

## OBSAH

	<b>ABSTRAKT</b> .....	3
	<b>SUMMARY</b> .....	4
<b>0</b>	<b>ÚVOD</b> .....	7
<b>1</b>	<b>VYMEZENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	10
	1.1 Vymezení syndromu vyhoření.....	10
	1.2 Porovnání syndromu vyhoření s dalšími fenomény .....	15
<b>2</b>	<b>SOCIÁLNÍ OPORA JEDINCE V KONTEXTU SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> ..	18
	2.1 Vymezení sociální opory .....	18
	2.2 Význam sociální opory jedince v kontextu syndromu vyhoření .....	21
	2.3 Negativní vliv sociální opory .....	25
<b>3</b>	<b>PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	28
	3.1 Stres jako hlavní příčina syndromu vyhoření .....	28
	3.1.1 Typy stresorů .....	33
	3.1.2 Příznaky stresu .....	36
	3.1.3 Důsledky stresu .....	39
	3.1.4 Vliv sociální opory jako prevence a způsob zvládnání stresu ..	40
	3.2 Další příčiny syndromu vyhoření .....	42
	3.3 Faktory syndromu vyhoření .....	47
<b>4</b>	<b>SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	50
<b>5</b>	<b>ROZVOJ SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	55
<b>6</b>	<b>OSOBNOSTNÍ DISPOZICE K SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> .....	59
<b>7</b>	<b>PROFESE S RIZIKEM VZNIKU A ROZVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ</b> ..	65

<b>8</b>	<b>KAZUISTIKA .....</b>	<b>71</b>
<b>9</b>	<b>ZÁVĚR .....</b>	<b>75</b>
<b>10</b>	<b>SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ .....</b>	<b>78</b>
<b>11</b>	<b>PŘÍLOHY .....</b>	<b>81</b>

## 0 ÚVOD

Je zřejmé, že syndrom vyhoření představuje pro společnost 21. století závažnou hrozbu, neboť v dnešní době je vyvíjen tlak na osobní produktivitu a pracovní efektivitu a zaměstnanci jsou tak mnohdy nuceni pracovat nad hranice svých možností. Ačkoli je možné takové vypětí v krátkém období zvládat, je tomu tak pouze za cenu výskytu akutního stresu. Takový stav však není dlouhodobě udržitelný a každodenní akutní stres se tak často mění v chronický, který je považován za hlavní (avšak ne jedinou) příčinu syndromu vyhoření. V kontrastu k negativnímu vlivu stresu na vznik a rozvoj syndromu vyhoření uvádí odborná literatura pozitivní úlohu sociální opory jakožto protektivního faktoru vůči psychickým nesouladům, mezi které je podle mého názoru možné zařadit i syndrom vyhoření. V rámci problematiky sociální opory se odborné prameny shodují na jejím vymezení, na výčtu jejích jednotlivých komponentů, jejích hlavních funkcí a na její celkové struktuře. Kontext vlivu sociální opory na syndrom vyhoření však není v literatuře dostatečně rozpracován.

Cílem této bakalářské práce je shromáždit dostupné poznatky o syndromu vyhoření, sociální opoře a vlivu sociální opory na vznik a rozvoj syndromu vyhoření a určit diskrepance v přístupu k této problematice mezi odbornou literaturou a praxí klinických psychiatrů. Problematiku analyzuji z důvodu nepříliš výrazné akcentace tohoto tématu v odborných pramenech. Prostřednictvím této práce hledám odpověď na obecnou otázku po významu sociální opory pro jedince postiženého syndromem vyhoření. V textu se koncentruji na dílčí otázky týkající se této problematiky: jaký protektivní význam má sociální opora ve vztahu k syndromu vyhoření, jakými konkrétními způsoby může vyhořelému pomoci a jaké prostředky ke zvládnání stresu má k dispozici. Analyzuji negativní vliv sociální opory na vyhořelého jedince a následky její působnosti, zkoumám důsledky absence sociální opory a hledám odpověď na otázku, zda existují účinnější prostředky prevence syndromu vyhoření, než jakým je sociální opora.

Práce též přichází s poznatky odbornou literaturou dosud příliš neakcentovanými – zkoumá pravděpodobnost rozpadu rodiny vlivem výskytu syndromu vyhoření u jednoho jejího člena, posuzuje dopad diagnostikovaného syndromu vyhoření u rodičů na jejich potomky a zkoumá hypotézu o relevantnosti vlivu sociální opory (například rodiny) v průběhu výchovy jedince na budoucí dispozice k podlehnutí syndromu

vyhoření. Kromě těchto otázek se zabývám domněnkou o pravděpodobnosti výskytu jedinců postižených syndromem vyhoření v budoucnosti.

Na tyto otázky a hypotézy práce odpovídá na základě analýzy informací z odborné literatury a informací poskytnutých formou polostrukturovaného rozhovoru s klinickým psychologem a psychoterapeutem PhDr. Roubalem, klinickou psychiatrickou MUDr. Krausovou a psycholožkami s klinickou praxí Mgr. et Mgr. Zvettlerovou a Mgr. Nápravovou.

Bakalářská práce analyzuje dostupné informace, které poskytuje odborná literatura v oblasti vlivu sociální opory na syndrom vyhoření, srovnává tento stav s názory čtyř klinických psychiatrů a psychoterapeutů a doplňuje tuto problematiku o poznatky z jejich praxe, kterými se odborná literatura výrazněji nezabývá.

Pasáže zabývající se sociální oporou je možné v české odborné literatuře dohledat například u rozsáhlého autorského týmu reprezentovaného Bašteckým, Šavlíkem a Šimkem (1993), dále v pracích Vašiny (1999), Kebzy (2005), Mareše (2002) a Křivohlavého (1998), avšak toto téma se v kontextu syndromu vyhoření příliš nezdůrazňuje.

V první kapitole bakalářské práce se věnuji vymezení pojmu *syndrom vyhoření*, jeho historii, porovnání s jinými fenomény a odhadu výskytu syndromu vyhoření u jedinců do budoucnosti. Ve druhé kapitole se zabývám vymezením a funkcemi sociální opory a jejím vlivem na jedince postiženého syndromem vyhoření. Ve třetí kapitole se zabývám stresem jako hlavní příčinou syndromu vyhoření, vymezuji jej a podrobněji se věnuji jeho rovinám, podnětům, které ho způsobují, příznakům, vývoji, důsledkům a způsobům zvládnání, mezi něž se kromě jiného řadí i sociální opora. Čtvrtá kapitola objasňuje symptomy syndromu vyhoření na bázi rovin příznaků a jejich prožívání. Pátá kapitola vysvětluje vývoj syndromu vyhoření, šestá se zabývá osobnostními dispozicemi k vyhoření a vlivem sociální opory (v tomto případě konkrétně rodiny) na budoucí dispozice k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření u vychovávaného jedince. V sedmé kapitole jsou vyjmenovány profese s nejčastějším rizikem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Práci doplňuje kazuistika jedince, který byl postižen syndromem vyhoření a diagnostikován klinickou psychiatrickou MUDr. Krausovou. Získané poznatky z kazuistiky porovnávám s informacemi, které uvádějí odborné zdroje. Součástí práce jsou dvě přílohy.

Ráda bych touto cestou také poděkovala PhDr. Renatě Kocianové, PhD., vedoucí mé bakalářské práce, za čas a energii, kterou mi věnovala v průběhu vzniku této práce.

# 1 VYMEZENÍ SYNDROMU VYHOŘENÍ

## 1.1 Vymezení syndromu vyhoření

Syndrom vyhoření neboli burnout představuje velmi výstižnou metaforu: *to burn* znamená v překladu z anglického jazyka *hořet*, ve spojení *burn out* pak *dohořet*, *vyhasnout*, či *vyhořet*. Původní silně hořící oheň, symbolizující v psychické rovině vysokou motivaci, zájem, aktivitu a nasazení, přechází u člověka stíženého příznaky vyhoření v dohořívání a vyhaslost (Kebza, Šolcová, 2003, s. 3).

V dnešní době je možné dohledat velké množství definic – již v roce 1982 jich Perlman a Hartman (1982, s. 6) napočítali celkem 48 a dá se předpokládat, že se od té doby jejich počet zvýšil. Na základě tohoto výzkumu formulovali vlastní definici syndromu vyhoření: vyhoření je odpovědí na chronický stres a vyznačuje se třemi komponenty: emočním a psychickým vyčerpáním, sníženou produktivitou práce a depersonalizací.

Freudenberger a Richelson (1980, s. 13) vymezují syndrom vyhoření jako stav únavy nebo frustrace zapříčiněný způsobem života, který nepřinesl očekávanou odměnu. Tento stav je způsoben nedosažením očekávaného a žádoucího cíle. Původní stav, ze kterého syndrom vyhoření vznikl, je charakteristický oddaností práci.

Maslachová (2003, s. 2) popisuje syndrom vyhoření následovně: jedná se o syndrom emočního vyčerpání, depersonalizace a sníženého osobního úspěchu, který se vyskytuje především u jedinců pracujících s ostatními lidmi. Je to odpověď na chronické emoční napětí vycházející z intenzivní práce s lidmi, kteří potřebují pomoc profesionála. Ačkoliv má stejně škodlivé účinky jako stres, odlišuje se od něj tím, že vzniká ze sociální interakce pomahače a příjemce pomoci. Emoční vyčerpání se vyznačuje tím, že se postižený jedinec cítí neskutečně vysílený a postrádá energii čelit dalším dnům. Emoční zdroje jsou vyčerpané a neexistuje zdroj regenerace. Depersonalizace je charakteristická lhostejností, necitlivostí vůči problémům druhých a odlidštěnou reakcí na ně. Z jedinců se stávají necitlivé osoby s extrémně negativním přístupem. Pro snížený osobní úspěch je typický pocit nedostatku vlastních schopností a rozklad sebeúcty. Postižený jedinec pak zpravidla hledá východisko z této situace v poradenství, či změnou zaměstnání.

Podle Pinesové a Aronsona (1988, s. 9) lze syndrom vyhoření vymezit jako stav psychického, duševního vyčerpání. Toto vyčerpání je zpravidla způsobeno dlouhotrvající angažovaností v situacích, které jsou emočně náročné.

Hartl a Hartlová (2000, s. 586) definují syndrom vyhoření jako ztrátu profesionálního zájmu nebo osobního zaujetí u příslušníka některého z pomáhajících profesí. Nejčastěji je tento stav spojen se ztrátou činnosti a poslání, hořkostí z hodnocení minulosti, pocitu zklamání a ztrátou zájmu o práci.

Venglářová (2011, s. 23) vymezuje syndrom vyhoření jako profesionální selhávání na základě vyčerpání vyvolaného zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od samotného jedince. Zahrnuje ztrátu zájmu a potěšení, ztrátu ideálů, energie i smyslu života, negativní sebecenění a negativní postoje k povolání, které se vyznačují především postupující ztrátou energie a idealismu. Pro syndrom vyhoření je charakteristické, že se projevuje nejprve v psychice postiženého a navenek je pozorovatelný až sekundárně a mnohem později. Při úvahách o syndromu vyhoření je nutné vyloučit nedostatek kompetencí či vzdělání pracovníka a přítomnost symptomů duševních poruch.

Kebza a Šolcová (2003, s. 6-8) definují vyhoření jako prolongovanou reakci na chronické interpersonální stresory v zaměstnání, dále jako situačně indukovanou stresovou reakci, či jako dále psychický stav, prožitek vyčerpání, stav emocionálního vyčerpání vzniklý v důsledku nadměrných psychických a emocionálních nároků, vyskytující se zejména u profesí, které mají v pracovní náplni kontakt s lidmi (narozdíl od jiných psychických nemocí se ale váže výhradně jen na zaměstnání). Jeho klíčovou složkou je zřejmě emoční exhausce, kognitivní vyčerpání, opotřebením organismu a celková únava. Všechny hlavní složky syndromu vyhoření resultují z chronického, převážně pracovního stresu.

