Definice syndromu vyhoření	7
2 Příznaky vyhoření	11
3 Stadia vyhoření	14
4 Vnější faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření	17
5 Vnitřní faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření	19
5.0 Úvod	19
5.1 Syndrom vyhoření a charakteristiky osobnosti	20
5.1.0 Úvod	20
5.1.1 Úvahy z hlediska osobnostních rysů	22
5.1.2 Úvahy z hlediska dalších vnitřních faktorů	28
5.1.2.1 Chování A a B	28
5.1.2.2 Orientace na dobrý výkon	29
5.1.2.3 Bezmezné zaujetí	31
5.1.2.4 Smysl pro soudržnost	31
5.1.2.5 Tvrdost a nepoddajnost	32
6 Diagnostika syndromu vyhoření	34
6.1 Orientační samoobslužné dotazníky	34
6.2 Specifický odborný diagnostický dotazník	36
6.3 Další odborné diagnostické dotazníky	39
7 Diagnostická klasifikace syndromu vyhoření	42
8 Syndrom vyhoření a psychické poruchy	43
8.0 Úvod	43
8.1 Syndrom vyhoření a neurotické poruchy	45
8.2 Syndrom vyhoření a poruchy osobnosti	48
9 Diferenciální diagnóza syndromu vyhoření	51
9.1 Syndrom vyhoření a stres	51
9.2 Syndrom vyhoření a odcizení	54
9.3 Syndrom vyhoření a alexithymie	55

9.4	Syndrom vyhoření a neuróza	56
9.5	Syndrom vyhoření a deprese	57
9.6	Syndrom vyhoření a chronický únavový syndrom	58
10	Diagnostika disponovaných jedinců	60
11	Profylaxe a prevence syndromu vyhoření	65
11.0	Úvod	65
11.1	Preventivní opatření na straně jedince	66
11.2	Preventivní opatření na straně organizace	70
12	Léčba syndromu vyhoření	72
12.0	Úvod	72
12.1	Daseinsanalýza	73
12.2	Logoterapie	75
12.3	Gestalt terapie	77
12.4	Rogerovská psychoterapie	79
13	Závěr	82
14	Soupis bibliografických citací	85
15	Příloha A: Čtyři typy osobnosti podle Eysencka	91
16	Příloha B: Čtyři typy osobnosti podle Learyho	92
17	Příloha C: Orientační dotazník	93
18	Příloha D: Samoobslužný test vyhoření	95
19	Příloha E: Dotazník BM	97

0 ÚVOD

Setkáváme se s nimi snad každý den. Ve vlaku, v autobuse, tramvaji či na ulici. S lidmi, jejichž pohled je stejně vyhaslý jako jejich nadšení. S osobami na první pohled unavenými, úzkostně schoulenými do sebe, nespokojenými. Letmé setkání nám neuškodí, avšak běda, staneme-li se na nich více či méně závislí. A to se může stát poměrně snadno, vždyť syndrom vyhoření v mnoha případech postihuje pracovníky pomáhajících profesí.

Výkon povolání, jehož náplní je pomoc ostatním, však není jediným zdrojem vyčerpání, zklamání, pesimismu a beznaděje. Syndrom vyhoření postihuje i příslušníky jiných profesí, jak se ozřejmí na následujících stránkách. Tato diplomová práce si okrajově všímá rovněž dalších problémů, onemocnění či poruch, které mají psychický původ. Projevují se stejně či podobně, a bývají proto snadno se syndromem vyhoření zaměňovány.

Podle Amerického ústavu pro stres (American Institute of Stress) se podíl pracovníků postižených syndromem vyhoření blíží až k polovině (Moore, 2005). Tento údaj se vztahuje k populaci ve Spojených státech a lze jej chápat pouze jako jeden z více či méně přesných odhadů. Různé prameny uvádějí různá čísla v opravdu širokém intervalu, obvykle od několika desetin procenta do 50 procent. Kromě konkrétní složky vyhoření, na kterou se výzkumy prevalence zaměřují, je pro stanovení celkového podílu také rozhodující způsob výběru zkoumaných osob, obsah práce, kterou vykonávají, délka jejich praxe, věk a řada dalších, především osobnostních činitelů. V zásadě jde o komplex faktorů vnějších, souvisejících s charakterem práce, a vnitřních, jež jsou spjaty

s osobností jedince. Jedním z cílů této diplomové práce je utřídit tyto činitele a vyhodnotit je z hlediska možné profylaxe a prevence.

Vyhoření trápí nejen postižené jedince, ale i jejich okolí. S nárůstem emocionálního vyčerpání, ztrátou úcty k druhým lidem a snížením výkonnosti se snižuje kvalita života postižených. Důsledkem bývají psychické i somatické potíže, neshody v rodinném životě a vyšší míra požívání alkoholu a jiných návykových látek. Zároveň se ale také snižuje kvalita odvedené práce, a to už se týká všech klientů, pacientů či studentů svěřených do péče postiženého. Celospolečenskou závažnost podtrhuje zřetelná souvislost vyhoření s fluktuací, absencemi i poklesem významu morálních hodnot.

Do nenávratna tak mizí úsilí spojené s nemalými finančními částkami i časem věnovaným na přípravu pracovníků pro výkon povolání. Přestože si postižený jedinec kdysi úspěšně osvojil vědomosti, znalosti a dovednosti potřebné pro výkon povolání, odvádí nyní nekvalitní práci. Často se chová ke svým klientům, pacientům, žákům či partnerům s cynickým přezíráním a zdráhá se jim pomáhat. V této souvislosti se nabízí myšlenka, že už v procesu vzdělávání je vhodné klást důraz nejen na získávání nezbytných kompetencí pro výkon povolání, ale i na osvojení mechanismů, které povedou k jejich udržení a zachování v průběhu celé profesionální kariéry. Potencionálnímu riziku vyhoření je nutné věnovat pozornost s cílem předcházet jeho nástupu a v případě rozvoje tohoto syndromu vyvinout veškeré možné úsilí k návratu postiženého jedince k plnohodnotnému životu.

Upřímné poděkování patří PhDr. Ivaně Šnýdrové, CSc. Za cenné poznatky, připomínky a názory, kterými se účinně podílela na vytvoření této diplomové práce.

1 DEFINICE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Se syndromem vyhoření, označovaným také jako syndrom vyhasínání či anglickým výrazem burnout syndrome, se setkáváme v odborné literatuře od 70. let 20. století. Příznaky a průvodní jevy spojené s tímto syndromem se vyskytovaly dávno předtím, avšak své označení poprvé získaly v roce 1974 v publikaci *Burnout: The High Cost of High Achievement* německého psychologa Herberta Freudenbergera (Infoplease, 2007). Autor zde uvedl pojem burnout ve významu „...vymizení motivace či stimulace motivace, především pokud nadšení pro věc či vztah nevede k požadovaným výsledkům“¹ (přel. J.B.).

Za více než tři desetiletí se o co nejpřesnější vymezení tohoto pojmu pokusila vytvořit řada vědců. Sám původce označení, Herbert Freudenberger, podal následující definici: „Burnout je konečným stadiem procesu, při němž lidé, kteří se hluboce něčím emocionálně zabývají, ztrácejí své původní nadšení (svůj entuziasmus) a svou motivaci (své vlastní hnací síly)“ (Křivohlavý, 1998, s. 49).

V podobném duchu, avšak s odkazem na konkrétně určenou, úzce vymezenou skupinu povolání, uvažují Hartl, Hartlová (2000). Syndrom vyhoření definují jako ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníků některé z pomáhajících profesí. V dalším textu si pak všímají jeho signifikantních příznaků.

Ve snaze vykreslit vyhoření v celé jeho pestrosti podává Křivohlavý (1998) téměř dvě desítky postřehů významných psychologů, kteří se studiem tohoto jevu dlouhodobě zabývali. Jako

¹ „...the extinction of motivation or incentive, especially where one's devotion to a cause or relationship fails to produce the desired results.“

příklad uvádím několik myšlenek Caryho Chernisse, jenž charakterizoval burnout jako:

- reakci na práci, která člověka mimořádně zatěžuje;
- situaci naprostého vyčerpání sil;
- pocit člověka, který dospěl k závěru, že již nemůže jít dále;
- stav, kdy člověk ztratil naději, že se ještě něco může změnit.

Donald Oken tvrdí, že „burnout je stav člověka, který se opětovně setkává s neřešitelnými problémy“. Křivohlavý (1998, s. 48) dodává na vysvětlenou, že autor definice pracoval řadu let jako lékař a sám se do stavu vyhoření dostal.

Spoluautorka významné diagnostické pomůcky ke zjišťování syndromu vyhoření, dotazníku MBI, Christina Maslach uvádí, že „...burnout je syndrom emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobního výkonu, který se může projevovat mezi jedinci pracujícími nějakým způsobem s jinými lidmi.“² (Längle, 1997, s. 12, přel. J.B.)

Ruská odborná literatura často předsouvá před slovo vyhoření přívlastek „profesionální“ a hovoří pak o syndromu profesionálního vyhoření. Ten pak Samoukina (2005, s. 1) volně definuje jako „...syndrom vyvíjející se na pozadí stresu a vedoucí k vyčerpání

² „...burnout is a syndrome of emotional exhaustion, depersonalisation and reduced personal accomplishment that can occur among individuals who do “people work” of some kind.”

emocionálně-energetických a osobnostních zdrojů pracujícího člověka“³ (přel. J.B.).

Podle Křivohlavého (1998) lze v řadě definic najít některé společné charakteristiky:

1. Uvádějí řadu emocionálních příznaků charakteristických například pro stav emocionálního vyčerpání, únavy, deprese.
2. Zdůrazňují příznaky v chování lidí v porovnání s příznaky fyzickými (tělesnými).
3. Uvádějí syndrom vyhoření vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání.
4. Příznaky vyhoření se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, tj. nejde o psychologicky narušené osobnosti.
5. Snížená výkonnost úzce souvisí s negativními postoji jedince a z nich vyplývajícího chování.

Všechny definice jsou obrazem určitého způsobu chápání syndromu vyhoření, přičemž více než třicet let výzkumů vyústilo v řadu různých pojetí tohoto jevu. Vždyť jen v rozmezí let 1982 až 1987 bylo v bibliografické databázi MEDLINE nalezeno 207 psychologicko-medicínsky orientovaných studií zaměřených na tuto problematiku. Ve snaze najít společného jmenovatele lze dospět k následujícím závěrům (Kebza, Šolcová, 2003):

1. Jde především o psychický stav, prožitek vyčerpání.
2. Vyskytuje se zvláště u nositelů profesí, u nichž tvoří „práce s lidmi“ podstatnou složku pracovní náplně.

³ „...sindrom rozvíjajúčijsja na fone chroničeskovo stressa i veduščij k istoščeniiju emocionalno-energetičeskich i ličnostnych resursov rabotajuščevo čeloveka.“

3. Tvoří jej řada symptomů především v oblasti psychické, částečně však též v oblasti fyzické a sociální.
4. Klíčovou složkou syndromu je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání a často i celková únava.
5. Všechny hlavní složky tohoto syndromu resultují z chronického stresu.

2 PŘÍZNAKY VYHOŘENÍ

Podobně jako vyhoření samotné bývají i jeho příznaky popisovány nejrůznějším způsobem. Čáp, Mareš (2001) uvádějí následující projevy:

- chronický stav vyčerpání,
- utlumení dřívější aktivity, iniciativy a kreativity,
- depresivní a občas podrážděná nálada, pocit otrávenosti, nudy,
- změny v postoji k činnosti, které se člověk plně věnuje,
- případně i změna ve vztahu k lidem – komunikace se pro člověka stává nepříjemnou a vytrácí se snaha pomáhat druhým,
- značně snížené sebehodnocení,
- ztráta ideálů, v krajních případech přechod až k cynismu a nihilismu,
- různé somatické obtíže,
- zvýšené riziko vzniku závislosti (na kouření, alkoholu apod.).

Průcha (2002, s. 28) si všímá „vyhasínajícího“ učitele, tedy učitele ve stavu, kdy „...ztrácí zájem o svou práci, provádí ji rutinně a bez nadšení, výkon profese jej unavuje až vyčerpává atd.“. U učitelů to bývá spojeno hlavně s únavou z vyučování, s obavami ze styku s rodiči, se zklamáním z vlastní profesionální neúspěšnosti, s nezájmem o další sebevzdělávání, s odporem k veškerým pedagogickým inovacím a dalšími průvodními jevy.

Někdy se rozlišují dvě skupiny příznaků vyhoření: subjektivní a objektivní. Kromě již uvedených či poněkud odlišně formulovaných subjektivních příznaků je podle Křivohlavého (1998) syndrom

vyhoření charakterizován také problémy špatného soustředění pozornosti a negativismu. Objektivní příznaky pak podle téhož autora (Křivohlavý, 1998, s. 51) „...zahrnují po celou řadu měsíců sníženou výkonnost. Tato okolnost je zjištělná i spolupracovníky (kolegy), příjemci služeb (zákazníky, pacienty, klienty, stranami, žáky, studenty atp.)“.

Již tak široké spektrum nespecifických příznaků lze ještě dále obohatit. Moore (2005) uvádí ztrátu chuti k jídlu či naopak přejídání, které může v kombinaci s nedostatkem pohybu vést ke zvyšování tělesné hmotnosti. K dalším příznakům podle této autorky patří nespavost a zapomnětlivost spolu s tendencí k vyššímu příjmu léků, alkoholu, cigaret a jiných návykových látek.

Jedno z nejsystematičtějších rozčlenění příznaků vyhoření podává švýcarské sdružení Swiss Burnout (Was ist Burnout, 2007):

1. psychické příznaky: psychické vyčerpání, sklíčenost, agresivita, obavy, nervozita,
2. somatické příznaky: tělesné vyčerpání, únava, poruchy spánku, tělesné napětí, poruchy trávení, bolesti hlavy, závratě, hypertonie, tachykardie,
3. kognitivní příznaky: poruchy soustředění, snížená rozhodovací schopnost, pochybování o sobě, ztráta jakékoliv motivace, pocity zklamání, rezignace, nudy, pocit naprosté citové prázdnoty,
4. behaviorální příznaky: zvýšená nebo snížená aktivita, impulzivní chování, váhavost, sklon ke konzumnímu způsobu života s důrazem na hmotné statky, zvýšená rizikovitost chování, zanedbávání aktivit volného času.

Navzdory různému přístupu ke klasifikaci příznaků je zřejmé, že obraz syndromu vyhoření je velice pestrý. Paleta příznaků je natolik široká, že sotva může sloužit k jednoduchému a jednoznačnému diagnostikování vyhoření. Syndrom se navíc projevuje poznenáhlu, v několika etapách, plíživě, a tak je leckdy zpozorován příliš pozdě.

3 STÁDIA VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření zahrnuje řadu příznaků, z nichž některé vystupují ve vzájemně příčinné souvislosti, jiné izolovaně. Některé v časové posloupnosti, jiné současně. Sotva se však mohou projevat ve stejném okamžiku a ve stejné intenzitě. Rozlišit tak lze různé fáze neboli stádia vyhoření. Jejich počet bývá uváděn různými čísly, přičemž někteří z autorů postupem času docházejí k novějším poznatkům a svá přesvědčení následně upravují.

Sám původce pojmu burnout, Freudenberger, uváděl zpočátku jen dvě stádia, a to stádium „...přítomnosti pocitů a poté ztráty pocitů...“⁴. V roce 1992 však již popisuje 12 stádií (Längle, 1997, s. 13, přel. J.B.):

1. nutkání se prosadit,
2. zvýšené úsilí, nasazení,
3. drobnější opomíjení potřeb,
4. přehlížení vnitřních konfliktů a zanedbávání potřeb,
5. odlišné chápání hodnot,
6. další popírání vzniklých problémů,
7. stáhnutí se zpět,
8. nápadné změny chování,
9. depersonalizace, ztráta pocitů lidství,
10. vnitřní prázdnota,
11. deprese,
12. naprosté vyčerpání syndromem vyhoření.

V literatuře se však často hovoří o čtyřech stádiích, z nichž každé bývá dále členěno do tří až čtyř fází. Pro zjednodušení uvádí

⁴ „...ein empfindendes und danach ein empfindungsloses...“

švýcarské sdružení Swiss Burnout (Was ist Burnout, 2007) pouze tři stádia:

1. stádium:

Obvykle je (a mělo by být) chápáno jako výstraha. Projevuje se zvýšeným odhodláním plnit pracovní cíle. S tím souvisí zvýšená aktivita a pocity nenahraditelnosti. V konečné fázi tohoto stádia dochází k omezení přátelského přístupu ke klientům a kolegům. To vše bývá doprovázeno únavou, nedostatkem energie, poruchami spánku a zvýšeným rizikem nehod.

2. stádium:

Nápadné je snížení angažovanosti, jež se projevuje ztrátou pozitivního přístupu ke klientům, únikem před mezilidskými vztahy, poruchami soustředění při běžných pracovních diskuzích, odmítáním odpovědnosti za problémy a jejím přesouváním na jiné osoby, především klienty. V této době bývá nápadné častější používání profesionálního žargonu. Ve vztahu k ostatním se projevuje nedostatek soucitu, okázalé nepochopení a neschopnost naslouchat. Běžným příznakem je narůstající cynismus. V tomto stádiu jsou běžné konflikty v rodině a zvýšená žárlivost vůči partnerovi.

3. stádium:

Časté jsou pocity sebeobviňování a sebelítosti, úzkosti a zatrpklosti. Postižený ztrácí sebeúctu a cítí se slabý a na pokraji sil. Nedokáže se dobře ovládat a v jeho postojích převládá pesimismus. Chování je charakterizované agresivními reakcemi ve formě výčitek vůči jiným, netolerantního jednání, výbušností a nedůvěrou k ostatním. To vše brání jedinci úspěšně se začlenit do kolektivu a podílet se na týmové práci. V některých případech dokonce hrozí sebevražda. Zřetelné jsou také psychosomatické potíže, snižuje se

schopnost imunitního systému, projevují se porucha spánku a často se objevují noční děsy. Vždy jsou přítomny také sexuální problémy. Narušeno bývá rovněž zažívání – běžně se vyskytuje nucení ke zvracení, změny tělesné hmotnosti a změny ve stravovacích návycích. V tomto stádiu se postižený často uchyluje ke kouření a zvýšenému požívání alkoholu či jiných návykových látek.

4 VNĚJŠÍ FAKTORY VZNIKU A ROZVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Řada výše uvedených vymezení i pestrá paleta příznaků napovídá, že proces psychického vyhoření je podmíněn mnoha faktory. Ponechejme zatím stranou činitele na straně konkrétního člověka, neboť úvahy o vlivu osobnostních charakteristik na vznik a rozvoj syndromu vyhoření jsou předmětem kapitoly 5. Následující řádky budou věnovány činitelům, které působí z vnějšího prostředí.