Rush (2003, s. 9) uvádí, že popsany stav je důsledkem toho, že se emoce jedince otupí, a tak přinutí jinak vysoce výkonného a cílevědomého člověka k tomu, aby zastavil dříve, než se fyzicky zničí. Bezproblémová psychika se vyznačuje svojí vyvážeností a vyhoření je důsledkem toho, že jedincův život takovou rovnováhu ztratil.

Syndromem vyhoření si podle psycholožky Slánské během své kariéry projde zhruba čtvrtina pracujících. Zatímco dříve se jednalo zejména o doménu pomáhajících profesí, podle průzkumu společnosti Commservis.com jej za uplynulé dva roky prožila více než polovina českých manažerů, jelikož na ně pravděpodobně

dolehla tíže současné finanční krize (MF Dnes, 2011). Podle výzkumu, který uvádí Kraska-Lüdecke (2007, s. 39), je čtvrtina pracovníků na vedoucích pozicích natolik zasažená přetížením, poruchami spánku a depresemi, že musí vyhledat odbornou pomoc.

Křivohlavý (1998, s. 50) uvádí, že většina definic se shoduje na několika společných znacích vyhoření. Jedná se především o přítomnost mnoha negativních emocionálních zážitků: emocionální vyčerpání, únava, vyčerpání, deprese atd. Většina definic také klade větší důraz na chování jedince než na jeho fyzické příznaky. Syndrom vyhoření je dále uváděn vždy v souvislosti s výkonem určitého povolání. Příznaky syndromu vyhoření se vyskytují u jinak psychicky zcela zdravých lidí, tj. nejedná se o psychologicky nenormální osobnosti. Snížená výkonnost při syndromu vyhoření úzce souvisí s negativními postoji a z nich vyplývajícím chováním, ne s nižšími kompetencemi, pracovními schopnostmi a dovednostmi jedince.

Podle ICD, mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace, je vyhoření zařazeno do doplňkové kategorie diagnóz a není tedy klasifikováno jako nemoc. To má z jednoho úhlu pohledu odůvodnění, protože se diagnóza syndromu vyhoření používá až příliš velkoryse, na druhou stranu ti skutečně postižení pak nemají nárok na uhrazení léčby pojišťovnou (Stock, 2010, s. 14). Jak doplňuje Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 7), syndrom vyhoření nesouvisí s psychickou patologií a vyskytuje se i u jinak zdravých lidí.

Schaufeli, Maslach, Marek (1993, s. 36) na základě výše uvedených definic konstatují, že vyhoření je výsledek procesu deziluze vyskytující se u vysoce motivovaných jedinců. Lidé, kteří sice pracují s lidmi, ale nejsou ve své profesi zcela emočně angažovaní, zpravidla vyhoření nepodléhají.

Syndrom vyhoření je fenomén, který se v historii lidstva vyskytuje již tisíciletí. Jak uvádí Křivohlavý (1998, s. 45), odkazy na něj se objevují již v Bibli (Kazatel, příběh proroka Eliáše), řecké mytologii (legenda o Sysifovi) nebo v krásné literatuře. Ač je syndrom vyhoření společnosti známý velmi dlouhou dobu, klima moderní společnosti jeho vzniku extrémně napomáhá. Dnešní společnost způsobuje ve velké míře stres a ve vyhrocených případech tedy i syndrom vyhoření (Stock, 2010, s. 14).

Pojem *syndrom vyhoření* jako takový uvedl do literatury Freudenberger ve své stati v časopise *Journal of Social Issues* roku 1974. Vymezil tehdy syndrom vyhoření jako stav vyplenění všech energetických zdrojů původně velice intenzivně pracujícího člověka, např. lidí, kteří se snaží druhým lidem v jejich těžkosti pomoci, a pak se cítí

sami přemožení jejich problémy (Journal of Social Issues, 1974, s. 159-165). K vymezení syndromu vyhoření Freudenbergera pravděpodobně přivedla práce s dobrovolníky v pomáhajících profesích, zejména v zařízeních provozujících paliativní péči, na kterých tento syndrom pozoroval. Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 7) ale dále uvádějí, že jako první bylo vyhoření popsáno u personálu alternativních léčebných zařízení, jakými byly například Free Clinics. Tyto léčebny existující mimo etablované nemocnice, byly závislé jen na pomoci dobrovolníků a vyznačovaly se dlouhou pracovní dobou a velmi nízkými platy. Původně byl syndrom vyhoření poněkud nesprávně také spojován se stavem lidí závislých na alkoholu a drogově závislých, kteří kromě alkoholu a drog ztratili o vše zájem.

Ačkoli se od sebe předcházející definice v určitých aspektech odlišují, shodují se v tom, že syndrom vyhoření je stav únavy, frustrace, depersonalizace a emočního vyčerpání, který je výsledkem procesu ztráty iluzí a profesního zájmu. Tento stav je zapříčiněn nemožností dosáhnout určitého cíle (Freudenberger, Richelson, 1980, s. 13), dále prací s lidmi (Maslachová, 2003, s. 2), dlouhodobou účastí v emočně vysilujících situacích (Pinesová, Aronson, 1988, s. 9), zvyšujícími se požadavky od okolí nebo od jedince samotného (Venglářová, 2011, s. 23), či chronickým, převážně pracovním stresem (Kebza, Šolcová, 2003, s. 6-8). V odborné literatuře též panuje konsenzus v otázce nejrizikovějších povolání – syndrom vyhoření je nejvýraznější u pomáhajících profesí, které denně přicházejí do kontaktu s lidmi.

Podle Zvettlerové (osobní sdělení, 16. 4. 2012), psychologky s klinickým zaměřením, mezi jejíž klienty patří mnoho jedinců postižených syndromem vyhoření, je možné se domnívat, že v budoucnosti se bude ve společnosti objevovat stále více jedinců postižených syndromem vyhoření, neboť společnost upřednostňuje materiální hodnoty jako například peníze, zisk, majetek před kvalitou života a duchovními hodnotami, které působí svým způsobem i jako prevence syndromu vyhoření. Kvalitě života v současnosti není podle ní připisovaný zásadní význam a na jedince je pohlíženo jako na jednotku ve velkém systému, ne jako na individualitu. Bude-li tento stav přetrvávat i do budoucnosti, lidé budou podléhat syndromu vyhoření ve stále větší míře. V kontrastu k tomuto pohledu však zmiňuje i opačný trend společnosti (např. biostyl), který je však v současné době v menšině.

Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012), klinický psycholog a psychoterapeut, jehož praxí prošlo mnoho jedinců postižených syndromem vyhoření, se s Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012) ztotožňuje a dodává této problematice cyklický rozměr

– s rostoucím počtem vyhořelých jedinců lze předpokládat také rostoucí počet profesionálů v pomáhajících profesích, z jejichž řad vycházejí další vyhořelí jedinci. Do budoucna tedy předpokládá, že počet jedinců s diagnózou syndromu vyhoření se bude pravděpodobněji zvyšovat, s to v přímé úměrnosti k zvyšujícímu se počtu jedinců zastoupených v pomáhajících profesích.

Nápravová (osobní sdělení, 18. 4. 2012), psycholožka s klinickým zaměřením, uvádí, že podle jejího názoru bude v budoucnu přibývat mladých ctizádostivých žen postižených syndromem vyhoření, a to zejména z důvodu jejich neadekvátních ambicí zkombinovat vrcholovou kariéru a soukromý život. V této problematice se tak názorově sjednocuje s Krausovou (osobní sdělení, 18. 4. 2012), která predikuje výskyt syndromu vyhoření nejčastěji u generace mladých ambiciózních profesionálů, kteří budou podle ní tvořit v budoucnosti velmi rizikovou skupinu.

Je zjevné, že ačkoliv predikci výskytu syndromu vyhoření odborná literatura výrazněji neakcentuje, v této otázce se čtyři dotázaní odborníci<sup>1</sup> jednoznačně shodují na názoru, že počet vyhořelých jedinců se bude pravděpodobně neustále zvyšovat. Tento stav může být vyvolán současným inklinováním společnosti k materiálním hodnotám a ignorací otázek týkajících se kvality života (Zvettlerová, osobní sdělení, 16. 4. 2012) či stoupajícím počtem pracovníků v pomáhajících profesích, kteří mohou posléze také podlehnout vyhoření (Roubal, osobní sdělení, 17. 4. 2012). Mezi rizikové skupiny budou podle odborníků patřit pravděpodobně mladí ambiciózní lidé neschopní sloučit požadavky kariéry a soukromého života (Nápravová, osobní sdělení, 18. 4. 2012; Krausová, osobní sdělení, 18. 4. 2012).

## 1.2 Porovnání syndromu vyhoření s dalšími fenomény

Stock (2010, s. 18) srovnává syndrom vyhoření s *boreoutem* – syndromem nudy. Při onemocnění syndromem nudy se jedinec cítí znuděný, málo motivovaný, nevytížený, vykonává jen tu nejnezbytnější práci a jeho výkony jsou neuspokojivé. Při určité dávce stresu se ale jedinec náhle cítí motivován a stres vnímá jako výzvu. Pokud je ale zátěž nadměrná, jeho výkon opět klesá. Pro efektivní a kvalitní práci je nezbytné udržet poměr mezi vnitřním napětím, aktivací a vzrušením v rovnováze – tím se vyhneme jak syndromu vyhoření, tak syndromu nudy. Je-li jedinec vystaven tlaku výhradně v důsledku působení vnějších rámcových podmínek a svého okolí,

---

<sup>1</sup> K vytvoření reprezentativního odhadu v této otázce by bylo ale třeba oslovit širší vzorek odborníků.

tedy bez výraznějšího vlastního přičinění, vymezuje tento stav odborná literatura jako syndrom opotřebením, neboli *wearout*.

Komparací syndromu nudy a syndromu opotřebením se syndromem vyhoření jsem došla k východisku, že zatímco syndrom nudy je opakem syndromu vyhoření, neboť vzniká z nedostatku motivace a nevytíženosti, syndrom opotřebením může být jeho příčinou – v prvních fázích se syndrom vyhoření může projevovat jako syndrom opotřebením, tedy vystavením jedince tlaku bez jeho přičinění, avšak v dalších fázích jedinec tento tlak může začít pociťovat také vnitřně a tím se u něj začne syndrom vyhoření projevovat naplno.

Kebza a Šolcová (2003, s. 14-15) dále uvádějí *syndrom podcenění*, který se dostavuje v situacích, kdy člověk vykonává delší dobu nestimulující a monotónní práci s nízkou autonomií pracovní činnosti, která je pod úrovní jeho kvalifikace. Křivohlavý (1998, s. 52-54) porovnává depresi, únavu, odcizení a existenciální neurózu se syndromem vyhoření. Vztah mezi depresí a syndromem vyhoření je velmi úzký. Srovnáváme-li tyto dva fenomény, pak deprese patří podle statistik WHO k nejčastějším nemocem v celosvětovém měřítku a může stejně tak jako syndrom vyhoření propuknout u lidí, kteří intenzivně pracují, i těch, kteří nepracují vůbec. Deprese, která se může vyskytovat samostatně i jako jeden z příznaků syndromu vyhoření, má často úzký vztah k negativním zážitkům z mládí, což ale syndrom vyhoření nemá. Zatímco depresi lze léčit farmakoterapeuticky, ze syndromu vyhoření je možné se zotavit kromě jiného například hledáním smyslu života (logoterapií a existenciální psychoterapií). Porovnáme-li syndrom vyhoření s únavou, zjistíme, že únava se vyskytuje i při onemocnění syndromem vyhoření, avšak má jinou podobu: zatímco z běžné únavy po fyzické nebo psychické námaze je možné se zotavit odpočinkem, z únavy způsobené syndromem vyhoření to možné není – zde má negativní a tíživou povahu, která je doprovázena pocitem selhání a marnosti. Odlišné charakteristiky vykazuje srovnání syndromu vyhoření s odcizením. Odcizení se objevuje většinou pouze u jedinců, kteří se ve své profesi nijak aktivně neangažovali a neprojevovali entuziasmus, čehož je syndrom vyhoření pravým opakem – postižení lidé byli svojí prací zpočátku vždy nadšeni. Příznaky odcizení se u syndromu vyhoření objevují zpravidla až v posledním stádiu. Naopak, podobným souhrnem znaků jako syndrom vyhoření, se vyznačuje existenciální neuróza, která je charakteristická pocity nesmyslnosti života a neschopností v cokoliv věřit.

S obdobnými stavy je možné se setkat v posledním stádiu syndromu vyhoření, kdy snaha jedince selhala, překážky byly příliš velké a jeho úsilí se zcela zhroutilo.

Stock (2010, s. 15) mluví o fenoménu *jobdoping*, který sice mnoho společných znaků s vyhořením nemá, ale může být jeho příčinou. Jedná se o pravidelné užívání stimulantů a léků na zlepšení nálady, aby došlo k vykompenzování stresové zátěže a současnému zachování pracovní výkonnosti. Výsledky studie německé pojišťovny DAK ukázaly, že se tímto způsobem udržuje aktivních přibližně osmdesát tisíc zaměstnanců.

Nověji se v odborné literatuře objevuje tendence vyhledat k různým psychologickým konstruktům také jejich pozitivní protipóly. Děje se tak v souvislosti s rozvojem tzv. pozitivní psychologie, směru, který se soustředí kolem amerického psychologa Seligmana. Cílem tohoto směru je vymezit v lidské psychice pozitivní dispozice a procesy, které přispívají k tomu, že lidé vedou dobrý a plnohodnotný život. Tato psychologie považuje za důležité rozvíjet především pozitivní emoce a vztahy k lidem a také lidské ctnosti a přednosti (např. lásku, optimismus, přátelství, vytrvalost, odpovědnost, altruismus, vytrvalost, skromnost, toleranci apod.). Psychologickým protikladem syndromu vyhoření by tak mohl být psychologický konstrukt nazvaný *vigor* (vitalita, energie), termín, který v současnosti rozpracovává izraelský psycholog Shirom. Dalším protipólem by mohl být psychologický konstrukt nazvaný *engagement* (zaujetí, zapálení, angažovanost). Tento termín vznikl spojením úsilí dvou týmů, a to v Evropě (Schaufeli a Enzeman) a v USA a Kanadě (Maslahová a Leiter). Zatímco syndrom vyhoření je podle těchto autorů založen na nezvládnutém, neproduktivním vztahu k práci, *engagement* vyjadřuje stav, kdy je člověk plný energie, chuti a nasazení. Zatímco vyhoření může způsobit negativní zdravotní důsledky, *engagement* má vztah především k pozitivním postojům k životu a práci (Kebza, Šolcová, 2003, s. 15).

Další fenomén, který je naprostým protipólem syndromu vyhoření, je například *flow* (vrcholový psychický zážitek, radost, vrchol blaženosti), tedy to, co jedinec cítí, prožívá-li seberealizaci, osobnostně a sociálně roste a daří se mu překonat sebe samotného. Dalším opakem vyhoření je tzv. *psychic well-being*, stav dobrého duševního zdraví. Nástroj, kterým se duševní pohoda měří, je GWBQ (General Well Being Questionnaire – Dotazník stavu duševního zdraví), který tvoří opak dotazníku MBI (Maslach Burnout Inventory), jímž se měří míra vyhoření jedince (Křivohlavý, 1998, s. 55-56).

Podle mého názoru je snaha vyhledávat k zápornému psychologickému fenoménu jeho pozitivní protiklady (jako například *engagement* či *psychic well-being* v kontrastu k syndromu vyhoření) velmi přínosná. Pozitivní psychologie podporuje pozitivní přístup k životu, zvyšuje osobní spokojenost, podporuje nezdolnost, podněcuje optimismus, navozuje pocit smysluplnosti života atd. a v určitém úhlu pohledu působí také jako prevence syndromu vyhoření. Domnívám se, že významným zastáncem směru pozitivní psychologie je Křivohlavý (1998), jenž se věnuje jak obecným otázkám, tak vybraným okruhům, jako jsou vděčnost, naděje, smíření, moudrost a smysluplnost existence.

## 2 SOCIÁLNÍ OPORA JEDINCE V KONTEXTU SYNDROMU VYHOŘENÍ

### 2.1 Vymezení sociální opory

Ačkoliv byla problematika syndromu vyhoření zkoumána v minulosti z mnoha úhlů pohledu, téma vlivu sociální opory na vznik a rozvoj syndromu vyhoření není v definicích syndromu vyhoření výrazněji akcentováno. Jak uvádí Kebza (2005, s. 160), pojem *sociální opora* byl poprvé použit Barnesem roku 1954 během výzkumu sociálního chování na vzorku norské populace žijícím na ostrově, přičemž východiskem pojmu byla analýza vazeb utvářejících se mezi členy této komunity. Jak doplňuje Baštecká (2005, s. 85), první studie, které použily pojem sociální opora, se objevily na počátku sedmdesátých let 20. století.

Sociální oporu, jednu z funkcí sociální sítě, je možné definovat v následujících pěti rozměrech, a to jako vztahovou oporu v prostředí, v němž člověk žije, dále činnost, která člověku v obtížných životních podmínkách ulehčuje zátěžovou situaci a pomoc, která je jedinci poskytována. Dále lze ji vymežit jako vzájemné mezilidské působení, v němž se naplňují základní potřeby jedince (např. city, úcta, souhlas, identita, bezpečí atd.) a v neposlední řadě jako teoretický konstrukt, který zahrnuje psychosociální zdroje, chování a činnosti toho, kdo sociální oporu poskytuje a její vnímání tím, kdo ji dostává (Baštecká, 2005, s. 84). Mezi hlavní zdroje sociální opory je tak možné zařadit přirozené systémy opory jako rodina, příbuzní a známí, dále náboženské organizace, podpůrné a svépomocné skupiny. Nároky jedince na sociální oporu se však v čase mění a společně s ní i sociální opora (Baštecká, 2005, s. 87).

Kebza (2005, s. 152-154) vymezuje sociální oporu jako probíhající transakci zdrojů mezi členy sociální sítě s explicitním nebo implicitním cílem posílení či podpoření pocitu osobní pohody. Jedná se zejména o členy rodiny, s nimiž se jedinec pravidelně stýká, přátele, příslušníky náboženských a zájmových sdružení, klubů, které tematicky spojují lidi apod. Složení sociální sítě je dynamický proces, který se v různých životních situacích a cyklech mění.

Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) definuje sociální oporu v kontextu syndromu vyhoření jako záchytnou strukturu jedinců v okolí vyhořelého, kteří jsou připraveni pomoci, jeli-li potřeba (např. členové rodiny, kolegové a nadřízení). V tomto výkladu se Zvettlerová spíše shoduje s definicí anticipované sociální opory tak, jak ji popisuje Kebza (2005, s. 162), tedy jako „...obecný pocit jedince, že je ostatními

akceptován, že se o něj zajímají a že mu pomohou, bude-li to potřeba...“. V souvislosti se sociální oporou zmiňuje Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) dále pojem *sociální síť*, která je podle jejího názoru v kontrastu k sociální opoře méně osobní a širší, neboť v sobě zahrnuje institucionální oporu. Ve vztahu k problematice sociální opory a sociální sítě se Baštecká (2005, s. 91) vymezuje tak, že „...sociální opora je jednou z funkcí sociální sítě...“, čímž se s Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012) názorově sjednocuje.

Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) podle svého názoru i ze zkušeností z vlastní praxe omezuje sociální oporu jedince postiženého syndromem vyhoření spíše na kolegy v zaměstnání či obecně na příslušníky stejné profese. Rodinné příslušníky sice také do sociální opory jedince zařazuje, avšak ne na první místo, neboť podle Roubalova názoru rodina vyhořením jednoho jejího člena trpí a je rozladěna z jeho nefunkčnosti. Pro překonání syndromu vyhoření jsou však klíčové obě složky, sociální opora v zaměstnání i v rodině. S tímto stanoviskem se shoduje i odborná literatura – Vašina (1999, s. 75) uvádí, že v případě syndromu vyhoření může být podpora poskytovaná nadřízenými nebo spolupracovníky důležitější, než od členů rodiny, která má však v sociální opoře také své nezanedbatelné místo.

Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) s ohledem na svoji praxi definuje sociální oporu jako pozitivně podpůrnou strukturu jedinců (rodinní příslušníci, kolegové a nadřízení, jedinci sdružující se kolem zájmových spolků), a sociální síť jako existující vazby mezi nimi. Existence sociální sítě tedy v důsledku nemusí znamenat jistotu sociální opory. Ideální sociální opora má tedy podle Krausové empatický, senzitivní a suportivní charakter.

Struktura sociální opory je charakterizovatelná svojí hustotou, reciprocitou, složením podle různých kritérií, jako např. věkem, pohlavím, profesí, zájmy apod., dále stabilitou v čase a homogenitou. Struktura je přitom přímo ovlivněna pohlavím jedince, jeho věkem, skutečností, zda je zaměstnán, rodinným stavem a rodičovstvím; přímý vliv na úroveň a kvalitu sociální opory nemá hustota ani její velikost (Kebza, 2005, s. 161).

Podle názoru Zvettlerové (osobní sdělení, 16. 4. 2012) patří mezi faktory, které mají výrazný vliv na složení sociální opory vyhořelého jedince, především věk tohoto jedince, vzdělání a jeho rodinný stav. Faktor vzdělání je klíčový z důvodu sociálního zařazení jedince a od této skutečnosti se odvíjí i složení sociální opory. Faktor rodinného stavu je rozhodující z důvodu rozsahu sociální opory – vdaná žena či

ženatý muž zpravidla automaticky přijímá do své sociální sítě složky sociální opory svého protějšku. Faktor, který Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) akcentuje nejvýrazněji, je kvalita sociální opory, která je rozhodující jako prevence před syndromem vyhoření. Hustota a velikost sociální opory podle ní rozhodující není. Naproti tomu Baštecká (2005, s. 83) uvádí, že hustota a velikost je vhodný prostředek k posuzování kvality sociální opory, čímž se dostává do názorového střetu s Kebzou (2005, s. 161) i Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012).

Mezi faktory, které mají vliv na složení a kvalitu sociální sítě, patří podle Roubala (osobní sdělení, 17. 4. 2012) věk jedince, vzdělání, zaměstnání, rodinný stav, rodičovství, dále hustota sociální sítě, její struktura, velikost, kvalita, reciprocita a bohatost. Tím se (s výjimkou vlivu hustoty a velikosti sociální opory) názorově sjednocuje s Kebzou (2005, s. 161).

Podle Krausové (osobní sdělení, 18. 4. 2012) patří mezi faktory mající vliv na složení sociální opory vyhořelého například věk postiženého, neboť s ním se sociální opora jedince třídí, dále typ zaměstnání (zde vliv zejména množství dalších jedinců, se kterými se člověk stýká), místo bydliště jedince, typ osobnosti (extravert či introvert), rodičovství, a národnost. Tímto výčtem se shoduje s Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012) i Roubalem (osobní sdělení, 17. 4. 2012). Na kvalitu sociální opory má podle názoru Krausové (osobní sdělení, 18. 4. 2012) vliv její reciprocita a bohatost, přičemž faktor hustoty nehraje roli.