Základní charakteristikou syndromu vyhoření je jeho vazba na zaměstnání (Kebza, Šolcová, 2003). Samoukina (2005) vymezuje pět situačních okruhů, které představují zvýšenou hrozbu výskytu syndromu vyhoření:

1. situace, které si v důsledku charakteru povolání vynucují časté a intenzivní jednání s různými lidmi, ať už známými nebo neznámými – to se týká především vedoucích zaměstnanců, prodejců, zdravotníků, sociálních pracovníků, učitelů a dalších profesí;
2. situace, které navozují neustálý vnitřní konflikt v souvislosti s prací, například konflikt mezi prací a rodinou (který často pociťují především ženy);
3. situace silné nestability ve vztahu k zaměstnání, nejistoty udržet si pracovní místo, kterou mohou pociťovat především starší zaměstnanci a lidé, kteří pracují samostatně a jsou nuceni si obstarávat zakázky;
4. situace, ve kterých se člověk setkává s dosud nepoznaným úkolem a je nucen k vysokému výkonu – takové vysoké zátěži bývají vystaveni například čerství

absolventi škol, kteří někdy pociťují nedostatečnou kompetenci k řešení náročných úkolů na pracovišti.

5. situace nuceného soužití velkoměstského obyvatelstva, kdy se člověk setkává s velkým množstvím neznámých lidí.

Vnější podmínky a okolnosti lze chápat i v konkrétnější rovině – ve vazbě na jednotlivá povolání. Podle Křivohlavého (1998) jsou syndromem vyhoření ohroženi především:

- lékaři, zdravotní sestry a ostatní zdravotnický personál,
- psychologové, psychoterapeuti a psychiatři,
- sociální pracovníci,
- poradci ve věcech sociální péče,
- učitelé všech stupňů včetně pedagogů pracujících s duševně postiženými dětmi,
- policisté a pracovníci v nápravných zařízeních ministerstva spravedlnosti,
- novináři, politici a sportovci,
- podnikatelé, manažeři, obchodníci a řada dalších.

Také zde je vhodné zdůraznit, že žádná z popsanych situací ani žádné povolání nemůže samo o sobě rozvinout syndrom vyhoření. Možná je jeho spouštěcím mechanismem a určitě jednou z příčin. Ty další spočívají v osobnostních charakteristikách jednotlivce.

5 VNITŘNÍ FAKTORY VZNIKU A ROZVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ

5.0 ÚVOD

Před vlastními úvahami nad konkrétními charakteristikami osobnosti, které se v kombinaci s vnějšími faktory stávají příčinou ohrožení jedince syndromem vyhoření, je užitečné položit si obecněji laděnou otázku, u koho se objevují příznaky. Teď už bez ohledu na konkrétní obsah a požadavky vykonávaného povolání a zatím také bez uvažování o typických a odborně pojatých rysech osobnosti ohroženého jedince. Podle Křivohlavého (1998) jde o člověka, který:

- původně pociťoval velké nadšení ze své práce, které však postupem času ochablo;
- je ve svých požadavcích na sebe velmi náročný;
- vykonává práci, na kterou nestačí svými kompetencemi, schopnostmi, kapacitou atd.;
- býval nejvýkonnější a nejproduktivnější;
- býval nejodpovědnější a nejpečlivější;
- býval perfekcionista se snahou dělat vše co nejpřesněji a nejlépe.

Podle Čápa, Mareše (2001, s. 272) „...syndrom vyhoření zpravidla vzniká po předcházející chronické zátěži, kdy se množství každodenních nepříjemností stále opakuje a sumuje s dalšími zátěžemi...“. Kromě vnějších faktorů, jakými jsou hluk, prach, nepříznivá teplota a narušené životní prostředí, se k těmto dalším faktorům řadí také nezvládnuté problémy osobního života, nezdary v činnosti (ať už skutečný nebo domnělý) a vyhrocení konfliktu s osobami nejbližšího prostředí. Podle zmíněné dvojice autorů byl

člověk zviklán v přesvědčení o smysluplnosti vlastní práce, veškerého úsilí, případně celého života nebo bylo otřeseno jeho sebehodnocení, důvěra ve vlastní schopnosti.

Podle Křivohlavého (1998) trpí častěji syndromem vyhoření lidé žijící v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech. Nedokáží vyvinout zdravou míru asertivity a neumějí se prosadit bez agresivity. Jsou posedlí soupeřením a případný neúspěch přijímají jako osobní porážku. Pociťují ohrožení kladného sebehodnocení.

Naprosto rozhodující je, jak situaci vnímá konkrétní jedinec. Co hodnotí jako neúspěch, v čem spatřuje důvod pro soupeření, proč se mu nedostává kladného sebehodnocení. Co sám považuje za selhání, nemusí být stejně negativně hodnoceno jeho okolím. I kdyby snad žil v bludu, je jeho způsob prožívání tím rozhodujícím. Pro všechny psychické procesy včetně těch, které vedou k vyhoření.

5.1 SYNDROM VYHOŘENÍ A CHARAKTERISTIKY OSOBNOSTI

5.1.0 ÚVOD

Syndrom vyhoření postihuje především příslušníky jistých povolání při splnění určitých podmínek. Zatímco povolání i podmínky neboli situace lze zmapovat relativně snadno, je výčet mimořádně disponovaných jedinců spojen s mnoha obtížemi. Podle Guilforda je „...osobnost individua jeho jedinečný vzorec rysů“ (Nakonečný, 1998b, s. 499). V souladu se všeobecně uznávaným závěrem o interindividuální odlišnosti každého z několika miliard obyvatel této planety by bylo pochopitelně značně naivní pouštět se do členění, klasifikace či kategorizace jednotlivých vlastností s nadějí prokázat

univerzální platnost zjištěných závěrů. Proto se v tomto oddílu pokusím pouze naznačit možnost vyšší pravděpodobnosti výskytu syndromu vyhoření v závislosti na osobnostním vyladění jedince.

Vnitřní faktory, které se podílejí na vzniku a rozvoji procesů vedoucích k vyhoření jedince, úzce souvisejí s jeho osobností. Ta vystupuje v psychologii jako hypotetický konstrukt, „...tj. jako pojem vyjadřující a vysvětlující fakt, že duševní život člověka vykazuje určitou vnitřní organizaci, jednotu a dynamiku, která se projevuje navenek chováním a která funguje v závislosti na změnách organismu subjektu na jedné a změnách jeho životního prostředí na druhé straně“ (Nakonečný, 1998a, s. 142).

Charakteristiky lidské osobnosti „...se opírají o určité pojetí psychických vlastností osobnosti, opřené o zobecnění empirických poznatků“ (Nakonečný, 1998a, s. 180). Psychické vlastnosti bývají chápány jako relativně stálé způsoby reagování člověka v podobných situacích k okolí i k sobě samému. Dále se rozvíjejí a mění působením vnějších vlivů a na základě zkušenosti, výchovy a aktuálních stavů (Hartl, Hartlová, 2000).

Nakonečný (1998b, s. 528) užívá termín dimenze osobnosti „...s vědomím, že tu jde o překrývání identifikovatelných zvláštností, které osobnost vykazuje...“ a uvádí následující třídění jejích rysů:

- temperament,
- schopnosti,
- postoje,
- volní vlastnosti,
- motivy,
- charakter.

5.1.1 ÚVAHY Z HLEDISKA OSOBNOSTNÍCH RYSŮ

Z hlediska zkoumání podmíněnosti vzniku a rozvoje syndromu vyhoření osobnostními charakteristikami považuji za užitečné vymezení pěti osobnostních dimenzí, které uvádí Vágnerová (2004):

1. introverze – extraverze,
2. emoční labilita – emoční stabilita,
3. dominance – submise,
4. hostilita – láska,
5. senzitivita – rozumovost.

Jde o bimodální psychologické dimenze, které se v podobě extrémních variant vyskytují velmi vzácně, hodnoty většiny lidí se pohybují někde na jejich spojnici. Výše uvedené členění poslouží jako pracovní osnova k zamyšlení nad vnitřními faktory syndromu vyhoření.

Osobnostní dimenze introverze – extraverze diferencuje z hlediska převažujícího zaměření a umožňuje rozlišovat charakteristický způsob takto zaměřeného chování a prožívání (Vágnerová, 2004). Pojmy introverze a extraverze zavedl C. G. Jung, vyskytují se v práci R. B. Cattela a jejich charakteristiky v podstatě převzal H. J. Eysenck do svého faktorově analytického modelu. V něm jsou vedle inteligence, psychotické tendence a emoční stability – emoční lability jednou ze čtyř základních dimenzí lidské osobnosti (Nakonečný, 1998a). Podle Hartla, Hartlové (2000):

- introverze znamená zaměřenost osobnosti směrem do vlastního nitra, na sebe sama, na svůj vnitřní svět, prožitky, city a myšlenky,

- extraverte označuje povahové rysy člověka, které vedou k zaměření osobnosti navenek, jako je například otevřenost, společenskost, snadná sociální adaptace a kontakt s lidmi, záliba ve změnách a vzrušujících situacích, činnostech, výřečnost, sebeprosazování.

Vzhledem k výše uvedeným charakteristikám lze očekávat větší odolnost vůči vyhoření u osob extravertních. Tuto domněnku potvrzuje Samoukina (2005), když tvrdí, že profesionální vyhoření se v menší míře týká lidí energických, otevřených, společenských, nezávislých a spoléhajících se na sebe.

Ve prospěch extravertů z hlediska vyšší odolnosti vůči vyhoření hovoří také jejich záliba ve změnách. Přitom situace, ve kterých se člověk setkává s dosud nepoznaným úkolem a je od něj vyžadována vysoká výkonnost, patří k rizikovým z hlediska případného vyhoření (Samoukina, 2005 a kapitola 4 této diplomové práce). Americká psycholožka Ayala Pines prokázala řadou studií, že se do stavu psychického vyhoření častěji propadají lidé, kteří mají rádi monotónnost (Křivohlavý, 1998). Naopak lidé, kteří milují změnu, vítají nové situace jako výzvu a nebojí se, že jim naruší vypracované stereotypy. Jsou schopni měnit své jednání, a to tváří v tvář takové výzvě.

Rovněž temperamentový faktor emoční stabilita – emoční labilita patří k základním dimenzím typologie R. B. Cattela i H. J. Eysencka. Vystihuje především převažující typ obecné reaktivity, její přiměřenosti vyvolávajícím podnětům a míru osobní vyrovnanosti (Vágnerová, 2004).

Podle Nakonečného (1998a):

- emoční labilita (neuroticismus) znamená lehce vyvolatelné a silně probíhající emoce, které však neodpovídají síle podnětů a jsou nevyvážené, což se projevuje rozladami, rozmrzelostí, přecitlivělostí, úzkostností a neklidem, v krajním případě neurotičností;
- emoční stabilita se projevuje přiměřenými emočními reakcemi a jejich vyrovnaností.

U emočně labilních jedinců bývá popisována snížená odolnost vůči zátěži, nízké sebeovládání a nízká sebedůvěra spolu s pocity méněcennosti (Vágnerová, 2004). Proto jsou podle mého názoru náchylnější k vyhoření, neboť se snáze emocionálně vyčerpají a jejich chování může snadno přejít k depersonalizované modalitě. Opak platí pro emočně stabilní jedince, zvláště pak ve spojení s extravertí. Jde o jeden ze čtyř typů osobností, které vymezil Eysenck kombinací bipolárních dimenzí introverze – extraverte a emoční labilita – emoční stabilita. Jak je patrné z diagramu (příloha A) vytvořeného podle Vágnerové (2004), jsou právě emočně stabilní jedinci se zaměřením k extraverti „...aktivní, činorodí, družní, realističtí, bezstarostní a optimističtí“. Domnívám se, že jsou proto ze všech čtyř Eysenckových typů nejméně ohroženi emocionálním vyčerpáním, sklonem k depersonalizovanému chování i snížením výkonnosti.

Faktor dominance – submise vyjadřuje tendenci k určitému chování ke světu, především v jeho sociální sféře, tj. k lidem. Objevuje se jako základní dimenze typologie T. Learyho a je jedním z faktorů prvního řádu R. B. Cattela.

Podle Vágnerové (2004):

- dominance charakterizuje neústupné, energické až agresivní jedince s potřebou sebeprosazení a tendencí ovládat druhé, s vysokým sebevědomím, sebejistotou a sebehodnocením,
- submise charakterizuje přizpůsobivé, mírné jedince bez potřeby sebeprosazení, s tendencí se podřizovat, s nižším sebevědomím, sebejistotou a sebehodnocením.

Na první pohled se zdá, že syndromem vyhoření častěji trpí lidé dominantní. Vzhledem ke své neústupnosti a někdy agresivnímu jednání lze předpokládat, že žijí v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech. Mají vysoce vyvinutou potřebu sebeprosazení, a tak mohou přijímat případný neúspěch jako osobní porážku. Jinými slovy, přinejmenším zčásti naplňují předpoklady pro zvýšené riziko vyhoření (Křivohlavý, 1998). Podle mého názoru dominantní jedinci disponují vlastnostmi, které je v porovnání se submisivními osobami mohou předurčovat snad k vyšší míře emocionálního vyčerpání a určitě k silnější depersonalizaci, avšak submisivní jedinci zase mohou mít výraznější předpoklady k nižšímu osobnímu výkonu. Ve vztahu k celkové disponovanosti k vyhoření proto doporučuji při hodnocení této dimenze zachovávat jistou zdrženlivost, neboť syndrom vyhoření je třeba chápat ve všech třech jeho uvedených složkách.

Faktor hostilita – láska vyjadřuje vztah k okolí, především na emocionální úrovni (Vágnerová, 2004).

Podle Hartla, Hartlové (2000):

- hostilita představuje nepřátelský postoj vůči sobě nebo jiným osobám, projevuje se nepřátelstvím a agresivitou,
- láska je kladný, silný emocionální vztah k jiné osobě, ideji, věci i k sobě samému.

Ani u tohoto faktoru se mi nezdá jednoznačně vymezena a prokázána výrazně vyšší disponovanost žádného z obou protipólů k vyhoření ve všech třech jeho složkách. Vyhořet totiž může jen ten, kdo pro někoho nebo něco zahořel láskou, člověk, který je pro něco zaujatý (Křivohlavý, 1998). Nebezpečím vyhořet jsou proto více ohroženi jedinci, jejichž osobnost inklinuje k polární hodnotě láska. Na druhou stranu lze předpokládat, že depersonalizovaný přístup, charakterizovaný nedostatkem úcty k druhým, je vlastní osobám s hostilním zaměřením. A to i v situacích nepoznamenaných výraznější emocionální zátěží, takže případný nástup a rozvoj syndromu vyhoření může tento jejich sklon ještě více prohloubit.

Poněkud určitější obraz získáme, vezmeme-li v úvahu všechny čtyři možné kombinace faktorů hostilita – láska a dominance – submise. Oba tvoří základní kategorie typologie osobnosti podle Timothyho Learyho. Tento americký psycholog použil k popisu lidského chování mřížku, na které jsou vyznačeny právě tyto dvě bipolární dimenze. Tvoří horizontální a vertikální osu osobnostního kruhu. O kvalitativní stránce chování vypovídá umístění v příslušném kvadrantu kruhu, zatímco sílu či intenzitu chování popisuje vzdálenost od středu kružnice (Border, 1998). Jak je patrné z diagramu (příloha B), vytvořeného s využitím údajů Vágnerové (2004), jsou syndromem vyhoření ohroženy všechny čtyři typy, ovšem v různé míře a z jiného důvodu.

Dominance ve spojení s láskou se zdá být předpokladem nejvyšší odolnosti vůči vyhoření. To však jen na první pohled. Pozitivní vztah a zodpovědnost klidem sice snižuje nebezpečí depersonalizovaného chování, avšak potřeba ovládat může při případném neúspěchu vést k emocionálnímu vyčerpání. To zároveň hrozí osobám, které inklinují k pólu láska ve spojení se submisivní tendencí. Snad nejméně náchylní vyhořet se nakonec jeví dominantní a hostilní jedinci, kteří se však chovají nepřátelsky a agresivně i v situacích, kdy nejsou postiženi syndromem vyhoření. Snad v menší míře platí totéž o osobách submisivních a hostilních. Možná se méně emocionálně vyčerpají, možná se nesníží jejich pracovní výkonnost, avšak jejich odmítavý a kritický přístup je ve vyhocených případech podle mého názoru vylučuje z okruhu nositelů povolání pomáhajících druhým. Úvahy o nebezpečí výskytu a rozvoje syndromu vyhoření lze proto u skupiny hostilních jedinců považovat za bezpředmětné.

Poslední z pěti základních dimenzí osobnosti, které tvoří osnovu úvahám o vlivu osobnostních charakteristik na vznik a rozvoj syndromu vyhoření, se pohybuje na škále senzitivita – rozumovost. Odpovídá faktorů druhého řádu v Cattellově osobnostní typologii a má obdobný charakter jako Jungovo dělení psychických funkcí na racionální a iracionální. Jde o převažující tendenci preferovat racionální či iracionální způsob hodnocení, jehož lze dosahovat prostřednictvím rozumu nebo prostřednictvím emocí (Vágnerová, 2004).

Jak už bylo uvedeno, vyhořet může jen ten, kdo pro někoho nebo něco zahořel láskou (Křivohlavý, 1998), a láska je kladný, silný emocionální vztah. Vyšší pravděpodobnost výskytu syndromu vyhoření, především v jeho složce emocionálního vyčerpání, lze proto podle mého názoru očekávat u osob senzitivně laděných.

Veškeré úvahy na téma vlivu osobnostních rysů na vyvolání a případný další rozvoj syndromu vyhoření byly uvedeny ve snaze vytipovat skupiny lidí, u kterých lze předpokládat vyšší pravděpodobnost emocionálního vyčerpání, depersonalizace a sníženého výkonu. Každý ze závěrů, byť sebevíce opatrně formulovaných, je nutné chápat v celkovém kontextu ostatních osobnostních rysů. Vždyť „...osobnost je člověk jako psychologický celek...“, jak tvrdí Tardy (Nakonečný, 1998b). Zdůraznit si zaslouží také potřeba hodnotit míru projevu každé z uvedených dimenzí, a to opět v souvislosti s dimenzemi ostatními a celkovým vyladěním osobnosti jedince. Při případné diagnostice s cílem určit odolnost vůči vyhoření je pak rovněž důležité vzít v úvahu charakter vykonávané práce a další vnější faktory.

5.1.2 ÚVAHY Z HLEDISKA DALŠÍCH VNITŘNÍCH FAKTORŮ

Zajímavé postřehy řady světových badatelů o dalších vnitřních faktorech vzniku syndromu vyhoření uvádí Křivohlavý (1998). Nejdůležitější z nich nabídnou také následující stránky této diplomové práce.