Odborná literatura uvádí, že míru sociální opory, kterou disponuje daný jedinec, je možné změřit Sarasonovým dotazníkem sociální opory (Social Support Questionnaire, SSQ) obsahující 27 položek, nebo Blumenthalovým dotazníkem sociální opory o 12 otázkách (Vašina, 1999, s. 55). Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012), Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) i Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) však v praxi tento nástroj nepoužívají a sociální oporu zjišťují metodou rozhovoru s vyhořelým jedincem.

Odborná literatura i odborníci se shodují na skutečnosti, že sociální opora je hypotetický konstrukt v čase proměnlivý, skládající se z následujících hlavních komponent: rodina, blízcí přátelé, sousedé, spolupracovníci, zájmové kluby a spolky a náboženská sdružení. Podle mého názoru je vhodné mezi složky sociální opory zařadit také profesionální podporu klinických psychiatrů, psychologů a terapeutů, kteří jedinci postiženému syndromem vyhoření poskytují odbornou pomoc, čímž také plní funkci sociální opory. Kliničtí psychiatři se nemohou s odbornými prameny

sjednotit na skutečnosti, zda hustota a velikost sociální opory je relevantní prostředek k hodnocení kvality sociální opory. Rozpor s prameny vidí také v oblasti měření sociální opory formou dotazníků a pro tento účel preferují rozhovor s vyhořelým jedincem.

Křivohlavý (1998, s. 93-98) uvádí deset funkcí sociální opory, mezi které patří naslouchání, funkce sociálního zrcadla, uznání, povzbuzování, empatie, emocionální vzpruha, „prověřování stavu světa“, dělba práce, spolupráce a na neposledním místě přejný prosociální postoj a nezištná pomoc. Na základě výzkumu Pinesové a Aronsona bylo zjištěno, že lidé si nejvíce cení funkce naslouchání a emocionální podpory, které působí jako největší prevence před vyhořením. S Křivohlavým se v této problematice shoduje i Venglářová (2011, s. 35), která uvádí jako hlavní funkce sociální podpůrné sítě aktivní naslouchání, povzbuzování a emocionální podporu v obtížných životních situacích.

Sociální opora dále obsahuje „nárazníkový“ rozměr, který jí umožňuje chránit jedince vůči negativním konsekvencím zvláště chronického stresu a v důsledku toho také vůči syndromu vyhoření. Lidé, kteří disponují silným systémem sociální opory, se tak jeví jako lépe vybaveni ke zvládnutí závažných každodenních i životních událostí (Kebza, 2005, s. 153-154) a jsou díky pocitu sociální jistoty povzbuzováni k tomu, aby problém řešili samostatně (Kebza, 2005, s. 167).

## **2.2 Význam sociální opory jedince v kontextu syndromu vyhoření**

Kebza (2005, s. 153) uvádí, že výzkumy, které byly uskutečněny v polovině osmdesátých let, ukázaly, že opora pozitivních mezilidských vztahů pomáhá lidem zvládat různé typy psychických problémů, zatímco absence takové opory vytváří jakýsi primární předpoklad horšího psychického (i fyzického) zdraví. Podle mého názoru je možné toto paradigma aplikovat také konkrétně do kontextu syndromu vyhoření, neboť syndrom vyhoření se řadí mezi psychické problémy a kvalitní sociální opora by tak měla být nástrojem, jak tyto psychické problémy (potažmo i syndrom vyhoření) překonat.

Jak uvádí Křivohlavý (1998, s. 29-30), v kazuistikách se často vyskytují údaje o tom, že dříve, než k psychickému vyhoření došlo, byly ve společenství lidí kolem postiženého (v rodině, na pracovišti apod.) zjištěny špatné vzájemné vztahy mezi lidmi. Jednalo se konkrétně o nedostatek respektu důvěry, hádky, urážky,

nepřátelství atd. Tzv. ochranná síť člověka byla porušena a ten byl následně náchylnější k vyhoření.

Podle Zvettlerové (osobní sdělení, 16. 4. 2012) má sociální opora jedince postiženého syndromem vyhoření zcela rozhodující vliv na průběh a úspěšnost léčení syndromu vyhoření. Uvádí, že život každého jedince stojí na několika zásadních životních pilířích, přičemž nefunkčnost jednoho pilíře negativně ovlivňuje stabilitu všech. (V tomto ohledu se Zvettlerová shoduje s teoretickými východisky této problematiky prezentovanými Hartlem a Hartlovou (2000, s. 374), kteří tvrdí, že sociální opora představuje důležitý pilíř duševního a tělesného zdraví a zvyšuje odolnost vůči zátěži.) Složení pilířů se podle Zvettlerové (osobní sdělení, 16. 4. 2012) může během života měnit, avšak obvykle zahrnuje především sociální oporu, zaměstnání či školu a zdraví. Podle mého názoru vzhledem k tomu, že zdraví je velmi úzce propojeno s funkčností sociální opory, je význam sociální opory pro jedince naprosto neopomenutelný.

Podle Baštecké (2005, s. 91) sociální opora upevňuje jedincův pocit vlastní hodnoty a jeho důvěru v to, že mu bude v případě potřeby pomoheno, díky čemuž se cítí zakotven. Anticipovaná sociální opora tak podporuje jedincovu vlastní schopnost obtížnou životní situaci překonat sám. Přesvědčení, že sociální opora je připravena jedinci s rizikem vzniku syndromu vyhoření pomoci, je podle ní zásadnější, než pomoc skutečně poskytnutá.

Vašina (1999, s. 53-54) zdůrazňuje sociální oporu jako protektivní faktor psychického zdraví, neboť jedinci disponující sociální oporou vykazují výrazně sníženou pravděpodobnost, že se u nich objeví psychické onemocnění, tedy i syndrom vyhoření. Klíčový význam sociální opory potvrzuje i longitudinální Harvardská studie, která probíhala třicet let a zjišťovala signifikantní korelace mezi úrovní psychického zdraví a suportivního rodinného prostředí v dětství (Vaillant in Vašina, 1999, s. 54). Mezi složky sociální opory Vašina (1999, s. 75) řadí manželského partnera jedince, jeho rodiče, ostatní členy rodiny, přátele, spolupracovníky, členy náboženských a jiných společností, členy společenských organizací atd.

Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) s ohledem na svoji praxi uvádí, že pro překonání syndromu vyhoření jsou všechny složky sociální opory velmi důležité. Nespokojenost rodinných příslušníků a přátel zpravidla tvoří první podnět k tomu, aby jedinec začal svoji nefunkčnost v rodině řešit a případně využil pomoci odborníka.

Empatie poskytnutá kolegy či nadřízenými v zaměstnání je pro překonání syndromu vyhoření také velmi významná, neboť stejné zaměstnání (a obdobné problémy s ním spojené) vytváří mezi jedinci silné vazby a působí protektivně vůči syndromu vyhoření.

V problematice významu sociální opory pro vyhořelé jedince Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) uvádí skutečnost, že tento význam je pro každého jedince vysoce individuální a vždy záleží na jeho osobnostním faktoru (pro introverta nebude vliv sociální opory klíčový, jako pro extraverta). Rodinná sociální opora může vyhořelému pomoci například pasivním nasloucháním a umožněním jedinci ventilovat své emoce.

Ze své praxe uvádí Nápravová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) skutečnost, že význam sociální opory pro vyhořelého jedince je rozhodující, pouze má-li formu prevence. Za předpokladu, že je u nich syndrom vyhoření již rozvinutý, obvykle nemají energii, náladu ani čas nechat se ovlivňovat sociální oporou a ani ji nevyhledávají, neboť svoji energii spotřebovávají na plnění požadavků okolí a zastírání vyčerpání či obtížné životní situace.

Nízkou úroveň sociální opory či úplnou absenci Kebza (2005, s. 156-157) spojuje s narůstající vulnerabilitou jedince především pod vlivem negativních životních událostí. V tomto bodě se s odbornou literaturou shoduje také Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012), podle níž je absence sociální opory vysoce negativní, avšak ne zřídka se vyskytující v praxi vyzorovaný stav. Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) mezi projevy nedostatku sociální opory nebo její absence řadí ztrátu motivace jedince překonat syndrom vyhoření, rostoucí vulnerabilitu vůči obtížným životním událostem (v čemž se shoduje s Kebzou) a v důsledku působení těchto faktorů prohlubující se syndrom vyhoření. Mareš (2002, s. 37) uvádí příklady sociální podpory, která je z pohledu jedince zanedbatelná či prakticky nulová a tím pádem absentující – selhávající, nepomáhající, či neúčinná.

Na základě informací poskytnutých odbornou literaturou stejně jako podle názorů klinických psychiatrů je možné se domnívat, že přítomnost sociální opory má naprosto zásadní přínos pro jedince, u kterého dochází ke vzniku či rozvoji syndromu vyhoření. Dále se odborné prameny i kliničtí psychiatři navzájem shodují na zcela negativním vlivu nízké, či zcela absentující, úrovně sociální opory, způsobující především rostoucí vulnerabilitu jedince. Podle mého názoru je absence sociální

opory v kombinaci s vysokou úrovní chronického stresu významným činitelem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření.

Význam sociální opory pro jedince postiženého syndrom vyhoření při jeho překonávání je, jak již bylo řečeno, zcela klíčový. Vzhledem k tomu, že tento vliv je reciproční, je třeba si uvědomit druhý aspekt této problematiky, kterým se však odborná literatura ve větší míře nezabývá, a to dopadem syndromu vyhoření na fungování sociální opory. Podle názoru Krausové (osobní sdělení, 18. 4. 2012) má neřešený syndrom vyhoření vliv na úbytek sociální opory v jedincově okolí v důsledku jeho izolace od společnosti, čímž se problematika dostává do bludného kruhu. Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) i Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) se během své praxe setkali s mnoha klienty, jejichž syndrom vyhoření způsobil nefunkčnost rodiny a následně její rozpad. Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) k této problematice dodává, že nejčastěji se jednalo o úspěšné muže, kteří celý život zasvětili své profesi a neuměli se smířit s vlastním selháním. Velmi často také nedokázali využít pomoc ze strany sociální opory, syndrom vyhoření se u nich prohluboval a přispěl tak k zániku rodiny. Naproti tomu vyhořelé ženy se podle názoru Krausové (osobní sdělení, 18. 4. 2012) lépe vyrovnávají s pracovním selháním vzhledem k tomu, že umí lépe využít rodinné sociální opory, protože mají k rodině blíže, než muži. Tento názor nesdílí Nápravová (osobní sdělení, 18. 4. 2012), která uvádí, že velmi ohrožené syndromem vyhoření jsou v dnešní době především ženy, které jsou často vláčeny svými ambicemi uspět v profesním i soukromém životě, což na ně klade nepřiměřené nároky.

V problematice účinku syndromu vyhoření u rodičů na jejich potomky se Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) a Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) jednoznačně shodují na deprivacním aspektu tohoto vlivu. Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření u rodičů pravděpodobně v minulosti pramenil z emoční a časové angažovanosti v práci, tato skutečnost měla posléze negativní vliv na budoucí vývoj jejich dětí, kteří hledali východisko ze situace například v drogové a alkoholové závislosti, nebo potulování. Na druhou stranu se dále jednomyslně shodují na faktu, že tuto problematiku není možné generalizovat a vždy záleží na konkrétním případě a jeho okolnostech.

V kontextu recipročního vlivu syndromu vyhoření na sociální oporu jedince se odborníci jednoznačně shodují na faktu, že tento vliv je negativní, neboť způsobuje úbytek sociální opory jedince a jeho izolaci od ní. Jak vyplývá z praxe klinických

psychiatrů, nefunkčnost a rozpad rodiny jako konsekvence syndromu vyhoření u jednoho z rodičů jsou poměrně časté, stejně tak jako jeho deprivující vliv konkrétně na potomky vyhořelých, což může v extrémě způsobit závislost dětí na drogách či alkoholu.