5.1.2.1 CHOVÁNÍ A a B

Typologií lidského chování A a B se proslavila dvojice Meyer Friedman a Bay H. Roseman. Tito američtí lékaři poprvé publikovali ucelené výsledky svých výzkumů v roce 1974 pod názvem „Type A Behavior and Your Heart“ (Chování typu A a vaše srdce). Při studiu souvislostí mezi výskytem různých kardiovaskulárních chorob

a určitými formami chování a jednání zjistili, že z hlediska výskytu infarktu myokardu lze hovořit o lidech dvou typů: A a B.

Člověk typu A je „...štvaný jedinec, který se cítí v časovém presu. Je to osoba, která houká a kouří v husté dopravě, úsečně šteká na liknavé prodavače a cítí se nucena dělat několik věcí najednou, třeba platit účet a přitom vytáčet telefon“⁵ (Answers.com, 2007, s. 1, přel. J.B.). Podle Křivohlavého (1998) tito lidé jednají rychle, mimořádně energicky. Ve všem chtějí být nejlepší. Velmi pilní jsou i v zaměstnání, kde zůstávají často přesčas, a práci si také berou domů. Častokrát se cítí ohroženi a prožívají své specifické úzkosti. Naproti tomu lidé typu B jsou rovněž velmi výkonní, avšak úspěch za každou cenu nebývá jejich prvořadým cílem. Přestože svému podniku odevzdávají hodně, dokáží přiměřeně odpočívat. Zajímají se nejen o práci, ale jejich záliby jsou širší.

Bylo zjištěno, že lidé typu A často končí na koronární jednotce. V porovnání s osobami typu B je jejich uspěchaný způsob života mnohem častěji přivádí k vyhoření, pokud ovšem dříve nepodlehnu infarktu myokardu nebo jiné kardiovaskulární chorobě. (Křivohlavý, 1998).

5.1.2.2 ORIENTACE NA DOBRÝ VÝKON

Psycholog David C. McClelland je spojován s teorií výkonové motivace, která si všímá osobnostních charakteristik. S týmem spolupracovníků z Harvardské univerzity objevil dva protipóly z hlediska motivace jedinců – zatímco někteří se orientují na

⁵“...driven individual who feels oppressed by time. This is the person who honks and fumes in traffic, barks at sluggish salesclerks, and feels compelled to do several things at once--perhaps shave while paying bills and dialing a phone.”

konečnou odměnu („reward“), jsou druzí zaměřeni na úspěšné splnění úkolu („achievement“). Lidé druhé skupiny, tedy orientovaní na dobrý výkon (Křivohlavý, 1998):

- riskují přiměřeně,
- stanovují si nejen cíle svého snažení, ale i nástroje jejich dosažení,
- mají zájem o dobře fungující zpětnou vazbu,
- práci plánují dopředu, a to i krátkodobě, přičemž jejich krátkodobé plány zapadají do dlouhodobých,
- nepovažují úspěch za cíl, ale vedlejší důsledek své práce.

Jedinci zaměřeni na dobrý výkon si umějí stanovit vysoké, avšak splnitelné osobní cíle, mají větší zájem o svůj výkon než o konečnou odměnu a chtějí znát názory jiných na kvalitu své práce. Méně je zajímaví postoje, které k nim zaujímá okolí. Ostatním lidem proto častěji kladou otázku: „Jak dobře si vedu?“ Naproti tomu jen zřídka se ptají: „Jak moc mě máte rádi?“ (Accel.Team, 2007). Podle Křivohlavého (1998, s. 87) se ukazuje, že „...lidé s touto motivací, kteří berou úspěch jako vedlejší produkt své činnosti a ne jako cíl svého snažení, jsou poměrně odolnější k psychickému vyhoření.“ Podle mého názoru s touto myšlenkou volně souvisí hledání vůle ke smyslu v pojetí Viktora E. Frankla, podle něhož **„...štěstí může být do-cíleno, ale nemůže na ně být za-cíleno...“** (Frankl, 2006, s. 13, zvýrazněno tučně v originálu).

5.1.2.3 BEZMEZNÉ ZAUJETÍ

Americký psycholog maďarského původu Mihaly Csikzentmihalyi upozornil na zvláštní osobnostní charakteristiku. Nazval ji slovem „flow“, které v angličtině označuje nejen tok či proud tekutiny, ale v přeneseném slova smyslu také „...mluvu či myšlení snadným a přirozeným způsobem, bez jakýchkoliv přestávek či těžkostí...“⁶ (Macmillan English Dictionary, 2002, s. 541, přel. J.B.). Tímto pojmem označuje „...psychický stav člověka, který je mimořádně zaujat pro určitou věc (cíl) a cele se oddává tomu v co věří“ (Křivohlavý, 1998, s. 87). Typické příklady zahrnují zaujaté vrcholové sportovce, vědecké pracovníky, plně pohroužené do studia či výzkumu, umělce, podnikatele i jinak profesně zaměřené osoby, které spojuje hluboké zaujetí pro určitou věc. Uvádí se, že jejich stav bezmezného zaujetí lze považovat za protipól stavu vyhoření, je totiž plný kladných emocionálních zážitků, pochopení jiných lidí i vzestupu výkonnosti. Běda však, pokud nadšení pomine. Vyhoření pak bývá o to důkladnější a psychotherapeutický zákrok náročnější.

5.1.2.4 SMYSL PRO SOUDRŽNOST

Koncept smyslu pro soudržnost („sense of cohesion“) vytvořil americký a později izraelský profesor Aaron Antonovský na základě zkoumání netradiční otázky, proč někdo určitou chorobou neonemocní. Jestliže zrod choroby, nad kterým bádá většina lékařů, je označován pojmem patogeneze, pak zrod zdraví lze považovat za salutogenezi. Tu Antonovský zkoumal nejprve na vzorku lidí, kteří přežili trýznění v nacistických táborech v Osvětimi. Rozdělil je do

⁶ „...a way of talking or thinking in an easy and natural way, without any pauses or difficulties...“

dvou skupin – v první z nich byli jedinci, kteří zvládali životní problémy na výtečnou, zatímco v druhé byly osoby, které jen živořily (Křivohlavý, 1998). Antonovský zjistil, že odlišnost mezi těmito dvěma skupinami spočívá v jiné míře soudržnosti, která je dána třemi dimenzemi:

- smysluplnost v protikladu k nesmyslnosti činnosti, kterou člověk vykonává,
- srozumitelnost v protikladu k nesrozumitelnosti situace, ve které člověk žije,
- zvládnutelnost v protikladu k nezvládnutelnosti problému, které před daným člověkem stojí.

Antonovský navrhl dotazník SOC a provedl řadu měření. Bylo zjištěno, že lidé, kteří se přiklánějí ke kladnému pólu výše uvedených dimenzí, jsou fyzicky zdravější a mají větší naději, že i nadále budou žít zdravěji. Zvládají životní situace lépe a hned tak snadno nevyhoří. (Křivohlavý, 1998). Dodávám, že při posuzování konkrétní situace v jejich třech dimenzích je vždy rozhodující způsob hodnocení ze strany samotného jedince.

5.1.2.5 TVRDOST A NEPODDAJNOST

Jeden z původců této teorie, americký profesor Salvatore Maddi, patřil k průkopníkům existenciální psychologie. Studoval motivaci lidí a jejich vztah k fyzickému zdraví. Narážel přitom neustále na prvořadou důležitost smysluplnosti života a práce (Křivohlavý, 1998). V polovině 70. let 20. století zahájil výzkum v Illinois Telephone Company. Jeho poznatky pak prohloubila psycholožka Suzanne Kobasa (Oppedisano, Lueder, 2002). Použila

pojem hardiness, překládaný mimo jiné jako tvrdost, houževnatost, nepoddajnost (Hais, Hodek, 1992, II), k označení kritického faktoru tělesného i duševního zdraví. V roce 1979 navrhl, že tvrdost či nepoddajnost je „...uspořádání osobnostních charakteristik, které působí jako zdroj odporu při setkání se stresujícími životními událostmi“⁷ (Oppedisano, Lueder, 2002, p. 18, přel. J.B.). Nepoddajní jedinci umějí využít situací, které ostatní lidé vnímají jako těžké životní otřesy, a vnímat tyto změny pozitivně.

Při dotazníkových šetřeních tvrdosti a nepoddajnosti byly zjišťovány hodnoty tří dimenzí (Křivohlavý, 1998):

- angažovanost (v protikladu k odcizení),
- zvládnutelnost (v protikladu k beznaději ve vztahu k efektivitě vlastní aktivity),
- víra ve správnost vlastního zaměření života a odvaha zkusit některé věci dělat jinak (v protikladu k lhostejnosti).

Výsledky řady prací ukázaly souvislost mezi tvrdostí a nepoddajností na jedné straně a kvalitou života, především ve vztahu k nemocnosti na straně druhé. Osoby s vysokou mírou angažovanosti, které považují své úkoly za zvládnutelné a věří ve správnost zaměření svého života, byly ve zkoumaném období méně často nemocné.

V poslední době se objevují studie, které sledují vztah mezi tvrdostí či houževnatostí a syndromem psychického vyhoření. Ukazuje se, že charakteristika osobnostní tvrdosti je dalším znakem lidí odolných vůči vyhoření (Křivohlavý, 1998).

⁷ „...a constellation of personality characteristics that function as a resistance source in the encounter with stressful life events.“

6 DIAGNOSTIKA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Poznávat stav psychického vyhoření lze mnoha způsoby. Při odborném psychologickém vyšetření hodně vypovídá pozorování, rozhovor či vyhodnocení anamnézy klienta. Neméně cenné jsou testové metody. Některé z nich jsou vhodné k samoobslužnému orientačnímu zjištění vlastního stavu. Jiné, sofistikovanější a validnější, jsou určeny pro odborné použití v praxi klinických a pracovních psychologů, případně personálních poradců. Tato kapitola obsahuje pojednání o orientačních samoobslužných dotaznících, metodě odborné diagnostiky syndromu vyhoření a dalších odborných nespécifických diagnostických metodách.

6.1 ORIENTAČNÍ SAMOOSLUŽNÉ DOTAZNÍKY

Orientační dotazník (Křivohlavý, 1998), uvedený jako příloha C této práce, vytvořila čtveřice autorů Dno Hawkins, Frank Minirth, Paul Maier a Chris Thursman v roce 1990. Jde o způsob diagnostické samoobsluhy, jehož největší předností je chápání psychického vyhoření v jeho dynamické rovině. Nespátřuje v něm statický stav, ale naopak si všímá jeho nástupu, rozvoje a vyvrcholení. Vyhodnocení je velmi jednoduché: po zodpovězení 24 uzavřených otázek typu ano-ne se respondent zamyslí nad počtem kladných odpovědí. Jejich většina naznačuje možný nástup syndromu vyhoření a napovídá, že jsou na místě příslušná opatření.

Řada samoobslužných dotazníků se v současné době vyskytuje v interaktivní podobě na internetu. Příkladem je Burnout Self-Test (2007), uvedený jako příloha D této diplomové práce. Po

stažení programu a zodpovězení 15 otázek kliknutím do příslušného políčka se respondent dozví celkové bodové hodnocení. To může zjistit i v případě, že si program nenainstaloval do počítače. Stačí sečíst body získané podle přiloženého klíče a výsledek vyhodnotit s využitím uvedené převodní tabulky. Výhoda v podobě mimořádné jednoduchosti je draze vykoupena tím, že výsledky mají pouze orientační vypovídací hodnotou. Sami autoři upozorňují, že tento test nebyl náležitě vědecky ověřen, a nesmí být proto používán jako řádná diagnostická metoda. To ostatně platí i o předchozím dotazníku podle Hawkinse, Minirtha, Maiera a Thursmana.

Nesrovnatelně větší vypovídací hodnotu má podle mého názoru dotazník BM (Burnout Measure). Jeho upravená podoba, uvedená podle Křivohlavého (1998), je přílohou E této diplomové práce. Dvojice psychologů Ayala Pines a Elliot Aronson se při jeho vytváření zaměřila na tři následující aspekty jediného psychického jevu, tj. celkového vyčerpání:

1. pocity fyzického vyčerpání, jako jsou pocity únavy, celkové slabosti, oslabení, ztráty sil, pocity příslušné stavu, kdy je člověk na prahu onemocnění,
2. pocity emocionálního vyčerpání, tj. pocity tísně, beznaděje, bezvýchodnosti,
3. pocity psychického vyčerpání, například pocity naprosté bezcennosti, ztráty lidské hodnoty, iluzí, pocit marnosti.

Křivohlavý (1998) vysvětluje, že hlavním a v podstatě jediným faktorem samoobslužného dotazníku BM je vyčerpání. Faktorovou analýzou bylo zjištěno, že sytí celkem 69% variance. Zodpovězení dotazníku vyžaduje přidělit každé z 21 otázek příslušný počet bodů na škále od jednoho do sedmi v závislosti na četnosti výskytu

uvedených pocitů či zkušeností. Na závěr si každý respondent vypočítá celkový skóre podle uvedeného postupu (viz příloha E) a zjistí míru ohrožení.

Uvádí se, že dotazník BM má dobrou vnitřní konzistenci a vysokou míru shody při opakování po uplynutí jednoho až čtyř měsíců. Vysoká míra shody byla zjištěna také mezi sebehodnocením jedince a hodnocením ze strany spolupracovníků, členů rodiny apod. Oceňována je i vysoká míra shody s výsledky jiných psychologických vyšetření (Křivohlavý, 1998):

- se spokojeností v práci, vlastním životem a se sebou samým (vyšší hodnota BM koresponduje s vyšší nespokojeností),
- s fluktuací, snahou odejít ze zaměstnání (vyšší hodnota BM souvisí s častějšími úvahami o opuštění zaměstnání a pravděpodobnějším skutečným odchodem),
- se somatickými problémy, například bolestmi hlavy, břicha, zad apod. (vyšší hodnota BM bývá zjišťována u jedinců postižených těmito potížemi),
- s množstvím vypitého alkoholu (se stoupající hodnotou BM stoupá i množství vypitého alkoholu).

6.2 SPECIFICKÝ ODBORNÝ DIAGNOSTICKÝ DOTAZNÍK

K odborné diagnostice syndromu vyhoření se nejčastěji užívá metoda MBI (Maslach Burnout Inventory), poprvé uveřejněná v roce 1981. Vyvinuly ji Christine Maslach z katedry psychologie kalifornské univerzity v Berkeley a Susan E. Jackson z katedry managementu

univerzity v New Yorku. Metoda „... MBI je určena k vyhodnocení tří složek syndromu vyhoření: emocionálního vyčerpání, depersonalizace a snížení osobní výkonnosti“⁸ (Maslach, Jackson, Leiter, 1997, s. 193, přel. J.B.). Tyto tři složky procesu vyhoření se vynořují postupně. Podle autorské dvojice Leiter a Maslach se nejprve objevuje emocionální vyčerpání jako odpověď na mimořádné požadavky okolí. Zvýšená míra vyčerpanosti pak vede zcela automaticky k depersonalizaci – daný člověk se snaží odpoutat od druhých lidí a stahuje se do samoty. Oba faktory, tj. emocionální vyčerpání a depersonalizace, se spojí a negativně ovlivní výkonnost (Křivohlavý, 1998)

Ke zjištění syndromu vyhoření pomocí dotazníku MBI je potřeba vyplnit a nechat odborně vyhodnotit dotazník, který obsahuje 22 otázek zaměřených na zjištění tří výše uvedených složek syndromu vyhoření. Jde o jednoduché výroky, ke kterým respondenti přiřazují četnosti výskytu. Ty jsou ohodnoceny na sedmibodové škále (od 0 pro odpověď „nikdy“ po 6 bodů pro odpověď „každý den“).

Jak Maslach, Jackson, Leiter (1997) dále připomínají, obsahovala původní podoba dotazníku MBI z roku 1981 také škálu pro vyjádření intenzity zkoumaných pocitů. Ta se však ukázala jako nadbytečná, a byla proto z dalších verzí vypuštěna.

Devět otázek zaměřených na vyhodnocení úrovně emocionálního vyčerpání zkoumá, do jaké míry je respondent „...nadměrně emocionálně poháněn a vyčerpáván svou prací“⁹ (Maslach, Jackson, Leiter, 1997, s. 194, přel. J.B.). Dalších pět

⁸ „...The MBI is designed to assess the three components of the burnout syndrome: emotional exhaustion, depersonalization and reduced personal accomplishment.“

⁹ „...emotionally overextended and exhausted by one's work.“

otázek zkoumá míru depersonalizace, která se projevuje neosobními reakcemi a necitelností vůči klientům, pacientům, žákům, studentům a dalším osobám, které autorky této metody souhrnně označují jako příjemce (recipients). U obou složek syndromu vyhoření, tj. emocionálního vyčerpání a depersonalizace, odpovídá vyšší bodové hodnocení vyšší míře prožívaného pocitu vyhoření. V případě hodnocení odpovědí na zbývajících osm otázek, zaměřených na osobní výkonnost, je tomu právě naopak – zde o vyšší míře vyhoření svědčí nižší počet bodů.

Konečné zpracování tohoto testu provádí odborník, který má k dispozici klíč k vyhodnocení. Každá ze tří zkoumaných složek neboli faktorů je zkoumána samostatně, což v praxi znamená tři výsledná bodová hodnocení.

Samostatné vyplňování dotazníku MBI trvá asi 10 až 15 minut. K zajištění co nejvyšší reliability a validity se doporučuje dodržovat následující pravidla (Maslach, Jackson, Leiter, 1997):

- zaručit soukromí při vyplňování: respondenti by neměli být ovlivněni znalostí odpovědí druhých; největší soukromí je sice zaručeno doma, avšak tady by se respondenti mohli radit se svými blízkými a nemuseli by vyplněné dotazníky odevzdat, čímž by se snížila návratnost;
- zaručit důvěrné zacházení s odpověďmi: za ideálních podmínek by respondenti měli mít zajištěnu anonymitu; pokud tak není možné, pak je vhodný takový způsob, který ochrání jejich osobnost, například kód, štítek apod.;

- vyloučit možnost ovlivnění respondentů při vyplňování dotazníků jejich dosavadními vědomostmi o syndromu vyhoření; proto je respondentům ve Spojených státech tento dotazník předkládán s označením MBI Human Services Survey jako jeden z dotazníků mapujících postoje k práci a před vlastním vyplňováním nebývá žádným způsobem spojován s vyhořením.

Původní dotazník MBI sloužil ke stanovení míry vyhoření příslušníků široké palety povolání, která vyžadují kontakt s lidmi. Postupně byly vyvinuty další verze – Maslach, Jackson, Leiter (1997) uvádějí další dva dotazníky: jeden uzpůsobený podmínkám učitelského povolání a druhý pro osoby, jejichž práce se neodehrává na pozadí mezilidských vztahů a pomoci jiným.

6.3 DALŠÍ ODBORNÉ DIAGNOSTICKÉ DOTAZNÍKY

Odhalit některou ze složek syndromu vyhoření mohou pomoci i jiné z řady odborných diagnostických dotazníků. Protože je při vyhoření tíživě „prožívána marnost vynaloženého úsilí a jeho nízká smysluplnost“ (Kebza, Šolcová, 1998, s. 10), je vhodný především takzvaný logo test, užívaný k měření prožívané smysluplnosti. Vzhledem k převažujícímu depresivnímu ladění postiženého jedince, pocitům smutku, beznaděje a bezvýchodnosti je podle mého názoru namístě i vyhodnocení různých dotazníků životní spokojenosti.

Logo test zkonstruovala v roce 1986 Elizabeth Lucas, žákyně Viktora E. Frankla (Svoboda, 1999). Ve snaze vytvořit zkoušku k měření prožívané smysluplnosti a existenciální frustrace navázala na myšlenky svého učitele a rozvinula tak jeho koncepci životního

smyslu a logoterapie. Dotazník má dvě varianty, jednu pro ženy a druhou pro muže. Každá sestává ze tří částí. První obsahuje devět výpovědí zaměřených na některé životní hodnoty (například příjemný život s dostatečným hmotným zabezpečením, poznávání něčeho nového). Respondent odpovídá kladně nebo záporně. U sedmi otázek druhé části se vyjadřuje, jak často prožívá uvedená přání, stavy a zážitky (například přání být ještě jednou dítětem). Ve třetí části jsou popsány způsoby života tří lidí. Klient má uvést, kdo z nich žije podle jeho názoru nejšťastněji a kdo naopak nejvíce trpí. Závěrem je ještě vyzván, aby stručně vylíčil svůj vlastní život a popsal, o co se v životě snažil a jak to hodnotí.

K zachycení celkové životní spokojenosti slouží řada různých dotazníků. V dalším textu jsou popsány dva z nich: jeden vznikl v Německu a druhý v České republice. Liší se počtem zkoumaných okolností, které mohou přispívat ke spokojenosti či nespokojenosti respondenta.

Německý dotazník životní spokojenosti obsahuje deset oblastí (Psychologická diagnostika, 2007):

1. zdraví,
2. práce a povolání,
3. finanční situace,
4. volný čas,
5. manželství a partnerství,
6. vztah k vlastním dětem,
7. vlastní osoba,
8. sexualita,
9. přátelé, známí a příbuzní,
10. bydlení.

Každé z těchto oblastí je přiřazena sedmibodová škála odpovědí (od „velmi nespokojen“ po „velmi spokojen“). Z takto získaných odpovědí lze podle příslušného vzorce vypočítat index takzvané celkové životní spokojenosti.

Druhý dotazník životní spokojenosti (autor Knobloch) se zabývá dvaceti okolnostmi, které mají vliv na spokojenost či nespokojenost jedince (Svoboda, 2005). Vyšetřovaná osoba označuje počet nepříznivých okolností, které se v jejím životě vyskytují, a současně též intenzitu, v jaké jsou tyto nepříznivé okolnosti přítomny. Zároveň uvádí, v jaké míře na ni tyto okolnosti působí. Příklady uvedených okolností jsou obdobné jako v případě německého dotazníku: zdravotní stav, povahové vlastnosti, tělesný vzhled, druh práce, vztah s lidmi na pracovišti atd. Součástí dotazníku je i samostatná šestibodová stupnice, s jejíž pomocí může respondent vyjádřit svůj názor či odhad celkové životní spokojenosti.

Obě diagnostické metody uvedené v této podkapitole, tj. logo test a dotazníky životní spokojenosti, bezesporu mají určitou vypovídací hodnotu. Zatímco logo test zjišťuje míru stupně ohrožení pacienta nedostatkem životního smyslu, slouží dotazníky životní spokojenosti ke stanovení míry spokojenosti jedince. Bylo zjištěno, že jak existenciální frustrace, tak životní nespokojenost souvisí s neurotickými tendencemi. (Svoboda 2005). Oba dotazníky lze proto s výhodou využít k jejich zjištění. Podle mého názoru však ve vztahu k diagnostice syndromu vyhoření mají jen orientační hodnotu a pomocnou úlohu. Kromě oblasti práce a pracovních vztahů, jež jsou s vyhořením spojeny, totiž zkoumají široké spektrum dalších oblastí lidského života.

7 DIAGNOSTICKÁ KLASIFIKACE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření zatím většinou nebývá v české výzkumné ani klinické praxi chápán jako diagnostická kategorie ve smyslu samostatné nosologické jednotky. Přes prokazatelně negativní vliv na pracovní výkon není v našich sociálně kulturních podmínkách klasifikován jako choroba z povolání (Kebza, Šolcová, 2000).

Nejnovější revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) obsahuje sekci Z73 nazvanou problémy spojené s obtížemi při vedení života, která zahrnuje následující kategorie:

- Z73-0 vyhasnutí (vyhoření),
- Z73-1 zdůraznění rysů osobnosti,
- Z73-2 nedostatek zotavení a volného času,
- Z73-3 stres, nezařazený jinde,
- Z73-4 nepřiměřené společenské obratnosti, nezařazené jinde,
- Z73-5 konflikt společenské role, nezařazený jinde,
- Z73-6 omezení činnosti způsobené neschopností,
- Z73-8 jiné problémy spojené s obtížemi při vedení života,
- Z73-9 problém spojený s neurčenou obtížností při vedení života.

Hlavní prostor pro diagnózu syndromu vyhoření se nabízí pod statistickou značkou Z73-0. Kebza, Šolcová (2000) upozorňují, že především v případě nejasností lze syndrom vyhoření či některé jeho momentálně dominující příznaky částečně řadit také do skupiny diagnóz F48 (jiné neurotické poruchy), a to především do podskupin F48.0 (neurastenie) a F48.1 (depersonalizační a derealizační syndrom).

8 SYNDROM VYHOŘENÍ A PSYCHICKÉ PORUCHY

8.0 ÚVOD

Na rozdíl od úvah nad vnitřními faktory vzniku a rozvoje syndromu vyhoření u zdravých jedinců (kapitola 5) se na následujících stránkách soustředím na osoby, které se nějakým způsobem vymykají představám o takzvané psychické normalitě. Pro tuto chvíli ponechme stranou otázku, co je a co není takzvané normální, kde leží hranice mezi psychickým zdravím a nemocí a kdo má právo ji určovat. Spokojme se s existencí určitých představ o prožívání a chování, které společnost v daném čase a sociálně-kulturním prostředí přijímá. Tyto představy jsou pak zakotveny v různých etických a normativních kodexech. Hovoříme-li o poškozeních zdraví, pak definice příslušných kategorií najdeme v Mezinárodní klasifikaci nemocí.

Zatím poslední, desátou Mezinárodní klasifikaci nemocí (MKN-10) vydala Světová zdravotnická organizace v roce 1992. V dalším roce ji rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví přijala i Česká republika. Psychiatrii je věnována V. kapitola, ve které se nachází asi tisícovka kategorií, označených písmenem F a rozdělených do následujících deseti sekcí (Zvolský, 2005):

- F00 – F09 organické duševní poruchy včetně symptomatických,
- F10 – F19 duševní poruchy a poruchy chování vyvolané účinkem psychoaktivních látek,
- F20 – F29 schizofrenie, schizofrenní poruchy a poruchy s bludy,
- F30 – F39 poruchy nálady (afektivní poruchy),

- F40 – F49 neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy,
- F50 – F59 behaviorální syndromy spojené s fyziologickými poruchami a somatickými faktory,
- F60 – F69 poruchy osobnosti a chování u dospělých,
- F70 – F79 mentální retardace (duševní opožďení),
- F80 – F89 poruchy psychického vývoje,
- F90 – F98 poruchy chování a emocí se začátkem obvykle v dětství a adolescenci,
- F99 – nespecifikovaná duševní porucha.

Z hlediska terminologie je významné, že „...MKN-10 nepoužívá ne zcela jasně v psychiatrii definovaných pojmů nemoc a onemocnění a zavádí pojem porucha“ (Zvolský, 2005, s. 13). Při praktické práci s klasifikačním seznamem je užitečné si uvědomit způsob řazení jednotlivých sekcí. Je sestupné podle závažnosti psychických poruch, což v praxi znamená, že diagnostické skupiny uváděné na začátku systému mohou zahrnovat symptomy, které mívají skupiny s následujícími čísly kapitol.

Vysoký počet jednotlivých kategorií psychických poruch brání podrobnému zkoumání každé z nich v rámci jedné diplomové práce věnované syndromu vyhoření. Ani rozbor jednotlivých sekcí nevede k cíli, neboť i tady je patrný široký rozptyl charakteristik konkrétních poruch. Každý pokus o potřebné zobecnění by proto měl nepříznivý dopad na správnost závěrečné výpovědi. V neposlední řadě se nabízí otázka zpochybňující praktický význam a smysl hledat souvislost mezi vznikem syndromu vyhoření a některými psychickými poruchami. Mám na mysli takové poruchy, které znemožňují postiženým, aby se vůbec zapojili do pracovního procesu, zvláště pak propuknou-li v mimořádně vysoké intenzitě. Jiné zase citelně

omezují způsobilost k výkonu některých povolání a svým nositelům nedovolují pracovat tam, kde se očekávají intenzivní mezilidské kontakty a poskytování pomoci druhým. Proto se další text zaměřuje pouze na určité poruchy ze sekcí F40 – F49 (neurotické poruchy, poruchy vyvolané stresem a somatoformní poruchy) a F60 – F69 (poruchy osobnosti a chování u dospělých). Z důvodu relativně vysoké prevalence jsem k dalšímu komentáři zvolil neurotické poruchy a poruchy osobnosti.

8.1 SYNDROM VYHOŘENÍ A NEUROTICKÉ PORUCHY

Neuróza je duševní porucha vyvolaná psychogenně, porucha související se situací, kterou člověk zakouší jako stresující. Společným jmenovatelem různých případů je vysoká míra úzkosti a pacientův zachovalý náhled na chorobnost vztahu (Hartl, Hartlová, 2000). Neuróza byla historicky stavěna do protikladu k psychóze, u které dochází k hrubému narušení duševních funkcí do takového stupně, že bývá postiženo vnímání reality. V MKN-10 se už neužívá termínů neurotický – psychotický v jejich polárním významu, neboť poruchy jsou řazeny podle hlavních obecných témat nebo podobnosti popisu. Sekce F40 – F49 obsahuje následující diagnostické kategorie (Zvolský a kol., 2005):

- F40 fobické úzkostné poruchy,
- F41 jiné úzkostné poruchy,
- F42 obsedantně kompulzivní porucha,
- F43 reakce na závažný stres a poruchy přizpůsobení,
- F44 disociační (konverzní) poruchy,
- F45 somatoformní poruchy,
- F48 jiné neurotické poruchy.

Neurotické poruchy jsou typické především změnou prožívání, ale pod vlivem narušených emocí se mohou také měnit fyziologické reakce i uvažování a chování. Základem těchto potíží je pocit ohrožení a dysforie, tj. zhoršení emočního ladění spojené s pocity napětí, strachu a úzkosti (Vágnerová, 2002). Přitom k psychickému vyhoření dochází velmi často tam, kde jsou kladeny příliš vysoké nároky na emocionální vztahy mezi lidmi. (Křivohlavý, 1998). Vzдорovat vyhoření se v takových situacích jeví jako obtížnější.

Podle Donalda Haye je burnout „...stav člověka, který má problémy s udržováním dobré úrovně zdravého sebe-hodnocení, sebe-cenění a sebe-pojetí“ (Křivohlavý, 1998, s. 48). Maladaptivní chování neurotiků je spojeno „...se zkresleným obrazem sebe sama, svého sebehodnocení a nevhodnou hierarchizací hodnot (Hartl, Hartlová, 2000). Uvedením obou výroků do vzájemné souvislosti lze vyvodit, že odolnost vůči syndromu vyhoření je u neurotiků nižší.

Další argument ve prospěch hypotézy o vyšší náchylnosti neurotiků psychicky vyhořet si všímá jejich výraznější tendence ke snížení výkonnosti. Stesky na zvýšenou únavu jsou jedním z hlavních příznaků neurastenie, řazené mezi jiné neurotické poruchy (F48).

Uvedené úvahy o nižší odolnosti neurotiků vůči syndromu vyhoření nemohou vést ke kategorickému závěru vyloučit všechny osoby s neurotickou poruchou z výkonu povolání se zvýšeným rizikem vyhoření. V této souvislosti je nutné posuzovat každého z uchazečů o práci s ohledem na míru postižení i charakter pracovních povinností. Zapomínat by se nemělo ani na skutečnost, že jde o poruchu reverzibilní, léčitelnou prostřednictvím psychoterapie (Hartl, Hartlová, 2000).

Kromě etických i občansko právních důvodů nelze neurotikům bránit ve výkonu všech náročných povolání také z ryze pragmatického důvodu. Ten vychází z prevalence jedinců s neurotickou zatížeností, která se podle Průchy (2002) v literatuře uvádí v rozmezí 3% až 35%. Autor cituje překvapivé výsledky výzkumu provedeného v roce 1998 u 282 studentů Pedagogické fakulty v Olomouci. Neurotické příznaky byly odhaleny u 48% budoucích příslušníků povolání mimořádně rizikového z hlediska syndromu vyhoření.

Přítomnosti neurotické poruchy by se podle mého názoru měla věnovat zvýšená pozornost v oblastech školního, pracovního a podnikového poradenství. Případná léčba je samozřejmě záležitostí náležitě vyškoleného a zkušeného klinického psychologa či psychoterapeuta, případně psychiatra. Poradce by však při zjištění této poruchy měl umět pomoci postiženému najít si takovou oblast lidské činnosti, která působí menší zátěží a nezakládá tolik vysoké nebezpečí vyhoření. Přinejmenším se může pokusit vzbudit zájem jedince o taková povolání, která jsou v tomto ohledu bezpečnější. V odůvodněných případech může zároveň přesvědčit postiženého, aby vyhledal odbornou pomoc.

Vzhledem k poměrně vysokému zastoupení neurotických poruch v populaci lze očekávat, že postižení jedinci pracují na místech, která mohou vést k jejich dalšímu vyčerpání. Zde je namístě zdůraznit význam široce pojaté prevence včetně dodržování zásad psychohygieny.

8.2. SYNDROM VYHOŘENÍ A PORUCHY OSOBNOSTI

„Porucha osobnosti (dříve nazývaná psychopatie) je podle Študenta chorobný stav, který se projevuje nepříznivými nebo nadměrně zvýrazněnými povahovými vlastnostmi v oblasti nižších a vyšších emocí, nálad, pudů, temperamentu, vůle, charakteru, a podivínským, neadaptivním až hrubě rušivým chováním, kterým trpí sám jedinec nebo jeho okolí, případně oba“ (Zvolský, 2005, s. 138).

Poruchy osobnosti jsou podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10, 1992) charakterizovány následujícími kritérii (Vágnerová, 1999):

1. Struktura osobnostních vlastností se nějakým způsobem liší od normy – stává se nevyváženou, neboť některé osobnostní vlastnosti mohou být v určitém směru extrémní.
2. Chování lidí s poruchami osobnosti bývá generalizovaně maladaptivní.
3. Abnormální chování je pro okolí natolik zatěžující a nepříjemné, že se stává zdrojem konfliktů a odmítání.
4. Porucha je trvalého charakteru, je zakotvena ve struktuře osobnosti.
5. Diagnóza poruchy osobnosti se používá až od adolescence (přestože se různé problémy objevují už v dětství).

U kognitivních funkcí jde o určitý způsob uvažování, který je ovlivněn celkovým osobnostním zaměřením, typické bývá například egocentrické uvažování. Z hlediska nebezpečí vyhoření jsou významné odlišnosti v emočním ladění osob postižených poruchou osobnosti oproti stavu, který je v daném socio-kulturním prostředí

přijímán. Emotivita se liší kvalitou, intenzitou i menší přiměřeností ve vztahu k realitě i sobě samému. Člověk trpící poruchou osobnosti nemá náhled na své chování a není schopen poučit se ze zkušenosti. Typické bývají obtíže v sebeovládání, nestandardní reakce na běžné podněty, nepřiměřené uspokojování potřeb atd. Postiženým lidem chybí typické znaky dospělosti, jako je zodpovědnost, empatie a altruismus (Vágnerová, 1999).

Jestliže se vyhoření projevuje emocionálním vyčerpáním, depersonalizací a poklesem výkonu, pak je v obecné rovině vysoce pravděpodobné, že porucha osobnosti vystavuje postižené vyššímu nebezpečí výskytu tohoto syndromu. Pro jeho rozvoj je významné, jak danou situací prožívá sám postižený, přičemž způsob prožívání bývá vychýlen od normy. V tuto chvíli je nepodstatné, že u každé z poruch to bývá posun jiným směrem a u každého jedince v jiné intenzitě. Důležitá je odtažitost vnímání od reality, která se může stát příčinou nejen vyčerpanosti, ale i zahořklého, cynického postoje k jiným.

Právě depersonalizace, která už bývá součástí klinického obrazu některých poruch osobností, je závažná u pomáhajících profesí. Vždyť na lékaře, psychology a učitele se obracejí lidé, kteří jsou v úzkých nebo se nacházejí v podřízeném postavení. Necitelná reakce, vyjádřená bez potřebné úcty a empatie jim nejen neprospěje, ale naopak uškodí.

Zastoupení poruch osobnosti v běžné populaci je poměrně časté – celková prevalence je některými autory udávána mezi 6-9%, jiní uvádějí dokonce 10-15% (Praško, 2003). V závěrečné třetině 20. století američtí psychiatři hovořili dokonce o padesátiprocentním podílu takto postižených lidí, označovaných tehdy jako psychopati

(Bartko, 1980). Navzdory relativně vysoké prevalenci je podle mého názoru nepřilíš vhodné zařazovat jedince s poruchami osobnosti do práce s častými a intenzivními mezilidskými kontakty. Vždy je samozřejmě rozhodující míra poruchy a vyladění jednotlivých osobnostních rysů konkrétního jedince. Žádoucí je posouzení způsobilosti takto disponovaných jedinců k některým pracovním činnostem kvalifikovaným klinickým nebo pracovním psychologem.

9 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA SYNDROMU VYHOŘENÍ

Syndrom vyhoření sdružuje řadu nespecifických příznaků, a lze jej proto běžně zaměnit za jiné negativní psychické stavy či psychické poruchy. Vyhoření se liší především etiologicky, neboť na rozdíl od podobných jevů bývá definováno především ve vazbě na práci postiženého. Syndrom vyhoření je proto situačně specifický (Kebza , Šolcová, 2003). Jeho dalším odlišnostem je věnována tato kapitola.