### **2.3 Negativní vliv sociální opory**

Ačkoliv v odborných pramenech je možné se setkat především s pozitivním vlivem sociální opory, tuto problematiku lze podle mého názoru v kontextu syndromu vyhoření analyzovat také z hlediska jejího negativního vlivu. Kebza (2005, s. 165) mezi negativní vlivy sociální opory řadí zjevné podceňování partnera v interakci, nedostatek zájmu o problémy druhého člověka, přetvářku či lhaní v interakci a dále řadu interpersonálních interakcí s negativním dopadem, jako je například konflikt, odmítnutí poskytnutí sociální opory, kriticismus, nesouhlas, přemrštěné nároky, útočné aktivity apod. Baštecká (2005, s. 89) vymezuje negativní vlivy sociální opory jako nekvalitní či nepatřičně poskytovanou pomoc, nevhodně načasovanou, obtěžující či nepřiměřenou souvislostem.

V kontextu negativního vlivu sociální opory na vznik a průběh syndromu vyhoření zdůrazňuje Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) například přílišnou podporu jedince k nadprůměrným výkonům se strany jeho sociální opory. S odkazem na vlastní psychiatrickou praxi uvádí, že tento extrémní postoj sociální opory může způsobit, že jedince se sklony k vyhoření ještě více utvrdí v jeho patologii.

Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) ze své praxe poukazuje na skutečnost, že rodinní příslušníci mohou rozvoj syndromu vyhoření u jedince neúmyslně podpořit. Docházet k tomu může tak, že vlivem vysokého pracovního nasazení jedinec s dispozicemi k vyhoření tráví většinu času ve svém zaměstnání, což u rodiny vyvolává zápornou odezvu a ve svém důsledku nutí jedince trávit více času mimo domov, například v zaměstnání. Na základě sledu těchto konsekvencí se jedinec dostává do začarovaného kruhu a syndrom vyhoření se u něj v součinnosti s dalšími rizikovými faktory může plně projevit. Negativní vliv sociální opory v zaměstnání se z Roubalovy praxe projevuje například snahou zaměstnavatele využít pro své cíle vysokého pracovního nasazení jedince s dispozicemi k vyhoření, čímž dochází ke vzniku ideálních podmínek pro rozvoj syndromu vyhoření. Důsledky negativního vlivu sociální opory na jedince mohou být velmi patologické, neboť dochází k neustálému

prohlubování syndromu vyhoření, energetické rezervy jedince se vyčerpávají a životní krize se prohlubuje.

Mezi příklady negativního vlivu sociální opory řadí Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) psychicky nevyzrálého partnera, rodinné prostředí kladoucí extrémní důraz na výkonnost, nevyvážené přátelské svazky, vysoké nároky v zaměstnání, nedostateční ocenění práce a nedostatek zpětné vazby. Důsledky negativní sociální opory na jedince mohou mít posléze podobu deziluze, zahlcení prací, vyčerpání energetických rezerv a cynismus.

Z uvedených příkladů vyplývá, že dotázaní kliničtí psychiatři spatřují negativní vliv sociální opory především v její náchylnosti k utvrzování jedince v nutnosti podávat nadprůměrné výkony. Odborná literatura k tomuto tématu doplňuje vliv podceňování, nedostatku zájmu, přetvářku a lhaní (Kebza) a nevhodné načasování a nepřiměřenost sociální opory (Baštecká). Mezi důsledky, které tento stav může způsobit, patří dle mého názoru zklamání, snížení sebevědomí postiženého jedince, nejistota a umocnění pocitu vlastní neschopnosti. V kontextu důsledků negativního vlivu sociální opory uvádí Baštecká (2005, s. 89) ohrožení pocitu svobody a svébytnosti, navození pocitu závislosti a snížení sebeúcty a Kebza (2005, s. 166) za extrémní dopad udává možnost rozvoje syndromu vyhoření.

### 3 PŘÍČINY SYNDROMU VYHOŘENÍ

#### 3.1 Stres jako hlavní příčina syndromu vyhoření

Kromě každodenního kontaktu s lidmi je příčinou syndromu vyhoření trvalý a nekompromisně prosazovaný požadavek na vysoký, nekolísající výkon, který je pokládán za standard, malá či žádná možnost úlevy, odchylek a vysazení a v neposlední řadě také sankce za chyby a omyly. U jedince tak vzniká pocit, že již nemůže těmto požadavkům dostát a přesvědčení, že úsilí vkládané do vykonávané činnosti neodpovídá nízkému výslednému efektu. Takové nastavení společnosti u většiny jedinců automaticky produkuje každodenní, zdánlivě nevyhnutelný a nekonečný chronický stres, který je hlavní příčinou vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Akutní stres k vyhoření zpravidla nevede (Kebza, Šolcová, 2003, s. 9).

Mnoho lidí nosí svoji vytiženost jako vývěsní štít, protože se domnívají, že člověk musí být ve stresu, aby získal hodnotu. Stres se tedy stal nezbytností a důkazem výkonnosti. S jistou nadsázkou by se dalo říct, že je novou civilizační chorobou: „...řekni mi, jak jsi vyhořelý, a já ti řeknu, jak jsi důležitý...“ (Kallwass, 2007, s. 32-38).

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) ale stres představuje největší zdravotní riziko 21. století: lidé, jejichž práce je spojena s vysokou mírou stresu, jsou ohroženi infarktem dvakrát více než lidé s klidnějším zaměstnáním (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 45).

Stres obvykle vzniká z přetížení. Člověk trpící stresem z přetížení často neumí říct „ne“ a plní všechny úkoly, které se mu zadají. Nemá čas na odpočinek a jeho energetické rezervy se pomalu, ale jistě vypotřebovávají. Existuje ale i takový typ lidí, kteří jsou náchylnější k syndromu vyhoření a „vypalují se sami“. Vyznačují se extrémní cílevědomostí a tak dlouho si jdou za svým cílem, až jim dojdou síly a svojí angažovaností se doslova „vypálí“. Dalším možným důvodem stresu z přetížení může být strach o pracovní místo, který pak působí jako hnací motor a nutí lidi sahat hluboko do svých energetických rezerv. V důsledku naprosté vytiženosti prací pak jedinci přichází o sociální kontakty, přátelské styky a další emocionální jistoty, které je ve skutečnosti zásobují energií. Z tohoto i jiných důvodů je třeba zkoumat stav svých silových rezerv, a pokud jich už moc nezbývá, je nutné se snažit svůj životní styl změnit (Kallwass, 2007, s. 39-55).

Naproti tomu nejsou neobvyklé ani případy, kdy stres vzniká z nevytiženosti. Postižený je většinou jedinec agilní a energické povahy, který se může cítit

stresovaný tým, že ve svém zaměstnání nemá dostatek stresu. Stresorem tedy v tomto případě může být nuda, příliš nízká náročnost práce a málo skutečných zážitků úspěchu. V dnešní moderní době mobilních telefonů a vysokorychlostních připojení k internetu je vcelku normální být ve stresu a každý, kdo z této „normy“ vybočuje, je outsider, a zřejmě zastává lenošivé povolání nebo na sobě dostatečně nepracuje. Naopak stresovaný jedinec vykazuje známky zavalení prací, což je v současné době moderní a takový člověk se svou zaneprázdněností a stresem může honosit jako čestným odznakem (Kallwass, 2007, s. 32-38).

Prožívání životních těžkostí a stresu nejlépe zvládají sangvinici, protože se problém příliš hluboce nedotýká jejich psychiky. Nejhůře naopak stres a životní těžkosti prožívají cholericí – cítí, že je těžkosti hluboce zasahují a pociťují hněv. Zhruba v půlce mezi sangviniky a cholericí se objevují flegmaticí a melancholici (Černý, 1999, s. 34).

Většina autorů odborných publikací se shoduje na tom, že stres rezultuje ze dvou skutečností, a to nejčastěji z požadavku na vysoký, nekolísající výkon a z téměř nulové tolerance odchylek (Kebza, Šolcová, 2003, s. 9) a z přetížení a neschopnosti říci „ne“, nedostatku času na odpočinek a nízkého stavu energetických rezerv (Kallwass, 2007, s. 39-55). Dále z výše uvedeného textu vyplývá, že stres se stává rizikem pro společnost tohoto století: skutečnost, že zhruba čtvrtina pracovníků na vedoucích pozicích je natolik zasažená přetížením, poruchami spánku a depresemi, že musí vyhledat odbornou pomoc (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 39), je alarmující. Vzhledem k rostoucímu trendu dnešní doby stavět svůj stres na obdiv je ale bohužel podle mého názoru vysoce pravděpodobné, že společnost své tempo odmítne snížit a v dohledné době bude syndromu vyhoření podléhat stále vyšší procento populace.

První člověk, který podrobně analyzoval stres a který je považován za otce moderního výzkumu stresu, byl kanadský endokrinolog maďarského původu Selye. Jeho vymezení ale není příliš jasné a sám Selye uvádí, že ačkoliv člověk odjakživa o tomto jevu ví, dodnes nikdo plně nechápe jeho postatu (Selye, 1966, s. 20).

Samotná procedura nalezení vhodného pojmenování pro tento fenomén byla problematická. Selye (1966, s. 66) popisuje proces hledání příhodného názvu, kdy se zvažovala označení jako *dommage*, *agression*, *pension*, *détresse*, až se nakonec prosadil termín stres. Výslednou Selyeho definici stresu lze vymezit jako souhrn všech nespecifických účinků různých činitelů působících na organismus a stav, který stresor vyvolal v organismu. Stresor je poté definován jako impulz, který vyvolává

stres. Tuto definici stresu Selye (1966, s. 82) dále rozvíjí, následovně: stres je stav projevující se ve formě specifického syndromu, který představuje souhrn všech nespecificky vyvolaných změn v rámci daného biologického systému. Nespecificky zapříčiněné změny jsou takové, které vznikají jako následek působení mnohých faktorů a postihují bez výběru celou soustavu (Selye, 1966, s. 84).

Kraska-Lüdecke (2007, s. 30) definuje stres jako setrvalou dlouhodobou tělesnou nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů. Uvádí, že většina definic se shoduje na tom, že během stresu vždy dochází k narušení vnitřní rovnováhy člověka.

Šnýdrová (2006, s. 118) vymezuje stres jako nespecifickou odpověď organismu na zátěž, respektive na jakýkoliv požadavek, který je kladen na organismus. Pojem *stres* se podle ní velmi často užívá jak pro zátěž (stresor), tak pro stav organismu (stres). Koncept vzniku stresu vidí primárně jako biologický: vyvolané stresové reakce jsou nouzovými a obrannými reakcemi, které se snaží zvládnout situaci a obnovit stabilitu organismu. Působí-li tedy nadměrně intenzivní podnět dlouhou dobu nebo ocitne-li se člověk ve velmi obtížné situaci, z níž často nevidí východisko, nemůže se jí vyhnout a musí v ní setrvat, vzniká stres.

Termín *stres* byl přejet z anglického jazyka a v překladu znamená tíseň, nesnáz, tlak (Mayerová, 1997, s. 49). Stresovou reakci významně ovlivňuje to, jak ji člověk vnímá a podle toho také člověk hodnotí situaci, zejména má-li charakter ohrožení nebo hrozby. Ohrožení může být skutečné, ale může být jednotlivcem pouze takto interpretováno. Každopádně může v obou případech vyvolat negativní emoční reakce (například strach, úzkost, vztek atd.). Psychologické reakce na stresové situace neprobíhají tak stereotypně jako endokrinní mechanismy – zahrnují širokou škálu adaptačních procesů, obsahujících kognitivní a motivační prvky. V souvislosti se stresem v zaměstnání lze místo pojmu *stres* použít pojem *zátěž*, v souvislosti s překonáváním zátěže uvádí pojem *kapacita*, která označuje rozsah možností člověka v průběhu adaptačních procesů (Mayerová, 1997, s. 50).