9.1 SYNDROM VYHOŘENÍ A STRES

Stres lze definovat jako nespecifickou odpověď organismu na zátěž, jinými slovy nespecifickou reakci jedince na působení nejrůznějších vlivů označovaných jako stresory (Šnýdrová, 2006).

Společným jmenovatelem syndromu vyhoření a stresové reakce je přítomnost vlivu, který jedinec pociťuje jako zátěž. Stresová odpověď, označovaná jako všeobecný adaptační syndrom, se rozvíjí v důsledku nejrůznějších zátěží. Holmes-Raheova stupnice stresorů, řazených podle míry zátěže od nejvyšší k nejnižší, začíná úmrtím partnera, rozvodem a odlukou. Po dlouhé řadě dalších faktorů končí změnami stravovacích zvyklostí, dovolenou, Vánocemi a spácháním drobnějších přestupků.

Stresová reakce probíhá ve třech fázích, které jsou charakterizovány přesně vymezenými fyziologickými projevy a příznaky.

Tři fáze stresové reakce (Šnýdrová, 2006):

1. poplachová fáze (šok):

- změna svalového napětí,
- změna krevního tlaku,
- zvýšení tepu,
- vylučování hormonů dřeně nadledvinek (adrenalinu a noradrenalinu),
- nechutenství,
- trávicí obtíže,
- bolesti hlavy, svalů, zad,
- pocení;

2. rezistence (stav pohotovosti a vypětí organismu):

- aktivace osy hypofýza – kůra nadledvinek,
- úzkost,
- funkční a někdy i organické nemoci související s poškozením orgánů (cholesterol, vysoký krevní tlak, vředy dvanácterníkové a žaludeční, cévní mozkové příhody, infarkt myokardu, cukrovka, astma, alergie);

3. vyčerpání (únava, dekompenzace):

- pocit chronické únavy,
- deprese,
- funkční a někdy organické nemoci související s poškozením orgánů.

Primárním důsledkem stresové situace je negativní emočně vegetativní napětí. Stresory totiž působí prostřednictvím emocí, které

jsou propojeny s činností vegetativní nervové soustavy. Základními symptomy stresu jsou (Šnýdrová, 2006):

- zvýšená vzrušivost či naopak utlumenost,
- křečovitost,
- nesoustředěnost,
- neschopnost uvolnit se fyzicky i psychicky,
- svalový třes, který vzniká v důsledku vysokého svalového napětí,
- ochablost,
- přeskakující či přiškrcený hlas,
- projevy zkratkovitého jednání,
- zvýšení či naopak snížení aktivity,
- netrpělivost,
- narušená soudnost a myšlenková plynulost,
- roztržitost,
- zhoršená koordinace všech funkcí,
- zvracení, průjem, nutkání k močení.

Porovnáním důsledků působení stresorů s příznaky syndromu vyhoření dospějeme v řadě případů ke shodě. Vyhoření je však postiženým jedincem (i jeho okolím) vždy vnímáno jako negativní psychický stav, zatímco stres chápáný jako stav organismu může být pociťován pozitivně. Příkladem je usmíření s partnerem, jež je uvedeno v seznamu stresorů, přestože je doprovázeno kladným emočním prožitkem.

Ve vztahu k míře a typu stresu se hovoří o adaptivních či maladaptivních účincích na organismus. V tomto směru se bez ohledu na subjektivní vnímání rozlišuje eustres, který působí

prospěšně, a distres s destruktivním dopadem (Šnýdrová, 2006). Naproti tomu vyhoření kladné účinky na organizmus postrádá a ve všech případech se rozvíjí v důsledku maladaptivní reakce.

Další rozdíl mezi stresem a vyhořením lze spatřovat v charakteru zátěže. Zatímco okruh podnětů, které mohou vyvolávat stresovou reakci, je ve své podstatě neomezený, bývá nástup a rozvoj syndromu vyhoření spojován především s vlivy sociálního prostředí. Také doba působení zátěže je různá – stresovou reakci může vyvolat i relativně krátkodobé působení silného stresoru, zatímco „...syndrom vyhoření je dlouhodobě se rozvíjející proces“ (Špatenková, 2006).

„Do stresu se může dostat každý, avšak burnout se objevuje jen u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací (Křivohlavý, 1998). Bez nadšení pro práci si lze představit stresovou odpověď organizmu, avšak syndrom vyhoření v takové situaci nastat nemůže. „Stres se může objevit při přerůzných činnostech, avšak burnout se obvykle objevuje jen u těch činností, kde člověk přichází do osobního styku (jednání) s druhým člověkem – při práci s lidmi“ (Křivohlavý, 1998, s. 52).

9.2 SYNDROM VYHOŘENÍ A ODCIZENÍ

Odcizení se podobně jako vyhoření řadí k negativním emocionálním jevům. Projevuje se „...pocitů osamocení, nudy, zoufalství, vzdalování se od sebe sama i konstruktivních zdrojů svého okolí“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 366). Durkheim definoval odcizení jako druh anomie. Dochází k němu tam, kde lidé zažívají

nedostatek nebo ztrátu přijatelných sociálních norem, postrádají proto směrodatná měřítko svých hodnot (Křivohlavý, 1998).

Při odcizení člověk ztrácí vztah ke své práci v důsledku pocitu sociální bezmocnosti. Odcizení je „...důležitý pojem mnoha sociologů a sociálních psychologů kritizujících moderní industriální společnost“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 366). Naproti tomu podmínkou vzniku syndromu vyhoření je ztráta počátečního nadšení pro práci. „Odcizení se vyskytuje i u těch, kteří nikdy ničím nadšení nebyli, kterým moc nešlo o to, co dělali“ (Křivohlavý, 1998, s. 54).

9.3 SYNDROM VYHOŘENÍ A ALEXITHYMIE

Alexithymie je disociace emočních a kognitivních procesů. Výsledkem je snížená schopnost introspekce, malá fantazie a prázdný citový život provázený chudými mezilidskými vztahy (Hartl, Hartlová, 2000). Podle Kebzy a Šolcové (2003) má se syndromem vyhoření společné následující příznaky: oploštěnost emocionality, otupělost v sociálních vztazích, netečnost, redukce invence, imaginativních aktivit a kreativity.

Alexithymie se však liší od syndromu vyhoření „... jednak v tom, že se častěji vyskytuje u pacientů s některou z psychosomatických chorob, zejména však tím, že burnout nedosahuje hlavní rys alexithymie, tj. nedostatek slov k vyjádření emocí: zatímco alexithymičtí pacienti nedokáží emoce vyjádřit, pacienti s burnout syndromem emoce redukují (s výjimkou popisu svých obtíží), jejich emocionalita je deformovaná, disponují však dostatečnou zásobou slov k jejímu vyjádření“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 12).

9.4 SYNDROM VYHOŘENÍ A NEURÓZA

Neurotická onemocnění jsou vyvolána psychogenně, souvisejí se situací, kterou jedinec zakouší jako stresující, bývají doprovázena úzkostí a charakterizována náhledem postiženého (též podkapitola 8.1). Podobným způsobem lze vykreslit i syndrom vyhoření. Podle Kebzy a Šolcové (2003, s. 12) lze sledovat jistou podobu především ve vztahu k některým neurózám, tvořícím „...jakýsi přechod mezi normou a vážnějšími poruchami psychotického typu.“ V klinickém obrazu se mohou syndromu vyhoření mohou blížit především různé únavové syndromy či tzv. „manager diseases“, zvláště pokud obsahují depersonalizační složku.

Vodítkem k bezpečnému určení diagnózy může být odpověď na otázku, zda pacient skutečně vykazuje dominující emocionální vyčerpání, které je charakteristickým rysem vyhoření. Dalším pomocným kritériem mohou být pseudohalucinace, jež se u vyhoření nikdy nevyskytují (Kebza, Šolcová, 2003).

Křivohlavý (1998, s. 54) si všímá podobnosti mezi syndromem vyhoření a existenciální neurózou. Podle Maddiho ji definuje jako „chronickou neschopnost věřit v důležitost, užitečnost a pravdivost čehokoliv, co si člověk jen dovede představit, že by dělat měl, případně že by se měl o to angažovat. Jde o pocit naprosté existenční beznaděje.“ Frankl (2006, s. 11) pro potvrzení své vlastní teorie uvádí souhlasné Maslowovo stanovisko, „...že základním zájmem člověka je jeho vůle ke smyslu.“

S pocity bezmoci a beznaděje se setkáváme i při vyhoření, avšak bývá to až na konci procesu. Na počátku je naopak mimořádně intenzivní prožitek smysluplnosti života a práce. Jinými

slovy, osoby postižené syndromem vyhoření se potýkají s pocity ztráty smyslu života až poté, co jejich snaha selhala, když překážky byly příliš velké a odolávaly jejich úsilí (Křivohlavý, 1998).

9.5 SYNDROM VYHOŘENÍ A DEPRESE

Deprese patří podle statistiky Světové zdravotnické organizace k nejčastějším nemocem na celém světě (Křivohlavý, 1998). Je definována jako chorobný smutek, duševní stav charakterizovaný pocity smutku, skleslosti, vnitřního napětí, nerozhodností, zpomalením duševních i tělesných procesů, ztrátou zájmů, pokleslým sebevědomím, úzkostí, sebeobviňováním a útlumem (Hartl, Hartlová, 2000). Projevuje se v chorobných fázích, přičemž se syndrom depresivní může střídat se syndromem manickým (podle MKN-10 jde o bipolárně afektivní poruchu, F31), projevovat unipolárně (depresivní fáze, F32), nebo opakovaně (periodická, rekurentní depresivní porucha, F33).

Hlavním psychickým příznakem depresivního syndromu je patická depresivní nálada, která má vliv na veškerou psychiku nemocného. „Pacient je smutný, stísněný, plačtivý, úzkostný, někdy zcela apatický“ (Zvolský, 2005, s. 91). Vzniká buď z vnitřní příčiny nebo psychogenně jako nepřiměřeně dlouhá reakce na skličující situaci. První z nich bývá označován jako endogenní a druhý jako exogenní deprese. Od těchto termínů se však upouští. (Hartl, Hartlová, 2000).

Deprese má se syndromem vyhoření řadu shodných nebo podobných příznaků. Liší se tím, že negativně ovlivňuje převažující spektrum životních aktivit. Naproti tomu syndrom vyhoření se

omezuje zpravidla na myšlenky a pocity týkající se profesního výkonu a jeho důsledků (Kebza, Šolcová).

Vztahy mezi vyhořením a depresí jsou velice úzké – Pearsonův korelační koeficient dosahuje hodnot kolem $r = .40$ (Křivohlavý, 1998). Výskyt depresivního ladění bývá součástí etiopatogeneze syndromu vyhoření. Především pro klinické psychology je důležité odlišit toto depresivní ladění či depresivní reakci související s vyhořením od endogenní deprese, mimo jiné v zájmu jasného vyloučení suicidiálních tendencí (Kebza, Šolcová, 2003).

Výrazným odlišujícím znakem je sezónnost výskytu, typická pro endogenní depresi a naopak velmi zřídka pozorovaná u syndromu vyhoření. Další rozdíly jsou patrné v charakteru poruch spánku. Syndrom vyhoření je vyvolán psychogenně, a tak je ve shodě s exogenní depresí doprovázen obtížným usínáním. Naopak u endogenních depresí jde spíše o buzení v průběhu spánku (Kebza, Šolcová, 2003).

Křivohlavý (1998) i Kebza, Šolcová (2003) zdůrazňují i odlišné přístupy k vlastní léčbě. Na rozdíl od deprese zatím nelze syndrom vyhoření léčit farmakoterapeuticky a základním léčebným prostředkem je psychoterapie (kapitola 12 této diplomové práce).

9.6 SYNDROM VYHOŘENÍ A CHRONICKÝ ÚNAVOVÝ SYNDROM

Zdánlivě blízko má charakteristika syndromu vyhoření k syndromu chronické únavy. Ten je však poměrně složité určit, neboť v posledních více než patnácti letech se v literatuře objevují

americká, britská a australská výzkumná a diagnostická kritéria (Kebza, Šolcová, 2000).

Praško aj. (2006) uvádějí, že nejdůležitějším diagnostickým kritériem chronického únavového syndromu je klinicky významná, somaticky nevysvětlitelná únava, která trvá nejméně šest měsíců. Musí jít o nově vzniklou únavu spojenou s podstatným poklesem původní aktivity. Není důsledkem probíhající aktivity a neustupuje zásadně po dostatečném odpočinku. Druhým diagnostickým kritériem je výskyt čtyř a více z následujících příznaků: subjektivně prožívaná porucha paměti, bolesti v krku, citlivost lymfatických uzlin, bolesti svalů, bolesti kloubů, bolesti hlavy, neosvěžující spánek, únava po námaze je delší než 24 hodin.

Ke společným příznakům syndromu vyhoření a chronického únavového syndromu patří především únava, snížená schopnost soustředění, kognitivních funkcí a výskyt depresivní symptomatiky. Vyhoření naopak postrádá některé příznaky, které doprovázejí chronickou únavu, například zvýšenou teplotu (37,1,3°C až 38,0°C), bolesti v krku, citlivost až bolestivost lymfatických uzlin, bolesti kosterního svalstva, migrující otoky a bolesti kloubů bez zarudnutí, světloplachost atd. (Kebza, Šolcová, 2000).

10 DIAGNOSTIKA DISPONOVANÝCH JEDINCŮ

V kapitole 5 jsou uvedeny vnitřní charakteristiky jedinců, utříděné ve snaze odlišit osoby s vyšší náchylností k vyhoření od populace, která je v tomto smyslu odolnější. Tato kapitola se zaměřuje na možnosti diagnostického podchycení disponovaných jedinců, jež má význam v pracovním psychologickém poradenství, především při volbě povolání a v prevenci. V diagnostice se uplatňují jak klinické metody, tak metody testové, ovšem obojí jen v rukou náležitě vyškolených a zkušených odborníků. Podle zásad vydaných dřívější Českou psychologickou společností „může psychodiagnostické metody zásadně používat jen odborný psycholog, který je povinen respektovat etický kodex povolání a etické zásady naší společnosti vůbec“ (Svoboda, 2005, s. 13). V rámci této diplomové práce se proto zaměřím pouze na nejzákladnější informace o některých testových metodách, jejichž administrace a vyhodnocení má podle mého názoru význam pro určení jedinců mimořádně disponovaných ke vzniku a rozvoji syndromu vyhoření.

Z hlediska osobnostních rysů je nepochybné, že vyhořením jsou ohroženi především lidé introvertní a emočně labilní. K disponovaným jedincům patří také „štvanci“ s chováním typu A, orientovaní na konečnou odměnu. Výskyt těchto i některých dalších předpokladů vyššího sklonu k vyhoření, uvedených v oddílu 5.1.1, lze podle mého názoru odhalit už pomocí osobnostních dotazníků.

K nejrozšířenějším dotazníkům tohoto typu patří Eysenckův osobnostní dotazník (Eysenck Personality Inventory, EPI) z roku 1964. Je oblíbený nejen pro své teoretické základy a faktoriální konstrukci, ale i jednoduchost. Vychází z Eysenckova přesvědčení,

že bipolární faktory introverze – extraverze a emoční labilita (neurotičnost) – emoční stabilita umožňují popsat osobnost lépe než jiné faktory. Skládá se z 57 otázek, z nichž 24 měří extraverzi, 24 otázek diagnostikuje neurotické tendence a 9 položek tvoří stupnici lži (Svoboda, 2005).

Pro zkoumání případného sklonu jedince k vyhoření je zajímavý Eysenckův osobnostní dotazník publikovaný v roce 1975 a rozšířený o dimenzi psychoticismu (Eysenck Personality Questionnaire, EPQ) Pojem psychoticismu neznamena jen psychopatologickou orientaci příslušné škály, ale podle Eysencka v sobě obsahuje následující charakteristiky (Svoboda, 2005):

- samotářský, lhostejný k lidem,
- nepřizpůsobivý, dělající těžkosti,
- krutý, nelidský,
- citově oploštělý, necitlivý, nesoucitný,
- vyhledávající vzrušení,
- nepřátelský k lidem, agresivní,
- milující neobvyklé, výstřední věci,
- ignorující nebezpečí, zbrkle odvážný,
- výsměšný, silně vzrušivý, pobuřující okolí.

Domnívám se, že psychotické tendence nevedou nutně k vyššímu riziku emocionálního vyčerpání či snížení výkonu, avšak při případném vyhoření posilují rozvoj dalšího z trojice charakteristických projevů burnout syndromu podle Ch. Maslach (Längle, 1997 a kapitola 1 této diplomové práce), totiž depersonalizovaného chování. Zde je podle mého názoru zřejmý význam zkoumání míry psychoticismu ve vztahu k syndromu vyhoření.

Z řady dalších osobnostních dotazníků vybírám Osobnostní inventář KUD (podle Kudličkové), sloužící k rychlé orientaci o základních dimenzích osobnosti normálního jedince. Zkoumá pět osobnostních dimenzí a kromě stability – lability a extravertze – introvertze se zaměřuje také na aktivitu – pasivitu, dominanci – submisivitu a racionálnost – smyslovost. (Svoboda, 2005). Čtyři z těchto pěti osobnostních dimenzí byly podrobeny komentáři v oddílu 5.1.1 této diplomové práce. Jejich souvislost se syndromem vyhoření tak byla vysvětlena nebo alespoň naznačena.

Někteří autoři si při definování syndromu vyhoření a úvahách o jeho příčinách všímají vysoké nebo chronické zátěže. Jak je uvedeno v kapitolách 4 a 5 této diplomové práce, zdůrazňují nepřiměřenou zátěž coby jednu z příčin vyhoření například Samoukova (2005) a Čáp, Mareš (2001). Ke zjištění jedinců výrazněji disponovaných k získání syndromu vyhoření proto mohou posloužit testové metody zaměřené na určení odolnosti vůči zátěži.

K nejstarším testům zjišťování percepční zátěže, případně odolnosti vůči psychické zátěži patří Stroopův Color-Word Test (CWT). Přestože pochází z roku 1935, dodnes se rozšiřují možnosti jeho použití (Svoboda, 2005). Testový materiál je předkládán zásadně individuálně, protože je nutné přesně měřit čas. Tvoří jej tři tabulky. Na první je černě vytištěna stovka slov označující barvy („zelená“, „červená“, „modrá“, „žlutá“). Druhá obsahuje stejný počet obdélníčků v uvedených čtyřech barvách. Na třetí je vytištěno 100 slov označující barvy, avšak tato slova neodpovídají barvě, kterou jsou vytištěna. Úkolem zkoumané osoby je nejprve přečíst co nejrychleji slova v první tabulce. Výkon je dán počtem sekund potřebných k přečtení a výsledek, tzv. S skór, je ukazatelem

osobního tempa. Při expozici druhé tabulky je úkolem zkoumané osoby co nejrychleji jmenovat barvy jednotlivých obdélníčků. Administrátor testu určí tzv. F skór (opět v sekundách), který je interpretován jako faktor percepce. Třetí tabulka slouží k získání SF skóru, skóru percepční zátěže. Ke zmíněným třem čtením neboli subtestům Stroopova testu lze přiřadit ještě čtvrtý subtest. Úkolem zkoumané osoby je číst třetí tabulku tak, že střídavě říká význam slova a barvu, kterou je slovo vytištěno. Výsledkem je tzv. SFS skór, sloužící k detekci reakce na zvýšenou zátěž.

Další z testových metod uvedených dle Svobody (2005) patří také k nejstarším. Jde o metodu zrcadlového kreslení (ZK), která se používala ke zjišťování individuálních rozdílů v tempu motorického učení a transferu motorických vlastností, později pak k diferenciaci mravně narušených osob, k detekci impulzivity, agrese, pocitů méněcennosti, adaptace na stres. Česká verze zrcadlového kreslení orientuje diagnostické využití testu na měření adaptability – schopnosti vyrovnávat se úspěšně se zátěží a frustrací. Nezbytnou součástí vybavení pro testování je přenosný skládací přístroj, který je tvořen základnovou deskou, zrcadlovou deskou, dvěma bočnicemi a stínící deskou. Často využívanou předlohou pro test zrcadlového kreslení bývá šesticípá hvězda. V české verzi je předloženo sedm bodů, tvořících vrcholy sedmiúhelníku. Pořadí úkolů je číslováno, přičemž nepostupuje po obvodu. Probandovým úkolem je spojit body, které vidí na předloze v zrcadle. Během celého testu je provedeno šest kreseb, jež jsou podnětově shodné. Test je zadáván individuálně, neboť examinátor měří dobu trvání každé jednotlivé kresby a pozoruje vyšetřovanou osobu. Výsledky observace zaznamenává do podrobného záznamového protokolu. Při vyhodnocování testu se zaměřuje na čas, bloky (vícenásobné

hledání správného směru postupu), klikaté postupy, tahy mimo obrazec, složitost, rozkmit, tlak, tah.

Po dvou starších testových metodách, popsaných podle Svobody (2005), je následující odstavec věnován prvnímu českému testu, který je zadáván, vyhodnocován a interpretován pomocí výpočetní techniky. NQ-S: Zátěžový test regulace kognitivních procesů autorů Milana Brichcína, Jiřího Klose a Karla Vacíře je využitelný v oblasti psychologie práce při posuzování způsobilosti k výkonu psychicky náročnějších profesí, vyžadujících odolnost vůči zátěži, resp. adaptaci na zátěž (Psychologická diagnostika, 2007). Je modelem vyhledávání zadaných cílů v členitém zorném poli. Slouží k diagnostice kognitivního zpracování informací při průběžné interakci člověka s vnějším prostředím. Výkon je ovlivněn individuálními charakteristikami pozornosti a paměti a schopností regulovat kognitivní procesy ve dvou nestejně náročných situacích. Do posloupnosti pěti subtestů je zavedeno střídání podmínek testování: "bez zátěže" a "při zátěži". „Mentální zátěž vyvolávaná časovou tísní může při takovém uspořádání plnit úlohu přesně kontrolované "nezávislé proměnné" a stává se dominantním funkčním faktorem ovlivňujícím navozené změny testovaného výkonu“ (Psychologická diagnostika, 2007). V současné době jsou sledovány možnosti uplatnění v klinické praxi, zejména v neuropsychologické diagnostice.

11 PROFYLAXE A PREVENCE SYNDROMU VYHOŘENÍ

11.0 ÚVOD

Pojmem profylaxe rozumíme včasné vyhledání a diagnostiku začínajících chorob, opatření učiněná předem k zabránění vzniku určité nemoci nebo jevu. Prevenci lze stručně vymezit jako předcházení nežádoucím jevům, nehodám, úrazům či nemocem (Hartl, Hartlová, 2000). Teoreticky nejspolehlivější řešení, jak předcházet nežádoucím jevům, úrazům či nemocem, podle mého názoru spočívá ve vyloučení mimořádně disponovaných jedinců ze situací a činností, které se mohou právě při naplnění určitých individuálních charakteristik stát spouštěcím mechanismem vzniku potíží.

Taková praxe je ovšem v praktickém měřítku z mnoha důvodů neuskutečnitelná. Jedním z nich je relativně vysoká prevalence osob s poruchou osobnosti nebo psychickými onemocněními v populaci. Výběr uchazečů o místa lékařů, zdravotních sester, psychologů, učitelů a pracovníků v dalších oborech, které představují zvýšené riziko vyhoření, by se nepřipustně zúžil, pokud bychom zcela vyloučili všechny takto disponované jedince. Odchytky od takzvaného normálu, ať už jakkoliv nejednoznačně chápaného, navíc nebývají rozpoznány, neboť k jejich diagnostice jsou často nezbytná psychologická vyšetření. A ta nebývají vždy součástí přijímacího řízení.

Osobám, které jsou vlivem vnitřních faktorů více ohroženy syndromem vyhoření, prakticky nelze zabránit vykonávat povolání, jež jsou riziková z hlediska vyhoření. O to větší význam má prevence. Kebza a Šolcová (2003) zdůrazňují, že je snazší

negativním důsledkům vyhoření předcházet než je odstraňovat. Dále uvádějí, že nerovnováhu mezi profesním očekáváním a profesní realitou, která je příčinou vyhoření, je potřebné zmenšit. Na straně jedince osvojením si základních postupů hodnocení stresogenních situací a strategií zvládnání stresu a na straně zaměstnavatele změnou jeho organizace a kultury.

11.1 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ NA STRANĚ JEDINCE

Všechny hlavní složky syndromu vyhoření „...rezultují z chronického stresu“ (Kebza, Šolcová, 2003, s. 7). Pojednání o preventivních opatřeních proto zahájí praktické postupy, které se týkají předcházení a zvládnání stresu. V tomto směru je vhodné (Šnýdrová, 2006):

- uvědomit si a vytvořit si pořadí důležitosti,
- naučit se vyhýbat stresu, tj. představit si opakující se nepříjemnosti a pokusit se nalézt způsoby, jak se jim vyhnout,
- naučit se vypnout, nepřenášet pracovní problémy a povinnosti na domácí scénu,
- provozovat cvičení, pohyb,
- navazovat a udržovat sociální vztahy (lidé, kteří mají dobré sociální zázemí, odolávají lépe účinkům stresu),
- dbát na správnou výživu,
- naučit se relaxovat,
- nezanedbávat spánek, který regeneruje tělo po stránce psychické i fyzické,
- nepřehlížet varovné signály (psychický stres se projevuje somatickými obtížemi a potlačuje činnost imunitního systému).

Křivohlavý (1998) zdůrazňuje význam humoru a uvolnění napětí různými činnostmi, při kterých zcela zapomeneme na vše ostatní. Pomáhá osvícený zájem o vlastní zdraví a relaxace. Ta je charakterizována jako uvolnění svalového a duševního napětí a přirozený opak stresu. Při relaxaci se snižuje tepová i dechová frekvence, výměna látková a svalové napětí, odstraňuje se únava a úzkost (Hartl, Hartlová, 2000).

„Všechny relaxační metody jsou opřeny o vzájemnou souvislost mezi činnostmi vegetativní nervové soustavy, svalovým napětím a napětím psychickým“ (Šnýdrová, 2006, s. 149). Nejčastější reakcí na stres je zrychlené dýchání (dech se zrychluje proto, aby došlo k lepšímu zásobení svalů kyslíkem a následně i lepší připravenosti organismu k reakci). Čím více se však člověk snaží dýchat, tím více se zrychluje činnost sympatického oddílu vegetativní nervové soustavy a zvyšuje pocit dechové nedostatečnosti. V důsledku aktivizace sympatiku se urychluje a zesiluje téměř veškerá činnost organismu včetně dýchání a svalového napětí. Tento reflex funguje také opačně. „Čím méně člověk dýchá, tím dříve a lépe se uklidní, a na tomto faktu je také postaven nácvik hypoventilace, která prostřednictvím spuštění činnosti parasympatické části vegetativního nervového systému vede k celkovému zpomalení funkcí organismu“ (Šnýdrová, 2006, s. 149).

Hypoventilace je základem celé řady relaxačních metod, jež slouží především ke zmírňování a odstraňování důsledků stresu. Jestliže se stanou pravidelnou součástí denního režimu, pak se domnívám, že mohou působit i preventivně.

Existuje celá řada drobných rad a konkrétních návodů, jak předcházet vyhoření a zmírňovat následky jeho případného nástupu.

Jen Křivohlavý (1998) uvádí 59 způsobů, jak se bránit stresu, distresu a burnout. O některých z nich, jako je například vytvoření pořadí důležitosti, správná výživa, různé formy tělesného pohybu a spánek, hovoří i jiní autoři, a tak už byly v této práci citovány. Z ostatních vybírám myšlenku dopřát si krátkodobou relaxaci, která může mít podobu pětiminutové přestávky po každé hodině práce.

Nejjednodušší formou krátkodobé relaxace je zdravé dýchání s co nejúplnějším výdechem a pomalým nádechem do plných plic. Zdravě se nadechnout znamená zapojit nejprve bránici, poté plně rozevřít hrudní koš a v závěru si dopřát tzv. klíčový nádech. Zdravý výdech probíhá v opačném pořadí, avšak trvá o třetinu času déle než nádech.

Krátkodobě relaxovat lze i tím, že vstaneme a projdeme se. Někdy pomáhá protáhnout přinejmenším nohy a narovnat záda. Poposednout si. Změnit polohu. Udělat několik cviků, které nám jsou blízké (z gymnastických cvičení, jógy, strečinku, aerobiku atd.). Při výkonu některých povolání je možné i změnit činnost. Kdo pracoval hlavou, pracuje rukama. Kdo seděl, pracuje ve stoje.

Další krátkodobou formou je úprava Jakobsonovy relaxace. V ní jde o usilovné napětí některých svalů (například přitažení prstů špičky nohy směrem nahoru či dolů) a poté o jejich prudké uvolnění. Takové cviky lze provádět podle Jakobsonova plánu nebo podle situačních možností a osobní potřeby.

Relaxační účinek má také masáž svalů. Například obličejové svaly lze masírovat nejen studenou vodou (což je nejlepší), ale i nasucho. Oběma rukama zakryjeme celý obličej, zavřeme oči

a pomalu rukama táhneme od shora dolů při současném pomalém výdechu. Osvědčila se i masáž šjíjových svalů.

Krátkodobá relaxace může mít i psychickou formu – s využitím představivosti se lze odpoutat od místa, na kterém pracujeme, do prostředí, které je pro nás symbolem, klidu a pokoje. Ke krátkodobé relaxaci lze využít všech smyslů. Například můžeme vzít do ruky předmět, který je podnětný, krásný či příjemný z hlediska hmatového vjemu. Nebo přičichnout ke květině či kolínské vodě. Pomáhají i chuťové zážitky spojené s různými pamlsky, konzumovanými v rozumné míře.

Po řadě návodů podle Křivohlavého (1998) uvádím specifickou techniku, vhodnou pro osoby pracující s lidmi. Pro ně je důležité vytvořit si odstup od klientů, například následujícími způsoby (Kebza, Šolcová, 2003):

- sémantickým odosobněním, kdy se klient stává kauzou, určitou diagnózou, „pacoušem“ atd.,
- intelektualismem, kdy profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně, bez emocí, osobního přístupu,
- izolací, jasným odlišením profesionálního přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem.

Podle mého názoru se tímto způsobem lze uchránit před emocionálním vyčerpáním a poklesem výkonnosti, ovšem za cenu posílení depersonalizační složky syndromu vyhoření. Důležitá je samozřejmě míra odosobnění, intelektualismu a izolace, přesto se domnívám, že touto metodou se chrání ohrožení jedinci na úkor svých pacientů, žáků, klientů či spolupracovníků.

11.2 PREVENTIVNÍ OPATŘENÍ NA STRANĚ ORGANIZACE

Z hlediska prevence vyhoření je důležité nepotlačovat pocity, ale otevřeně o nich hovořit. Proto je žádoucí vytvořit vhodné prostředí, například porady, na kterých lze diskutovat o obtížnějších případech. Vhodné je také zařadit přestávky a využít je k regeneraci sil tělesným cvičením, procházkou, relaxací či meditací (Kebza, Šolcová, 2003).

Křivohlavý (1998) si všímá významu pracovních porad ve vztahu k prevenci syndromu vyhoření. V tomto smyslu jsou účinnou zbraní jen za určitých podmínek:

- naprostá svoboda sdělovat kritické připomínky,
- naprostá svoboda se citově projevit,
- zákaz negativní osobní kritiky, osobních odsudků,
- požadavek na uvádění několika různých programů, plánů či koncepcí řešení, z nichž se po diskuzi vybere nejlépe vyhovující řešení,
- možnost skutečně nějak účinně působit – aby porada mohla „změnit stav světa“,
- příležitost projednat nejen úkoly, které tíží vedení, ale i problémy, které tíží účastníky,
- možnost ujasnit si cíle, tj. představy o žádoucích výstupech,
- prostor nejen pro problémy klientů, ale i zaměstnanců (například ve zdravotnictví lékařů, sester, laborantů i pomocného personálu),
- možnost poznat, v kterém směru se nabízí větší svoboda vlastního rozhodování (volba vlastních způsobů práce),
- příležitost vysvětlit a přesněji určit podmínky, které vedou ke vzniku nadměrné zátěže.

O úpravách pracovního režimu rozhoduje zaměstnavatel. Vzhledem k negativním důsledkům syndromu vyhoření na postoje a způsoby chování související s výkonem pracovní činnosti je i v jeho zájmu věnovat se preventivní činnosti. Proto je nyní v popředí zájmu organizací rozvoj programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, výcvik v profesních dovednostech, týmovou spolupráci, zvýšení podílu pracovníků na řízení atd. (Kebza, Šolcová, 2003).

12 LÉČBA SYNDROMU VYHOŘENÍ

12.0 ÚVOD

Syndrom vyhoření zahrnuje řadu příznaků emocionální vyčerpanosti, depersonalizace a snížení výkonnosti. Je nebezpečný jak pro samotného postiženého, tak pro okolí a v nejširším pojetí pro celou společnost. Výzkumy totiž prokázaly souvislost psychického vyhoření s rizikem budoucího onemocnění nejméně ve třech rovinách (Toppinen-Tanner et al., 2007). Za prvé, vyhoření může ovlivnit fyziologické funkce, které mají vliv na vznik fyzického onemocnění nebo přinejmenším zvyšují riziko takového onemocnění. Příkladem jsou kardiovaskulární choroby. Za druhé, syndrom vyhoření nepříznivě působí na psychické funkce, a tím i pracovní způsobilost a sociální vztahy postiženého. Důsledkem je další zhoršování duševního i tělesného zdraví. Za třetí, syndrom vyhoření je spojován s některými zlovyky, jako je nadužívání alkoholu či kouření, jež dále zvyšují riziko budoucího onemocnění. To vše dokládá potřebnost včasné léčby.

Řada studií prokázala, že jedním z hlavních faktorů při vzniku a rozvoji syndromu vyhoření i jeho zvládnutí je míra uspokojení základní existenciální potřeby, tj. smysluplnosti bytí (Křivohlavý, 1998). Jde o prožívání smysluplnosti existence, které je subjektivním jevem a vztahuje se k pocitu smysluplnosti práce i života jako celku.

K návratu psychicky vyhořelých jedinců do plnohodnotného života, plného vrcholových zážitků, spokojenosti a dobrého duševního zdraví, se užívají především přístupy existenciální a humanistické psychoterapie. Tyto metody podtrhují jedinečnost

každé osobnosti a úkol psychoterapie spatřují v podporování osobního růstu. Namísto adaptace člověka na prostředí, ve kterém žije, zdůrazňují jeho seberealizaci a uskutečňování individuálních hodnot nebo životního poslání (Kratochvíl, 2002).

„K existenciální psychoterapii patří zejména evropské školy daseinsanalýzy a logoterapie. Nastolují otázky podstaty člověka, vyrovnávají se s problematikou lidského bytí a jeho smyslu, s otázkou lidského ducha, svědomí, odpovědnosti, utrpení a smrti“ (Kratochvíl, 2002, s. 90). Humanistická psychoterapie vznikla jako „třetí cesta“ v reakci na redukcionismus psychoanalýzy a behaviorismu. Podle jedné z ústředních postav humanistické psychologie, J. F. T. Bugenthala, se předmětem tohoto psychologického směru stal „...člověk v jeho nejlidštějším aspektu“ (Nakonečný, 1998a, s. 312). K dílčím proudům humanistické psychoterapie se podle Kratochvíla (2002) zpravidla řadí i rogerovská psychoterapie a gestalt terapie.

12.1 DASEINSANALÝZA

Daseinsanalýza je „...existenciálně orientovaný psychoter. směr, zakl. L. Binswanger (1924); snaha vřadit pacienta do života pochopením smyslu vlastního žití, být autentickým“ (Hartl, Hartlová, 2000, s. 96). Vychází z existenciální filozofie Martina Heideggera, od něhož přejímá základní terminologii, a z fenomenologické metody, navazující na filozofii Edmunda Husserla. Předkládá řadu tezí o podstatě člověka. Člověk je schopen (Kratochvíl, 2002):

- uvědomovat si sám sebe i to, co dělá,
- činit rozhodnutí a nést za své jednání odpovědnost,

- uvědomit si možnost naprosté izolace, ztráty všech významných vztahů i možnost neexistence – smrti.

Pro psychoterapii je typická zásada nic pacientovi nevnucovat. V oblasti poruch se daseinsanalytici vyhýbají zařazování pacientů do jednotlivých „přihrádek“ a zdůrazňují jedinečnost a neopakovatelnost každého z nich. Pro každého pacienta je tak nutná samostatná teorie poruch chování. „Psychopatologovi se doporučuje vžít se do pacienta, poddat se dojmům, které v něm vzbuzují jeho výroky. Má hledat význam odchylek od normy jako zvláštní formy lidského bytí“ (Kratochvíl, 2002, s. 92).

„Daseinsanalýza si klade za cíl rekonstruovat vnitřní život duševně chorého. Nejde jen o to, co nemocný prožívá, nýbrž i o to, co za jeho prožíváním vězí. Podobně jako psychoanalýza se odhodlává luštit, nacházet smysl a významy, a je to tedy hermeneutika. Výpověď pacienta je výpovědí o jeho bytí („In-der-Welt-Sein“). Základem bytí jsou totiž iracionální a rozumem nepostižitelné síly a k jejich pochopení nám poslouží existenciální hermeneutika“ (Vacek, 2001, s. 391).