Podle Křivohlavého (1998, s. 27) je stres protikladný vztah mezi stresory a salutory (obrné schopnosti těžkosti zvládat). Pokud jsou tyto dvě síly vyrovnány, nebo pokud je síla salutorů vyšší, jedinec nejeví známky stresu. Je-li tomu ale naopak a stresory působí silněji než salutory, dochází ke stresu – pokud stres přesáhne subjektivní přijatelnou hranici, nastává distres.

Venglářová (2011, s. 48) uvádí, že stres je setrvalá, dlouhodobá tělesná nebo duševní zátěž vznikající v důsledku přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů. Stres může být také chápán jako silná frustrace – jinými slovy jde o chronické neuspokojování potřeb, které může mít i zdravotní následky.

Černý (1999, s. 2) uvádí rovnici  $stres = stresor + stresová\ reakce$ , kde stresor je podnět, který spouští stresovou reakci – tím může být jakákoliv změna uvnitř i vně organismu. Stresová reakce je poté reakce, ve které se snižuje subjektivní schopnost kontroly, a může být popsána na rovině pozorovatelného chování, fyziologie, emocí a myšlenek.

Podle Odpovědné komise EU lze stres na pracovišti vymezit jako celkovou emocionální, kognitivní a fyziologickou reakci, včetně chování jedince, na nepříznivé a škodlivé faktory týkající se obsahu, organizace a prostředí práce. Tento stav se projevuje podrážděností a stísněností, případně až úzkostí a dále pocitem přetížení (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 36).

Křivohlavý (1998, s. 52) v této souvislosti uvádí zajímavá srovnání výskytu stresu a syndromu vyhoření. Podle něj se obětí stresu může stát každý, ale syndrom vyhoření se vyskytuje pouze u lidí, kteří jsou intenzivně zaujati svou prací, mají vysoké cíle, vysoká očekávání, výkonovou motivaci apod. Kdo takové nadšení nesdílí, může se podlehnout stresu, ne však do syndromu vyhoření. Stres se dále může objevit při různých činnostech, ale syndrom vyhoření se objevuje jen u těch činností, kde člověk přichází do osobního styku s druhým člověkem, tedy při práci s lidmi. Tam, kde je práce pro jedince smysluplná a překážky jsou zdolatelné, se syndrom vyhoření nedostaví.

Mezi autory odborné literatury zabývající se stresem panuje shoda na povaze stresu jakožto určité reakce či odpovědi organismu na přehnané požadavky okolí. V otázce, čeho je tato reakce důsledkem, se však již odborná literatura rozchází. Zatímco Selye (1966, s. 84) popisuje tuto reakci ne příliš specificky jako následek působení mnohých faktorů, které postihují bez výběru celou soustavu, podle Šnýdrové (2006, s. 118) se jedná o důsledek velmi obtížné životní situace, ze které jedinec nevidí východisko. Podle Venglářové (2011, s. 48) reakce vzniká jako důsledek přehnaně vysokých nároků či škodlivých podnětů, podle Křivohlavého (1998, s. 27) jako důsledek skutečnosti, že stresory působí silněji než salutory a podle Kraska-Lüdecke (2007, s. 36) jako následek nepříznivého působení obsahu, organizace a prostředí práce.

Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 9-10) rozlišují *eustres* (pozitivní stres, pozitivně zátěžová situace, např. velká radost atd.) a *distres* (negativní stres, negativně zátěžová situace, např. konflikty, šok, smrt blízkého, trvalá zátěž v zaměstnání atd.). Stres na jedince nemusí působit výhradně negativně – jeho přiměřená míra člověka aktivizuje a stimuluje k hledání řešení situace, čímž rozvíjí své zkušenosti a dovednosti. Pokud míra prožívaného stresu překročí určitou úroveň, kterou jedinec nedokáže zvládnout, působí na člověka negativně. Tato hranice je velmi individuální a každý ji vnímá subjektivně: zatímco pro jednoho je situace zvládnutelná, pro jiného je naopak příliš náročná a vyvolává obranné mechanismy.

V souvislosti s tím, že stres nemusí být vždy pouze negativní, byl vytvořen v roce 1967 odstupňovaný seznam životních událostí podle Holmese a Raheho (viz Příloha A). Každé události byl přiřazen podle stupně předpokládané zátěže určitý počet bodů od 12 do 100. Čím vyšší počet bodů, tím více na jedince působí stres. Totéž platí pro dobu trvání stresorů. Podle Holmese a Raheho lidem stres nepřináší pouze negativní události a zážitky (nemoc, úmrtí partnera, ztráta zaměstnání), nýbrž i ty pozitivní jako například Vánoce, dovolená, usmíření s partnerem apod. (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 49). Každá událost má vyčíslenou váhu, kterou životní událost vyvolává u průměrné osoby. Tyto váhy jsou vyjádřeny v jednotkách životních změn, *life change units* (Mayerová, 1997, s. 53). Bodové ohodnocení naznačuje míru zátěže neboli nároky na přizpůsobení, jež je třeba vynaložit na vyrovnávání se s touto událostí. Úhrnná hodnota kolem 150 bodů této škály dosažená během jednoho roku přináší 37% pravděpodobnost tělesného onemocnění, hodnota přes 300 bodů zvyšuje riziko tělesného onemocnění dokonce na 80 % (Šnýdrová, 2006, s. 123). Vyhodnocení je následující: součet bodů lze označit jako osobní bodové skóre, míra osobní stresové reakce. Výsledné skóre naznačuje stupeň odolnosti. Je-li skóre vyšší než 300, dostal se diagnostikovaný jedinec do fáze vyčerpanosti a hrozí mu z 50-86 % pravděpodobnost psychosomatických onemocnění; jeho rezistence vůči stresu je nízká. Dosahuje-li skóre hodnot 200-299, je jedinec hraničně rezistentní a pravděpodobnost psychosomatických onemocnění dosahuje hodnot 30-52 %. Pohybuje-li se skóre v hodnotách 150-199, pak je pravděpodobnost onemocnění poměrně nízká (9-33%) a jedinec je vysoce rezistentní (Mayerová, 1997, s. 54-55).

### 3.1.1 Typy stresorů

Selye (1966, s. 65 a s. 94) stresor definuje jako impulz, který vyvolává stres. Zároveň uvádí, že stresorem může být v podstatě jakýkoliv faktor, který vyvolává nespécifické změny a tím i stres. Stresory jsou podněty, podmínky a vlivy, které působí na jedince negativně a vyvolávají stres (Mayerová, 1997, s. 60).

Venglářová (2011, s. 51) dělí stresory na *ministresory* (drobné okolnosti, které vyvolávají stres, např. dlouhodobé ponižování člověka v zaměstnání či osobním životě, dlouhodobě pociťovaný nedostatek lásky apod.) a *makrostresory* (velmi silně deplatující vlivy, které přesahují určitou hranici, kterou je člověk schopen zvládnout), krátkodobé stresory (například u profese zdravotní sestry se jedná o záchranu života pacienta, akutní bolest u nemocných apod.) a dlouhodobé stresory (opět například u profese zdravotní sestry jde o zodpovědnost za pacienty, neúspěšné tišení dlouhotrvající bolest u nemocných apod.).

Jiným způsobem lze stresové faktory dělit následovně na fyzikální faktory, např. prudké světlo, nadměrný hluk, nízká nebo vysoká teplota, nedostatek potravy, infekce, fyzická námaha atd., fyziologické faktory, např. nedostatek pohybu, nevhodné stravování, nerespektování biologických rytmů, přetěžování páteře, cévního systému atd., dále psychické faktory, jako např. nadměrná odpovědnost, nesplněná očekávání, stres způsobený školou nebo prací, absence pozitivního myšlení a vnitřního života atd. Dále odborná literatura rozlišuje sociální faktory, např. osobní vztahy (konflikty, nevěra), organizace práce, profesní perspektiva (nejasný kariéerní řád, nevyužitá kvalifikace) a traumatické faktory (životní události jako např. narození dítěte, úmrtí, dále únos, znásilnění, válka, setkání, sňatek, rozvod, stěhování, chronické onemocnění, ztráta zaměstnání, ztráta životní role). Vystavení stresu v raném věku může trvale zvýšit odpověď na stres, např. u týraných a zneužívaných dětí, školní zátěž, alkoholismus rodičů, přílišná náročnost rodičů (Venglářová, 2011, s. 52).

Podle Šnýdrové (2006, s. 125-127) lze stresory dále rozdělit do čtyř kategorií:

1. vztahové stresory – neshody s rodiči, materiální a citová závislost na rodičích, společné bydlení s rodiči, ztížený kontakt s rodiči (např. pro vzdálenost), rozvod nebo rozchod s partnerem, neshody v partnerském vztahu, žárlivost, nesoulad v sexuálním životě, narození dítěte a vliv této události na celou rodinu, problémy dětí ve škole, výchovné problémy s dětmi, potíže s dětmi v pubertě, odchod dítěte z rodiny apod.,

2. pracovní a výkonové stresory – nízký příjem, který nestačí na uživení rodiny, ztráta práce nebo hrozba ztráty zaměstnání, velké dluhy a splátky, konfliktní vztahy s nadřízenými, kolegy, nebo podřízenými, nedostatečná organizace práce, chaotičnost, měnící se podmínky, potíže s delegováním práce na druhé, neschopnost říci „ne“ při přetěžování, nedostatečné ohodnocení práce, práce v těžkých vnějších podmínkách (hluk, prach, špatné osvětlení, chemické látky, horko, vlhko atd.), nuda nebo nesmyslnost pracovní činnosti, vlastní workoholismus nebo workoholismus u partnera apod.,
3. stresory související s životním stylem – nevyhovující bydlení, nedostatek příjemných aktivit, monotónní a stereotypní životní styl, chybění koníčků a zájmů, nedostatek přátel a izolace, uzavřenost rodiny apod.,
4. nemoci a handicapy – vlastní tělesná nebo psychická nemoc nebo nemoc člena rodiny; zhoršování tělesného a psychického stavu rodičů; vlastní závislost na drogách, alkoholu či lécích; drogy, alkohol nebo jiná závislost u partnera; drogy a alkohol u dětí; hazardní hráčství či závislost na automatech u člena rodiny; tělesný nebo psychický handicap člena rodiny apod.

Mayerová (1997, s. 62-67) vymezila stresory vyskytující se v pracovním prostředí. Jedná se jednak o pracovní přetížení způsobené nevhodnými pracovními podmínkami, které způsobují stres jako např. špatné osvětlení, hluk, nesprávná teplota, nedostatek kyslíku apod., dále špatná organizace práce a směn, časová zátěž a termínované úkoly. Dále se jedná o mimořádnou zodpovědnost, zejména v rizikových profesích u všech druhů dopravy, ve zdravotnických profesích, na vedoucích manažerských místech, riziková povolání policistů, záchranářů, hasičů apod. U některých profesí je povinné psychologické vyšetření před nástupem do funkce, aby se eliminovali jedinci, kteří jsou pro danou profesní činnost nevhodní (např. piloti, dispečeři leteckého provozu, strojvedoucí, výpravčí, policejní pracovníci, řidiči aj.). Stres způsobený konflikty a nejistotou vzniká především v situacích, kdy pracovník získává rozporuplné úkoly a příkazy, má neurčité povinnosti a nejasnou zodpovědnost, čímž se dostává do konfliktní role. Mezi nejzávažnější stresory vztahující se k plánování a rozvoji profesní kariéry lze zahrnout pracovní nejistotu, touhu být povýšen, získat vyšší pozici v organizaci, přeložení na méně atraktivní místo a ztrátu nebo nedostatek možností rozvíjet profesní kariéru. Pocit jistoty a nejistoty velmi závisí na předchozích zkušenostech pracovníků a na jejich vlastnostech (např. lidé úzkostní a ctižádostiví si sami svým založením vytváří

stresovou situaci a trvalé napětí, které emocionálně prožívají). Ke stresovým situacím dále dochází, zejména restrukturalizuje-li se oddělení, pracovní tým, nebo organizace a zaměstnanci jsou nuceni si hledat nové profesní vazby. Tyto změny jsou stresující, obzvláště pokud probíhají rychle a pokud zaměstnanci dlouhodobě ztrácejí pocit jistoty. Vztahy a interakce s ostatními lidmi vytvářejí někdy kritické organizační prostředí a jsou také často potenciálními zdroji stresu. Naopak mohou být i ochranou a sociální podporou, která ovlivňuje to, jakým způsobem pracovníci reagují na ostatní stresory. Jestliže pracovní a životní role vyžadují od jedince konfliktní požadavky a osobní a profesionální cíle jsou v rozporu, stávají se tyto skutečnosti také zdrojem stresu.

Stock (2010, s. 17-18) dodává, že to, jestli stresory při společném působení vyvolají chronický stres (tj. stresory působí na člověka nepřetržitě delší dobu, aniž by dotyčný měl možnost se dostatečně zotavit), záleží na našem zhodnocení situace, našich schopnostech tuto situaci zvládnout a na délce a intenzitě působení stresových faktorů. Problematika stresu je tedy značně individuální a záleží na tom, jak jedinec situaci vyhodnotí: vnímá-li situaci jako nezvladatelnou, pak se spustí stresová reakce.

### **3.1.2 Příznaky stresu**

Mezi nejčastější příznaky stresu řadí Šnýdrová (2006, s. 128) nervové reflexy jako například kousání nehtů, zatínání pěstí, zatínání čelistí, bubnování prsty, skřípání zubů, hrbení se, popotahování se za různé části obličeje, trhání záděr na prstech, podupávání nohou, tahání se za vlasy apod., dále onemocnění v souvislosti se stresem (bolesti zad, astma, poruchy trávení, bolesti hlavy, migrény, bolesti svalů, poruchy v sexuálním životě, kožní projevy – vyrážky, nepravidelné dýchání, poruchy spánku, zvýšený krevní tlak, snížená činnost imunitního systému apod.), změny nálady (úzkost, deprese, frustrace, apatie, nuda, trvalý pocit životního neuspokojení, pocity viny, studu, trvalý vztek nebo pocit nepřátelství, bezmocnost, beznaděj, netrpělivost, neklid, podrážděnost apod.) a změny v chování (agresivita, snaha dělat několik věcí najednou, citové výlevy, nedodržování termínů, odkládání důležitých úkolů na poslední chvíli, nepřiměřené reakce, příliš rychlý nebo hlasitý hovor, tendence k hádkám, skákání lidem do řeči, obhroublý způsob řeči, ztráta smyslu pro humor, podrážděné reakce na běžné zvuky, trhavé pohyby apod.).

Podobné chování a jednání člověka pod vlivem stresu popisuje Mayerová (1997, s. 59). Jedná se o nerozhodnost, naříkání, vyšší nemocnost, pomalé uzdravování, sklon k menší spolehlivosti a výkonnosti, menší zájem o práci, menší kvalita pracovních výsledků, vyhýbání se zodpovědnosti, poruchy spánku, obtížné usínání, únava a pocit nedostatečného odpočinku v ranních hodinách a v průběhu dne, nechutenství nebo přejídání, snížené množství práce, zhoršená kvalita práce, konzumace alkoholických nápojů, závislost na kouření a drogách, užívání léků na uklidnění a na spaní.

Venglářová (2011, s. 53-54) dělí příznaky stresu na tři skupiny:

1. behaviorální příznaky, které se objevují v našem chování a jednání: mezi ně patří nerozhodnost, změněný denní rytmus (problémy s usínáním a spaním, pozdní vstávání spojené s pocitem únavy), neustálé stěžování si a vidění světa v černých barvách, změny ve vztahu k potravě (nechutenství nebo zvýšená chuť k jídlu), snížená pozornost, ztráta chuti do práce a zhoršující se kvalita odvedené práce;
2. psychické příznaky – prudké a výrazné změny nálady (od velké radosti k velkému smutku apod.), zvýšená podrážděnost (iritabilita), úzkostnost (anxiozita), nadměrné pocity únavy, omezení aktivních sociálních styků apod.;
3. fyziologické příznaky – zrychlení srdeční činnosti a jeho nepravidelnost, zvýšené svalové napětí, bolesti hlavy, enantém – vyrážka v obličeji, bolesti břicha, plynatost, průjem, nechutenství, změny v menstruačním cyklu, nezájem o sex, impotence, časté nucení k močení apod.

Mayerová (1997, s. 57-58) doplňuje výčet o projevy pracovního stresu: fyziologické poruchy (změny krevního tlaku, zvýšení srdečního tepu, obtíže s dýcháním, svalové napětí, gastrointestinální poruchy, diabetes mellitus), emocionální poruchy (úzkosti, deprese, agresivita, nižší sebejistota, špatné intelektuální funkce, zejména neschopnost se koncentrovat a rozhodovat, nervozita, podráždění, přecitlivělost vůči nadřizeným, pracovní neuspokojení), poruchy chování (snížení výkonnosti, pracovní absentismus, úrazy, vyšší úroveň fluktuace, požívání alkoholu a jiných návykových drog, impulzivní chování obtíže v komunikaci).

Stres může mít negativní vliv zejména na kardiovaskulární systém (vliv na zrod a vývoj hypertenze, na existenci koronárních chorob apod.), gastrointestinální systém (návaly a zvracení, vznik žaludečních vředů, dráždivý syndrom střeva apod.), imunitní systém (snížená rezistence k nemocem, zvýšená únavnost a letargie apod.),

močopohlavní systém (časté nucení na moč, impotence apod.), svalový systém (bolesti v zádech, hlavy, za krkem, v oblasti hrudníku apod.), dýchací systém (dechová nedostatečnost, hyperventilace, astma apod.) a dermatologický systém (ekzémy, alergie, furunkly, abscesy apod.). Dále se uvádí, že stres má podíl na vzniku rakoviny, tuberkulózy apod. Je ale nutné zdůraznit, že rakovinou není ohrožen ten, kdo se dostane do stresu, ale ten, kdo jej nezvládne (Venglářová, 2011, s. 61-63).

Příznaky stresu lze systematizovat na příznaky projevující se v chování, například agresivní chování, neschopnost dodržovat termíny, nepřiměřené reakce, nerozhodnost, nezájem o práci či změněný denní rytmus. Dále lze symptomy klasifikovat na reakce v myšlení (např. negativní postoj ke světu, neschopnost se soustředit, nebo trvalý pocit životního neuspokojení) a na reakce v emocích (emoční labilita, anxiozita, strach, pláč atd.). Krom těchto symptomů je reakce na stres také patrná v tělesných příznacích, jako například nepravidelnost v srdeční činnosti, bolesti zad, migrény, problémy se zažíváním apod.

Stav stresu se projevuje v symptomech tzv. *generálního adaptačního syndromu* (GAS). Pomocí něj se organismus snaží vyrovnat s působením zátěžové situace (Venglářová, 2011, s. 56). Selye (1966, s. 53) vysvětluje původ tohoto termínu: GAS se nazývá *generálním* proto, že jej vyvolávají jen faktory působící celkově na velké jednotky organismu. *Adaptační*, protože podporuje obranyschopnost těla a napomáhá vzniku a udržování stavu trénovanosti a návyku. *Syndromem* se nazývá proto, že jednotlivé projevy GAS jsou vzájemně sladěné, či dokonce částečně vzájemně závislé.

Generální adaptační syndrom má tři fáze (viz Příloha B), během kterých je stres sice přítomný, ale jeho projevy a schopnost rezistence se s časem mění:

1. fáze poplachová, alarmová – Charakteristická pro ni je mobilizace sil potřebných ke zvládnutí zátěže. V počátečním stádiu této fáze mluví Selye o šoku, po němž obvykle následuje druhé stádium – antišok, při kterém se původně vysoká reakce snižuje.
2. fáze adaptace, rezistence – Během této fáze dochází ke snížení reakce organismu na nepříznivý vnější vliv a organismus se na něj adaptuje.
3. fáze vyčerpání, exhausce – Tato fáze nastává tehdy, působí-li stresory příliš dlouho a intenzivně. Následkem toho dochází k celkovému selhání adaptační a regulační schopnosti organismu, snížení obranyschopnosti, která může vyvolat

onemocnění a dokonce i smrt. Fázi vyčerpání provází zpravidla projevy zlosti, zoufalství nebo naopak apatie. Toto stádium se svými projevy překvapivě podobá fázi poplachové (Selye, 1966, s. 51-52).

Na to, aby bylo možné hovořit o GAS, není nutné projít všemi třemi výše uvedenými stádii – pouze nejtěžší stresy vedou ke stavu vyčerpání a případné smrti. Většina fyzických a mentální napětí, infekcí a jiných stresorů v lidském životě se dostane pouze do druhého stádia, adaptace, a organismus se těmto změnám přizpůsobí (Selye, 1966, s. 95).

### **3.1.3 Důsledky stresu**

Stres vyvolává takové tělesné a duševní reakce, které v konečném důsledku mohou podnítit rozvoj nejrůznějších onemocnění a poruch. Kraska-Lüdecke (1997, s. 33) uvádí, že reakce mohou být rozděleny do několika skupin, a to na kognitivní (myšlenkové), emocionální, vegetativně-hormonální a svalové. V kognitivní rovině se vyskytují reakce jako negativní uvažování a mozek často reaguje na stres „prázdnem“, během kterého si člověk nemůže vzpomenout i na běžně známé údaje. Ve vážných případech dochází k nočním děsům, úniku z reality či k poruchám vnímání. Je to způsobeno tím, že přetížený mozek si všemožně hledá únikovou cestu, jak se zbavit nepříjemné reality. V emocionální rovině se zpravidla dostavuje nejistota, podrážděnost, vztek, panika, případně agresivní emoce. Řada lidí na takovou situaci reaguje duševní nepřítomností nebo apatií, někdo naopak sklouzne k hypochondrii.

Důsledky stresu však nemusí být pouze negativní. Vyskytuje-li se stres ve správné míře, může mít dokonce pozitivní až motivační účinky. Při zkouškách a testech může stres sehrávat vysoce pozitivní roli – při psychologických výzkumech bylo zjištěno, že lidé, kteří ve zkouškových situacích podléhají stresu, si přesto dokážou vybavit naučenou látku velmi dobře. Náročné, složitější úkoly, při jejichž řešení je nutno zapojit tvořivé myšlení, naopak příliš nezvládají. Při výzkumech se postupovalo tak, že jedinci po uplynutí určité doby podstoupili tutéž zkoušku a byl zjištěn zajímavý výsledek: v situaci mírnějšího stresu si jedinci hůře vybavovali osvojené znalosti, naopak byli natolik klidní, že dokázali výborně řešit úkoly vyžadující tvořivé myšlení. Nepříliš vysoké přetížení jedince tedy motivuje a dodává energii k tomu, aby zkusili jiný přístup a podali vyšší výkon (Kraska-Lüdecke, 1997, s. 34).

Mayerová (1997, s. 59-60) uvádí, že obecně by bylo možné říci, že čtyřmi nejdůležitějšími faktory, které ovlivňují důsledky prožívání stresu pracovníkem, jsou:

1. vnímání situace pracovníkem (chápat například změnu pozice jako příležitost získat důvěru svých nadřízených ve své schopnosti a chopit se nových příležitostí nebo vnímat svoji situaci jako extrémně nebezpečnou a myslet si, že nadřízení nebyli spokojeni s výkonem na původní pozici),
2. dřívější zkušenost, kterou pracovník získal (pozitivní posílení nebo úspěch v různých situacích, které člověk již dříve prožil, může snížit úroveň stresu tak, že jedinec stres v současné situaci vnímá daleko slaběji, méně emocionálně a více racionálně, s určitým odstupem a nadhledem, naopak selhání v minulé stresové situaci může stres v nové situaci ještě zvýšit),
3. přítomnost a absence sociální opory (přítomnost spolupracovníků může zvýšit sebedůvěru pracovníka, podpořit ho při překonávání stresu),
4. individuální rozdíly v reakcích na stres (zatímco stejnou situaci v organizaci prožívají někteří jedinci jako vysoce stresovou, jiní ji jen stěží postřehnou).