Podle Kratochvíla (2002) se základní význam přikládá terapeutickému vztahu, který je zde často označován jako „setkání“ a jehož základem je vnitřní zkušenost. Terapeutické postupy nejsou pečlivě plánované – spíše se využívá intuice. Terapie má uvolnit pacientovy dřímající možnosti, aby byly využity jím samým i jinými. „Má pochopit a uskutečňovat vlastní existenci. Konečným cílem je, *aby byl sám sebou* (Kratochvíl, 2002, s. 92, zvýrazněno kurzívou v originále).

12.2 LOGOTERAPIE

Logoterapie je psychoterapeutický směr existenční analýzy snažící se odhalit v biografii nemocného smysl jeho života (Hartl, Hartlová, 2000). Jde o terapeutický přístup zaměřený na duchovní stránku lidské existence, která se v životě člověka projevuje svobodou v osobních volbách, odpovědností za ně a prožíváním jejich smysluplnosti či nesmyslnosti vzhledem k rozpoznávaným životním hodnotám (Balcar, 2004).

Tvůrcem tohoto směru byl vídeňský neurolog a psychiatr Viktor E. Frankl. „Na rozdíl od daseinsanalýzy je jeho způsob podání přístupný, popularizující a přitažlivý“ (Kratochvíl, 2002, s. 93). Balcar (2004) uvádí, že Frankl spatřoval v lidském životě nejen pouhé bytí, ale i svobodnou a odpovědnou reflexi, která je pro člověka příznačná a činí jeho život existencí. Podle toho nazval svůj přístup existenciální analýza. Aby jej odlišil od filozofického existencialismu, označil jej také jako logoterapii. Tento druhý název vyjadřuje nejzákladnější princip Franklova psychoterapeutického přístupu: hledání smyslu života (řec. logos = smysl). Frankl užíval oba názvy s určitým, avšak nedůsledně dodržovaným rozlišením – existenciální analýzu chápal jako pohled na člověka „zevnitř“ z hlediska vlastní smysl hledající existence, zatímco logoterapií rozuměl terapeutický přístup „zvenčí“.

Logoterapie pomáhá pacientovi najít východisko z jeho existenciální frustrace. Nesnaží se mu vnutit nějaký životní smysl zvenčí podle představ terapeuta, ale chce mu pomoci najít jeho vlastní životní smysl v souladu s jeho osobností (Kratochvíl, 2002). „Samozřejmě nemůže být řeč o tom, že logoterapie dá životu pacienta smysl. Ten musí pacient najít sám a samostatně. Nemůže

být ani řeči o tom, že logoterapie vzbudí v pacientu vůli ke smyslu. Tato vůle musí vyklíčit a klíčí, jakmile se mu nabídne nějaký smysl“ (Frankl, 2006, s. 126).

Existenciální analýza chápe život člověka nejméně ve třech dimenzích: „...vedle běžně uznávaných dimenzí tělesné a duševní je to právě dimenze duchovní, na niž je logoterapie přímo zacílena“ (Balcar, 2004, s. 256). Zatímco základním znakem tělesného bytí člověka je jeho život a duševní bytí se projevuje prožíváním, je základem duchovního bytí člověka jeho vůle. Duchovní volba směřuje k naplnění smyslu obsaženého v setkání jedinečného člověka s jedinečnou životní situací.

Balcar (2004) vysvětluje, že logoterapeutická léčebná změna je vždy nejprve změnou v oblasti duchovní, tedy změnou v dimenzi svobodné a odpovědné volby vlastního přístupu k životním danostem a jeho praktického uskutečňování. Přitom lze rozlišit dvě polohy léčebného zaměření:

- na hledání hodnotového zakotvení člověka v životě vůbec – základní léčebnou změnou je objevení a přijetí takových hodnot v životě a ve světě, které člověku dávají prožitek smysluplnosti, podle Frankla jsou tyto hodnoty trojí: tvůrčí, zážitkové a postojové
- na uplatnění zvláštních duchovních schopností (sebeodstupu a sebezpřesahu) při léčbě konkrétních případů neurotických a psychosomatických poruch – terapie zde spočívá v osvojení nové strategie, jak překonávat potíže.

12.3 GESTALT TERAPIE

Gestalt terapie, někdy označovaná českým názvem tvarová terapie, je škola založená Frederickem Perlssem ve 40. letech 20. století. Spolu s rogerovskou psychoterapií bývá řazena k humanistickým směrům. „Preferuje přímé prožívání a uvědomování před vysvětlováním a interpretacemi. Staví na dialogu pacienta s terapeutem. Pacient je veden k uvědomování si toho, co dělá a jak to dělá. Jakými cestami může dosáhnout změny sebe sama, jak se přijmout a jak se naučit cenit sebe sama. Jak se stát soběstačný a převzít zodpovědnost za vlastní jednání“ (Humhal, 2004, s. 277).

Rámcem pro vybudování tohoto psychoterapeutického směru se stala tvarová psychologie. Její stoupenci se domnívají, že organismus vnímá celek, a ne částice. Psychické obrazy nevznikají složením prostorových nebo časových částí, ale ze zážitku jako celku podle tvarových zákonů (Hartl, Hartlová, 2000).

Hlavním pravidlem terapie je princip přítomnosti (Kratochvíl, 2002). Terapeut se táže, co se teď děje, co má pacient nyní ve vědomí, co v tomto okamžiku cítí. Pozornost je také věnována vztahu „já“ a „ty“. Jedinec se má dále naučit přijímat odpovědnost za své tělesné orgány a funkce. Terapeut jej proto vybízí, aby o nich nehovořil ve třetí osobě, ale aby se do svých orgánů vžil a mluvil za ně. Jako by jimi byl.

Důraz je kladen na autentické prožívání včetně přijímání různých polarit autentické existence. „Cítí-li se pacient nepříjemně a odvrací-li se od nepříjemného pocitu, často ho terapeut zastaví otázkou „Můžete zůstat u tohoto pocitu?“ nebo pokynem „Zůstaňte

s tím!“. Pacient má tyto pocity a s nimi spojené představy víc rozvinout, víc o nich hovořit a projevovat je“ (Kratochvíl, 2002, s. 87).

„Gestalt terapie dává zásadně přednost akci před vyprávěním“ (Kratochvíl, 2002, s. 89). Pacient je často provokován ke konfrontaci s různými složkami své vlastní osoby a s neuzavřenými záležitostmi a prožitky. Dochází tu k dramatickým katartickým zážitkům, které terapeut podněcuje například vyžadováním, aby pacient opakoval svůj výrok vícekrát, stále hlasitěji a v ostřejší nebo až přehnané formulaci (například „nenávidím tě“ namísto „zlobím se na tebe“). Terapeut přitom odmítá převzít ochranný postoj a odpovědnost za pacientovy emoce a rozhodování. Tu musí převzít pacient sám.

Podle Humhala (2004) je hlavním cílem tvarové terapie dosáhnout, aby si pacient hlouběji uvědomoval jednotlivé obsahy vědomí a byl schopen lépe chápat zautomatizované procesy ve vědomí jako potřeby. Za prostředek k odstranění poruch zdraví je pokládáno především soustředěné uvědomování. Vychází se z přesvědčení, že samo hluboké uvědomění si obsahu prožívaného má terapeutický efekt, vede k obnovení ztraceného kontaktu organismu s okolím a k obnově růstu. S uvědomováním se proto v tvarové terapii experimentuje tak, aby probíhalo ve směru (Humhal, 2004):

1. od zaměřování pozornosti na nesoulad ve vnějším projevu a v uvědomování,
2. k uvědomování rozporů v motivaci a způsobů unikání od těchto rozporů,
3. k vědomé konfrontaci rozporných motivů,
4. k uvědomělému rozhodnutí a realizaci činu, který navozuje korektivní zážitek.

V současné době existuje ve světě řada samostatných ústavů pro gestalt terapii a výcvik, které většinou nemají vzájemné propojení. Ve vývoji gestalt terapie je po Perlsově smrti patrný odklon od původních, značně tvrdých a frustrujících technik s příklonem k větší měkkosti i terapeutově odpovědnosti (Kratochvíl, 2002).

12.4 ROGEROVSKÁ PSYCHOTERAPIE

Rogerovskou psychoterapií bývá nazýván směr, který je v širších souvislostech zařazován do humanistické psychologie a jehož základním východiskem je subjektivní prožitková zkušenost člověka. Její autor, Carl R. Rogers ji poprvé formuloval v roce 1940 (Junková, 2004).

Podle Rogerse má každý jedinec základní tendenci k sebeaktualizaci. Sebeaktualizace zahrnuje řadu potřeb, například potřebu potravy, bezpečí, nezávislosti, sebeřízení a naplnění prostřednictvím opravdových interpersonálních vztahů. Chování je vždy motivováno přítomnými potřebami, nikoliv minulými událostmi (i když i ty mohou motivaci do určité míry ovlivnit). Působení sebeaktualizační tendence a z ní vyplývající cílesměrné chování sílí až do té míry, že člověk je „vnitřně svoboden“ Úsilí o sebeaktualizaci je provázeno emocemi, jež získávají tím více na síle, čím více člověk poznává význam svého snažení (Drapela, 1997).

Rogers chápe terapeutickou změnu jako změnu osobnostní struktury člověka na povrchnějších i hlubších úrovních směrem k integraci, zralejšímu chování, menším vnitřním konfliktům, větší energii pro plný život. Stanovil tři postoje terapeuta, které jsou nejdůležitější pro dosažení takové změny (Junková, 2004):

1. autenticita, opravdovost neboli kongruence terapeuta,
2. bezpodmínečné přijetí, akceptance klienta terapeutem,
3. přesné empatické porozumění klientovi.

Autenticitu, opravdovost neboli kongruenci považuje za nejdůležitější pro skutečnou komunikaci. Má na mysli „...skutečnost, že je-li mé prožívání přítomného okamžiku obsahem mého vědomí, a když to, co je přítomno v mém vědomí, je obsahem mé komunikace, pak se všechny tyto tři úrovně prolínají, a jsou tak kongruentní. V takových chvílích jsem integrovaný či celistvý, jsem dokonale v jednotě“ (Rogers, 1998, s. 28).

Akceptovat znamená přijmout nejen klientovy pozitivní a zralé projevy, ale i jeho negativní, obranné a hostilní pocity. Rogerovský psychoterapeut zaujímá postoj, kdy klient je přijímán takový, jaký je. (Junková, 2004). Akceptovat a nehodnotit je tím nejdokonalejším výrazem empatie, neboť „...je nemožné správně přijímat svět druhého člověka, pokud jsem si k němu vytvořil hodnotící stanovisko“ (Rogers, 1998, s. 135).

Empatie je jedním z klíčových pojmů rogerovské psychoterapie. „Prožívat stav empatie či být empatický znamená vnímat vnitřní referenční rámec druhého člověka s přesností, emocionálními složkami a významy, které k němu patří, jako bych byl oním člověkem, avšak aniž bych kdy ztratil onu dimenzi „jako by“. Znamená to tedy cítit bolest nebo radost druhého tak, jak ji cítí on, a vnímat jejich příčiny stejně, jako je vnímá on, avšak bez toho, že bych pozbyl vědomí toho, že je to jako bych já cítil bolest či radost a podobně“ (Rogers, 1998, s. 125).

Autenticita terapeuta, akceptance a empatické porozumění klientovi jsou v rogerovské psychoterapii pokládány za hybnou sílu terapeutického vztahu a za podstatný předpoklad terapeutické změny. Vyskytují se v průběhu terapeutického vztahu v různé míře, přičemž Rogers teoreticky předpokládal přímou úměrnost s terapeutickou změnou u klienta. Tvrdil, že čím vyšší bude stupeň kongruence terapeuta, tím zřetelnější bude posun a konstruktivní změna u klienta (Junková, 2004). Rogers uvádí: „Čím více klient vnímá terapeuta jako reálného a opravdového, jako empatického a jako člověka, který si ho bez kladení podmínek váží, tím více bude přecházet ze statického, necitlivého, strnulého a neosobního způsobu existence ke způsobu charakterizovanému plynulým, měnlivým a akceptujícím prožíváním diferencovaných osobních citů“ (Kratochvíl, 2004, s. 57).

Samotný terapeutický proces lze popsat jako komunikaci a vzájemnou interakci terapeuta a klienta. Jestliže klientovi někdo skutečně naslouchá a bezvýhradně jej přijímá, je klient schopný více naslouchat sobě, poznává a odhaluje své skryté stránky, začíná je u sebe akceptovat, stává se autentičtější a otevřenější (Junková 2004).

13 ZÁVĚR

Syndrom vyhoření sdružuje řadu příznaků, které doprovázejí ztrátu původního nadšení a motivace. Podmínkou konečného vyhoření je počáteční entuziasmus. Postižený jedinec nejprve pro nějakou myšlenku, obrazně řečeno, vzplane, zahoří. Když po určité době usilovného snažení pocítí, že mu ani největší zanícení nepomůže dosáhnout cíle, začne pozvolna doutnat... Je emocionálně vyčerpaný, méně výkonný a straní se lidí, ke kterým si vytváří odosobněný vztah.

Syndrom vyhoření bývá definován situačně specificky, tedy ve vazbě na povolání postiženého. Společným jmenovatelem profesí, které působí zvýšeným rizikem syndromu vyhoření, bývá kontakt s lidmi. Typicky se vyskytuje mezi příslušníky pomáhajících profesí: lékaři, zdravotními sestrami, psychology, učiteli, manažery. Ti se setkávají s překážkami, které někdy pociťují jako nepřekonatelné. Toužili kdysi léčit, učit, vést zaměstnance či prodávat, ale postupem času získali nepříjemné zkušenosti o tom, že všechny nelze úspěšně vyléčit, naučit, vést či motivovat ke koupi. Ztrácejí vůli ke smyslu.

Zmaření původních aspirací, které se ukázaly jako nereálné, působí na organismus jako zátěž. Prožívaný neúspěch se promítá do sebehodnocení jedince a v extrémním případě hrozí narušením integrity osobnosti. Selžou-li adaptivní procesy, dochází k patologickému stavu – jedinec si vyvine vlastní mechanismy, které však neprospívají jemu samotnému ani okolí. Kromě vlivů vnějšího prostředí se na naplnění předpokladů vzniku a rozvoje syndromu vyhoření podílí především osobnostní vyladění jedince. Zkoumáním čtyř typů osobnosti podle Eysencka lze dojít k závěru o největší odolnosti vůči vyhoření u emočně stabilních jedinců se zaměřením

k extraverci. Ve vztahu k syndromu vyhoření jsou cenné také různé typologie lidského chování. Podle jedné z nich lépe odolávají vyhoření osoby typu B, které odvádějí zaměstnavateli kvalitní práci a přitom dokáží i odpočívat. Naproti tomu osoby typu A jednájí rychle, projevují se mimořádně energicky, jsou neustále poháněny vpřed touhou být ve všem nejlepší a nejsnáze vyhoří. Totéž lze říci o jedincích, kteří upřednostňují konečnou odměnu před úspěšným splněním úkolu.

Syndrom vyhoření sice postihuje zcela zdravé jedince, avšak jeho vznik a rozvoj může být podpořen případnou psychickou poruchou. Příkladem jsou neurotické poruchy a poruchy osobnosti. K jejich odhalení i ke zjištění zdravých, avšak mimořádně disponovaných jedinců k získání syndromu vyhoření slouží různé psychodiagnostické metody včetně testů osobnosti a zátěžových testů. Řada jiných dotazníků slouží k diagnostice vlastního syndromu vyhoření. Některé jsou určeny pro samoobslužné použití, jiné vyžadují profesionální vyhodnocení. Nejpoužívanější odbornou testovou metodou zjišťování přítomnosti syndromu vyhoření je metoda MBI (Maslach Burnout Inventory).

Syndrom vyhoření sdružuje řadu psychických i somatických příznaků. Chronický stav vyčerpání, depresivní nálada, poruchy spánku, poruchy trávení a dlouhá řada dalších často uváděných potíží však může být vyvolána i jinými poruchami a nepříznivými stavy. Od následků působení stresu, odcizení, alexithymie, neurózy, deprese a chronického únavového syndromu se vyhoření liší především svojí úzkou vazbou na pracovní činnost postiženého. Na pracovišti by proto měla být navozena atmosféra otevřenosti a vytvořen prostor pro řešení problémů nejen pacientů, žáků a klientů, ale i samotných zaměstnanců.

Syndrom vyhoření je uveden v sekci Z73 Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10), tedy mezi problémy spojenými s obtížemi při vedení života. Obdobně jako jiné poruchy zdraví si zaslouží léčbu, která mívá nejčastěji podobu existenciální a humanistické psychoterapie. Vyhoření bývá provázeno nedostatkem prožívané smysluplnosti, a tak se při jeho léčbě uplatní především logoterapie. K dalším vhodným psychoterapeutickým směrům patří daseinsanalýza, gestalt terapie a rogerovská psychoterapie.

Jako obvykle se také v souvislosti se syndromem vyhoření zdůrazňuje význam preventivních opatření. Správná výživa, pohyb a spánek má spolu s uměním relaxovat a udržováním sociálních vztahů blahodárny vliv na zvyšování odolnosti vůči stresu i vyhoření. Různé relaxační techniky jsou vhodné i ke zmírnění následků, pokud se už syndrom vyhoření rozvinul.

Účinek syndromu vyhoření je podle mého názoru vhodné zkoumat ve dvou rovinách: z hlediska postiženého jedince a z hlediska společnosti. Tak jako nelze pochybovat o tom, že psychické i tělesné vyčerpání, sklíčenost, poruchy spánku a trávení, nesoustředěnost, ztráta motivace a další příznaky obtěžují postiženého, je zřejmé, že jeho případná agresivita, nervozita, impulzivní chování a další, především behaviorální příznaky, dokáží potrápiti také osoby v okolí. Nelze zapomínat ani na zvýšené riziko onemocnění postiženého v důsledku snížené imunity a na jeho sklon měnit zaměstnání. Syndrom vyhoření si proto naši pozornost jistě zaslouží.

SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

ACCEL.TEAM, 2007. Human Relations Contributors. 3 s.

<http://www.accel->

[eam.com/human_relations/hrels_06_mcclelland.html](http://www.accel-team.com/human_relations/hrels_06_mcclelland.html).

Přístup: 14.4.2007 v 8. 20 hod.

ANSWERS.COM 2007. [http://www.answers.com/topic/meyer-](http://www.answers.com/topic/meyer-friedman)

[friedman](http://www.answers.com/topic/meyer-friedman). Přístup: 12.4.2007 v 19.10 hod.

BALCAR, K. 2004. Logoterapie a existenciální analýza. In

VYMĚTAL, J. A KOL., Obecná psychoterapie. 2. rozšíř. a přeprac.

vyd. Praha : Grada. 2004, s. 255 – 275.

ISBN 80-247-0723-3

BARTKO, D. 1980.Moderní psycho/hygiena. 3. vyd. Bratislava :

Obzor. 1980. 469 s.

BORDER, L. 1998. Morphing: A Quintessential Human Capability.

<http://cstl.syr.edu/CSTL3/Home/Resources/Subscriptions/NTLF/v7n4>

[/diary.htm](http://cstl.syr.edu/CSTL3/Home/Resources/Subscriptions/NTLF/v7n4/diary.htm). Přístup: 10.4.2007 v 7.55 hod.

BURNOUT SELF-TEST 2007.

<http://www.mindtools.com/stress/Brn/BurnoutSelfTest.htm>. Přístup:

7.4.2007 v 17.00 hod.

ČÁP, J., MAREŠ, J. 2001, Psychologie pro učitele. Praha : Portál,

2001. 656 s.

ISBN 80-7178-463-X

DRAPELA, Victor J. 2001, Přehled teorií osobnosti. 3. vyd. Praha : Portál, 2001, 175 s.

ISBN 80-7178-606-3

FRANKL, V. E. 2006. Vůle ke smyslu. Brno : Cesta, 2006. 212 s.

ISBN 80-7295-084-3

HAIS, K., HODEK, B. 1991. Velký anglicko-český slovník, díl I-IV. 2. vyd.. Praha : Academia, 1991.

ISBN 80-200-0064-X

HARTL, P., HARTLOVÁ, H. 2000. Psychologický slovník. 1. vyd. Praha : Portál, 2000. 776s.

ISBN 80-7178-303-X

HUMHAL, K. 2004. Tvarová terapie. In VYMĚTAL, J. A KOL., Obecná psychoterapie. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha : Grada. 2004, s. 255 – 275.

ISBN 80-247-0723-3

Infoplease. 2007, <http://www.infoplease.com/ipa/A0781755.html>. 16.3.2007, 16.50 hod.

JUNKOVÁ, V. 2004. Rogerovská psychoterapie. In VYMĚTAL, J. A KOL., Obecná psychoterapie. 2. rozšíř. a přeprac. vyd. Praha : Grada. 2004, s. 255 – 275.

ISBN 80-247-0723-3

KEBZA, V., ŠOLCOVÁ, I. 2003. Syndrom vyhoření. 2. rozš. a doplněné vyd. Praha : Státní zdravotní ústav, 2003. 23 s.

ISBN ÁO-7071-231-7

KRATOCHVÍL, S. 2002. Základy psychoterapie. 4. vyd. Praha : Portál, 2002. 392 s.

ISBN 80-7178-657-8

KŘIVOHLAVÝ, J. 1998. Jak neztratit nadšení. Praha : GRADA Publishing, 1998. 136 s.

ISBN 80-7169-551-3

LÄNGLE, A. 1997. Burnout – Existentielle Bedeutung und Möglichkeiten der Prävention. Existenzanalyse, 1997, No. 2, s. 12 – 20. http://www.gle.at/uploads/media/EA_1997-2.pdf Přístup 8.4.2007 v 8.30 hod.

MACMILLAN ENGLISH DICTIONARY FOR ADVANCED STUDENTS. 2002. Oxford : Macmillan Education, 2002. 1692 p.

ISBN 0 353 96675 9

MASLACH, Ch., JACKSON, S., LEITER, M., P. Maslach Burnout Inventory. Third Edition. In ZALAUQUETT, C., P. and WOOD, R., J. Evaluating Stress. 1997. Lanham, Md. & London : The Scarecrow Press. 1997. s. 191 – 221.

<http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/EvaluatingStress.pdf>.

Přístup: 8.4.2007 v 18.00 hod.

MOORE, T. 2005. Consumer Health Interactive.

<http://www2.vhi.ie/topic/burnout>, 5 s., přístup 4.4.2007 v 19.30

NAKONEČNÝ, M. 1998a. Encyklopedie obecné psychologie. 2., rozšířené vyd.. Praha : Academia, 1998. 437 s.

ISBN 80-200-0625-7

SAMOUKINA, N. V., 2005, Syndrom professionalnovo vygoranija, <http://www.7ya.ru/pub/article.aspx?id=4143>, přístup 29.3.2007 v 16.50

SVOBODA, M. 2005. Psychologická diagnostika dospělých. 3. vyd. Praha : Portál, 2005. 342 s.
ISBN 80-7367-050-X

ŠNÝDROVÁ, I. 2006. Manažerka a stres. Praha : Grada, 2006. 173 s.
ISBN 80-247-1272-5

ŠPATENKOVÁ, N. 2006. Jak řeší krizi moderní žena. Praha : Grada, 2006. 156 s.
ISBN 80-247-1202-4

TOPPINEN-TANNER, S., OJAJARVI, A., VAANANEN, KALIMO, R., JAPPINEN, P. 2007. Burnout as a predictor of medically certified sick-leave absences and their diagnosed causes.
http://www.findarticles.com/p/articles/mi_m0GDQ/is_1_31/ai_n15394502/pg_1, přístup 15.4.2007 v 8.59 hod.

VACEK, J. 2001. Velké psychiatrické případy. Praha – Litomyšl : Paseka, 2001. 491 s.
ISBN 80-7185-351-8

VÁGNEROVÁ, M. 2002. Psychopatologie pro pomáhající profese : variabilita a patologie lidské psychiky. 3. vyd. Praha : Portál, 2002. 444 s.
ISBN 80-7178-678-0

VÁGNEROVÁ, M. 2004. Základy psychologie. Praha : Karolinum, 2004. 356 s.

ISBN 80-246-0841-3

WAS IST BURNOUT. 2007.

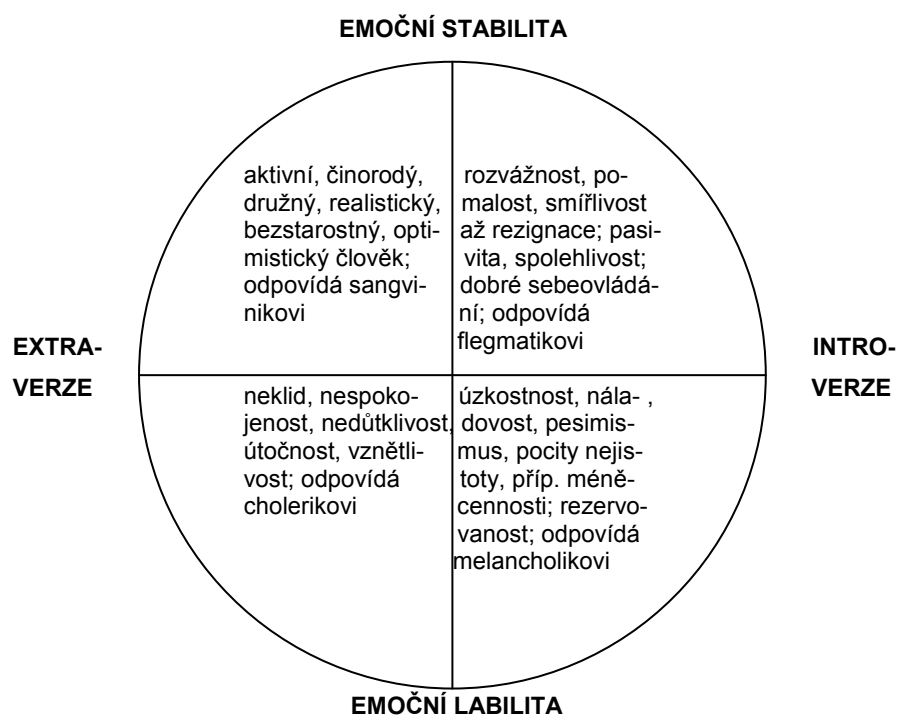
<http://www.swissburnout.ch/Symptome?lang=de>, přístup 5.4.2007
v 9.00 hod.

ZVOLSKÝ, P. a kol. 2005. Speciální psychiatrie. 2005. Praha : Karolinum, 2005. 206 s.

ISBN 80-7184-203-6

PŘÍLOHA A

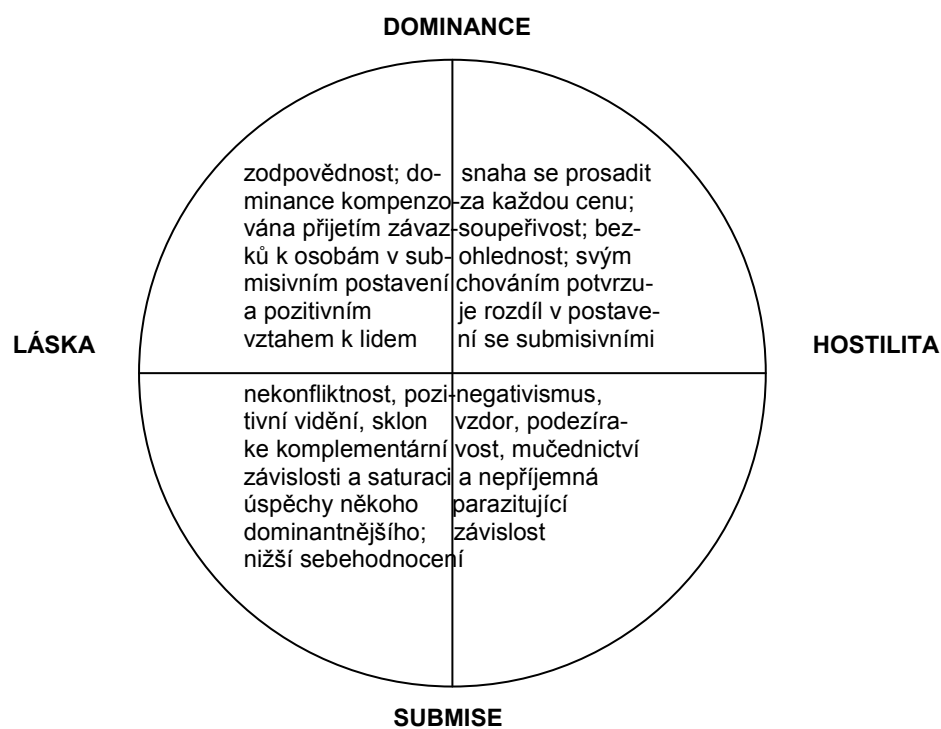
ČTYŘI TYPY OSOBNOSTI PODLE EYSEENCKA



Zdroj: Vágnerová (2004)

PŘÍLOHA B

ČTYŘI TYPY OSOBNOSTI PODLE LEARYHO



Zdroj: Vágnerová (2004) a Border (1998)

PŘÍLOHA C

ORIENTAČNÍ DOTAZNÍK

Odpovězte na následující soubor otázek a tvrzení souhlasně („ano“) nebo nesouhlasně („ne“).

1. Stále častěji se nemohu dočkat konce pracovní doby.
2. V poslední době mám pocit, že nedělám nic tak dobře, jak mám.
3. Snáze ztrácím klid než dříve.
4. Častěji pomýšlím na změnu práce (pracoviště, zaměstnání apod.)
5. V poslední době mám ke všemu stále cyničtější a negativnější postoj.
6. Bolesti hlavy mě trápí stále častěji nebo déle. Bolí mě v kříži nebo mně není tělesně dobře z jiných důvodů.
7. Často se mi připadá, že lidem kolem mne o nic nejde, a cítím se beznadějně.
8. Abych se cítil lépe a zvládal drobné stresové situace, častěji piji alkohol a (nebo) si беру prášky na spaní, na dobrou náladu či uklidnění.
9. Cítím, že už nemám tolik nadšení a energie jako dříve. Cítím se pořád unavený a vyčerpaný.
10. V práci cítím příliš velkou odpovědnost, tlak a napětí.
11. Má paměť se oproti dřívějšímu zhoršila.
12. Hůře než dříve se soustředím na práci.
13. Moc dobře nespím.
14. V poslední době se mi zhoršila chuť k jídlu, nebo naopak se mi zdá, že jím více než dřív.
15. Cítím, že jsem ztratil iluze – cítím nedostatek podnětů, pro které bych se mohl nadchnout.

16. Práce mi už nejde tak jako dříve. Pracuji méně kvalitně nebo pomaleji.
17. Připadá mi, že nic z toho, co v práci dělám, za moc nestojí.
18. Rozhoduji se obtížněji než dříve.
19. Zjišťuji, že v zaměstnání stihnu méně práce a v nižší kvalitě než dříve.
20. Často si kladu otázku, proč to všechno dělám. Vždyť je všechno k ničemu.
21. Mám pocit, že jsem za práci málo oceňován a odměňován.
22. Cítím se bezmocný a nevím, jak vyřešit problémy, které mám.
23. Ve vztahu k mé práci mi lidé říkají, že jsem idealista – snažím se prý dosáhnout něčeho, co vlastně neexistuje.
24. Domnívám se, že moje kariéra uvázla na mrtvém bodě.

Většina kladných odpovědí naznačuje možný nástup či rozvoj syndromu vyhoření a napovídá, že jsou na místě příslušná opatření.

Zdroj: Křivohlavý (1998)

PŘÍLOHA D
SAMOOSLUŽNÝ TEST VYHOŘENÍ
(BURNOUT SELF-TEST)

Po stažení souboru klikněte na odpověď, která nejvíce odpovídá skutečnosti. Při ručním vyhodnocování na závěr sečtěte bodové hodnocení podle klíče uvedeného pod testovými otázkami.

Č.	Otázka	Vůbec nikdy	Zřídka	Někdy	Často	Velmi často
1.	Máte pocit, že se vaše fyzická či emocionální energie odčerpala?					
2.	Máte sklon negativně pomýšlet na svou práci?					
3.	Vyvíjíte k lidem soucit obtížněji a v menším rozsahu, než by si zasloužili?					
4.	Rozčilují vás snadno drobné problémy nebo chování spolupracovníků?					
5.	Cítíte nepochopení nebo nedocenění ze strany spolupracovníků?					
6.	Cítíte, že nemáte nikoho, s kým byste si mohli promluvit?					
7.	Máte pocit, že získáváte méně, než byste měli?					
8.	Cítíte se pod nepříjemně velkým tlakem, abyste uspěl?					
9.	Máte pocit, že vám práce neposkytuje, co by měla?					
10.	Máte pocit, že pracujete v nesprávné organizaci nebo v nesprávném povolání?					
11.	Frustruje vás něco ve vaší práci?					
12.	Máte pocit, že vám organizační politika a					

	administrativní zásady brání uplatnit pracovní schopnosti?					
13.	Cítíte, že tolik práce nedokážete zvládnout?					
14.	Chybí vám čas na řadu věcí, které jsou důležité pro kvalitní práci?					
15.	Nemáte tolik času na plánování činností, kolik byste si představovali?					
	Celkový počet bodů					

Při samoobslužném vyhodnocení bez využití počítačového programu si započítejte:

- 1 bod za každou odpověď „vůbec nikdy“,
- 2 body za každou odpověď „zřídka“,
- 3 body za každou odpověď „někdy“,
- 4 body za každou odpověď „často“,
- 5 bodů za každou odpověď „velmi často“.

Vyhodnocení významu bodového hodnocení:

Celkový počet bodů	Vyhodnocení
15 – 18	Nepatrné příznaky vyhoření.
19 – 32	Nepatrné příznaky vyhoření, pokud není projev některých faktorů zvláště vážný.
33 – 49	Pozor, můžete být v nebezpečí vyhoření, zvláště pak jsou-li některá bodová hodnocení příliš vysoká
50 – 59	Zřejmě jste vážně ohrožen vyhořením – okamžitě něco podnikněte!
60 – 75	Zřejmě jste velmi vážně ohrožen vyhořením – okamžitě něco podnikněte!

Zdroj: Burnout Self-Test (2007)

PŘÍLOHA E**DOTAZNÍK BM****(BURNOUT MEASURE) Ayaly Pines a Elliotta Aronsona**

Upřímně prosím odpovězte na následující otázky a svým odpovědím přiřaďte bodové hodnoty podle následujícího klíče:

1	nikdy
2	jednou za čas
3	zřídka
4	někdy
5	často
6	obvykle
7	vždy

Jak často míváte následující pocity a zkušenosti?

- | | | |
|-----|----------------------------------|---------------------------|
| 1. | Byl jsem unaven. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 2. | Byl jsem v depresi. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 3. | Prožil jsem krásný den. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 4. | Byl jsem tělesně vyčerpaný. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 5. | Byl jsem citově vyčerpaný. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 6. | Byl jsem šťastný. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 7. | Cítil jsem se vyřízený. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 8. | Nemohl jsem se vzchopit. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 9. | Byl jsem nešťastný. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 10. | Cítil jsem se uhoněný (utahaný). | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 11. | Cítil jsem se jakoby v pasti. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 12. | Cítil jsem se jako nula. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |
| 13. | Cítil jsem se utrápený. | 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 |

14. Tížily mě starosti. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
15. Cítil jsem se zklamáný a rozčarováný. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
16. Byl jsem slabý a na nejlepší cestě k onemocnění. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
17. Cítil jsem se beznadějně. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
18. Cítil jsem se odmítnut a odstrčen. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
19. Cítil jsem se pln optimismu. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
20. Cítil jsem se pln energie. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7
21. Byl jsem plný úzkosti a obav. 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7

Bodové vyhodnocení dotazníku:

1. Vypočítejte hodnotu A jako součet bodových hodnocení otázek číslo 1, 2, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18 a 21.
2. Vypočítejte hodnotu B jako součet bodových hodnocení otázek číslo 3, 6, 19 a 20.
3. Vypočítejte hodnotu C jako rozdíl čísla 32 a hodnoty B:

$$C = 32 - B$$
4. Vypočítejte hodnotu D jako součet hodnot A a C:

$$D = A + C$$
5. Vypočítejte celkový skór BM jako podíl hodnoty D a čísla 21:

$$BM = D : 21$$

Vyhodnocení významu bodových hodnot:

$BM \leq 2,0$	dobrý výsledek
$2,0 < BM \leq 3,0$	uspokojivý výsledek
$3,0 < BM \leq 4,0$	doporučuje se zamyslet se nad životem a prací a ujasnit si žebříček hodnot
$4,0 < BM \leq 5,0$	přítomnost syndromu vyhoření je prokázána, doporučuje se něco podniknout, například obrátit se na psychoterapeuta s kvalifikací pro logoterapii či existencionální terapii
$5,0 < BM$	havarijní signál rozvinutého syndromu vyhoření sil, důrazně se doporučuje okamžitě se obrátit na klinického psychologa nebo psychoterapeuta.

Zdroj: Křivohlavý (1998)

Diplomové práce se půjčují
pouze prezenčně!

UŽIVATEL

potvrzuje svým podpisem, že pokud tuto diplomovou práci

Baudyš, J.: Syndrom vyhoření

využije ve své práci, uvede ji v seznamu literatury a bude ji řádně
citovat jako jakýkoliv jiný pramen.

Jméno uživatele, bydliště	Katedra (pracoviště)	Název textu, v němž bude zapůjčená práce využita	Datum, podpis