Je zjevné, že vyskytne-li se v životě jedince stresová situace, její důsledky mohou být dvojího typu: jedinec se na stres buď adaptuje, nebo (zvláště je-li stres dlouhodobého a intenzivního charakteru) mu podlehne, což v extrému může vést k rozvoji syndromu vyhoření.

### **3.1.4 Vliv sociální opory jako prevence a způsob zvládnání stresu**

Jedním z konkrétních způsobů zvládnání stresu za pomoci sociální opory je *coping*, který by se dal vymezit jako způsob vyrovnávání se se zátěží, jehož cílem je zvládnutí vnějších nebo vnitřních tlaků. Potřebné osobní zdroje energie zde vycházejí z možnosti požádat o pomoc své blízké (Venglářová, 2011, s. 63).

Stock (2010, s. 53-54) definuje *coping* jako soubor všech způsobů chování v kontextu interakce se sociální oporou, které člověk uplatňuje při zvládnání mimořádně obtížných životních situací. Uvádí dva druhy *copingu*: strategie orientovaná na problém (např. otevřený rozhovor s nadřízeným v případě, že nesouhlasíme s jeho rozhodnutím) a strategie orientované na emoce (např. procházka, poslech hudby na rozptýlení a uklidnění). Nesprávné strategie zvládnání stresu (vyhýbání se zátěžové situaci, vědomé potlačování a nepřipouštění si jejich důsledků) přitom mohou být jedním z rizikových faktorů pro vznik syndromu vyhoření, protože příčina problému zůstává z dlouhodobého hlediska neodstraněná.

Složky sociální opory hrají podle Zvettlerové (osobní sdělení, 16. 4. 2012) z její praxe během zvládání stresu zásadní roli. Rodinní příslušníci mohou například podpořit jedince v hledání odborné pomoci, využít copingovou strategii orientovanou na emoce (například přivést jedince pod stresem na jiné myšlenky pomocí kulturních aktivit, pohybu v přírodě apod.), dále doporučit jedinci, aby se příliš neexponoval a více odpočíval. Na pracovišti může mít sociální opora podobu supervize, možnosti poradit se s kolegy a nekumulovat tím stres v sobě. Ze své praxe Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) tvrdí, že sociální opora kolem jedinců postižených syndromem vyhoření často funguje, avšak její klienti ji nedokáží plně využít. Své poslání psychologa tak spatřuje v akcentování a následném využití této sociální opory. Jak uvádí Kebza (2005, s. 153-154), sociální opora může v souvislosti se stresem působit také preventivně, neboť působí jako „nárazníková“ zóna jedince, s čímž se ztotožňuje i Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012).

Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) se v důležitosti sociální opory při zvládání stresu s Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012) shoduje a ze své zkušenosti zdůrazňuje sociální oporu ze strany nadřízených v zaměstnání. Tato složka může podle něj působit vysoce preventivně před stresem například formou systému porad, pravidelných rozhovorů s nadřízenými, koučování a supervizí. Kolegové navíc fungují jako sociální skupina, kterou spojují stejné problémy a mohou se navzájem podpořit formou intervize a vzájemné reflexe práce, čímž se stres podle Roubala (osobní sdělení, 17. 4. 2012) významně snižuje.

Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) uvádí, že vliv sociální opory jako způsobu zvládání stresu spočívá především v nepřetěžování jedince dalšími povinnostmi, v poskytnutí atmosféry pochopení a empatie a v nebagatelizování stresové situace. Možnosti pomoci sociální opory jsou však podle Krausové (osobní sdělení, 18. 4. 2012) závislé na její (především emoční) vyzrálosti a schopnosti tolerovat dočasné výpadky jedince z jeho role. Sociální opora jako prevence stresu může mít formu například ocenění práce kolegy či nadřízeným.

Mezi způsoby prevence syndromu vyhoření, které se jeví účinnější, než vliv sociální opory řadí Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) z vlastní praxe změnu hodnotového systému jedince a změnu psychohygienických návyků. Tyto transformace zpravidla přispějí k nalezení smyslu života, k ukotvení jedince a nalezení životní stability. Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) v souvislosti s tímto kontextem a vlastní praxí doplňuje mezi způsoby prevence syndromu vyhoření

například víru, která jedinci pomůže předejít v součinnosti s dalšími faktory syndromu vyhoření. V této problematice se Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012) i Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) shodují s Bašteckým, Šavlíkem a Šimkem (1993, s. 47-48), kteří uvádějí vliv vnitřních zdrojů jedince, nezdolnost a aktivní přístup k životu jako účinnější strategie prevence vyhoření než vliv sociální opory. Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) akcentuje umění jedince vyvážit pracovní a soukromý život, neboť podle ní je tato schopnost zásadnější než vliv sociální opory.

Dotázaní kliničtí psychiatři i odborné prameny věnující se problematice prevence syndromu vyhoření se shodují na tom, že pomoc sociální opory může v souvislosti se stresem působit také preventivně, neboť působí jako „náravníková“ zóna jedince. Dále se shodují na klíčovém vlivu *copingu* a supervize, který poskytuje sociální opora. Mezi způsoby prevence řadí např. koučování, intervizi, vzájemnou reflexi práce (Roubal, osobní sdělení, 17. 4. 2012), poskytnutí atmosféry pochopení a empatie a ocenění práce (Krausová, osobní sdělení, 18. 4. 2012).

### **3.2 Další příčiny syndromu vyhoření**

Níže uvedené vlivy samy o sobě ke vzniku a rozvoji syndromu vyhoření vést nemusí. Mohou ale nepřímo narušovat psychickou rovnováhu a vyvolávat stres, který poté může směřovat k syndromu vyhoření, zejména vyskytne-li se stres v neúnosné míře a mění-li se z akutního na chronický.

Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 10) uvádějí, že mezi zátěžové situace, které způsobují stres, patří frustrace, konflikt, trauma, psychická krize a deprivace. *Frustraci* definují jako neočekávanou ztrátu šance na uspokojení, která vyvolává prožitek zklamání a stimuluje reakce zaměřené na vyrovnání se s nepříznivou situací. Ta může být ale do jisté míry i žádoucí, protože člověk je nucen hledat jiná řešení, čímž se rozvíjí. Roli u frustrace hraje také pozitivní očekávání – jestliže člověk nic dobrého nečeká, nemůže být ani zklamán. Obranná reakce organismu je proto přirozeně omezení pozitivního očekávání. Mezi způsoby, kterými lze frustraci překonat, uvádějí Jeklová a Reitmayerová odložit uspokojení, posílit vytrvalost a úsilí, změna motivu nebo rezignace.

Křivohlavý (1998, s. 28-29) k této problematice dodává, že velmi častá potřeba, která není-li naplněna, tak vede ke vzniku a rozvoji syndromu vyhoření, je povědomí smysluplnosti vlastního života, práce a obecně všeho, co jedinec dělá. Jestliže život pozbyde smyslu, lidé snadněji upadají do psychického vyhoření. Druhou nezbytnou

potřebou je společenské uznání a respekt od druhých. Křivohlavý mluví o tzv. primární skupině, lidech člověku nejbližších. Pokud tito lidé dlouhodobě a opakovaně neprojevují respekt, může to za určitých okolností vést k psychickému vyhoření také.

Dále Křivohlavý (1998, s. 18) mezi příčiny vzniku a rozvoje syndromu vyhoření řadí dlouhodobý bezprostřední, osobní styk s lidmi, dlouhodobé neúspěšné jednání s nimi, dlouhou dobu trvající pracovní přetížení a kladení mimořádných požadavků na pracovníka, příliš strohý pracovní režim, bezohledné manipulování s lidmi, příliš přísná „pravidla hry“ a celkové přetěžování (tj. situace, kde je příliš velké množství úkolů, pacientů, zákazníků, klientů apod. v poměru ke kapacitě pracovníků).

Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 10-11) dále uvádějí, že konflikt je běžná životní situace, která vytváří stres ve zdravé míře. Negativní vliv ale konflikty mají teprve tehdy, pokud se kumulují, jsou příliš závažné, trvají nadmíru dlouho, týkají se důležité oblasti a pokud je jedinec není schopen vyřešit – poté působí jako silné stresující faktory. Z psychopatologického hlediska jsou pak významné vnitřní konflikty (střet dvou protichůdných a stejně silných tendencí), které se odehrávají ve vědomí člověka a vytváří stres. Trauma definují Jeklová a Reitmayerová jako náhle vzniklou situaci, při které jedinec zažívá ztrátu pocitu bezpečí, úzkost a obavy do budoucna (např. smrt blízkého, účast při neštěstí, živelné pohromě atd.). V těchto silně stresujících situacích, které se mohou projevovat neadekvátním chováním, panikou či depresí, se člověk stává neobjektivním, nekritickým, nesoudným a podléhá emocím. V průběhu několika měsíců po prožití traumatu se může dostavit i posttraumatická stresová porucha. Psychická krize se projevuje jako narušení psychické rovnováhy, která je důsledkem náhlého vyhrocení situace nebo dlouhodobé kumulace problémů (např. selhání v zaměstnání, manželská krize apod.). Hlavním znakem krize je selhání adaptačních mechanismů, kdy vyzkoušené způsoby zvládnání přestávají fungovat a je třeba si hledat nové. Deprivace, stav, kdy významné potřeby (sociální kontakty, podněty atd.) nejsou dlouhodobě dostatečně uspokojované, je podle Jeklové a Reitmayerové z výše vyjmenovaných zátěžových situací nejzávažnější.

Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 14-15) dále uvádějí, že mezi další vlivy, které vedou k vyhoření, lze také zařadit ztrátu ideálů (zpočátku nadšení, později střet s realitou), workoholismus (vyžaduje příliš mnoho energie, kterou ale jedinec nedokáže znovu načerpat zpět) a tzv. teror příležitostí. Tento pojem by se dal definovat jako pocit, že každá nová zakázka je příležitost, kterou je třeba využít.

Jedná se tedy o neschopnost slevit z vlastních požadavků a vysokých nároků, které jedinci brání podělit se o práci s ostatními spolupracovníky. Teror příležitostí se pojí s neschopností odmítnout a říct „ne“.

Stock (2010, s. 32-39) uvádí spouštěcí faktory (nespecifické, specifické a ostatní), které vedou k rostoucí náchylnosti ke stresu v zaměstnání. *Nespecifické externí spouštěcí faktory* podle prohlášení agentury OSHA (Evropská agentura pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci) z roku 2007 jsou jako příčiny pracovního stresu uvedeny tyto:

- nejistota pracovních poměrů spojená s nestabilitou na trhu práce, obavy ze ztráty pracovního místa,
- rostoucí náchylnost ke stresu v souvislosti s globalizací, např. nejistota a strach způsobené přesouváním pracovních míst do zahraničí,
- úbytek jistot v důsledku nových forem pracovních smluv, např. snížení ochrany proti výpovědi, krácení dovolené, více přesčasů, práce na zkrácený úvazek a smlouvy na dobu určitou,
- dlouhá pracovní doba a rostoucí intenzita práce,
- zeštíhlování společností a outsourcing, v důsledku čehož se ruší pracovní místa,
- rostoucí emocionální náročnost práce (vyžaduje stále vyšší stupeň sociálních a emocionálních kompetencí, práce s klienty se stává náročnější),
- neslučitelnost zaměstnání a soukromého života.

Mezi *specifické externí spouštěcí faktory* lze zařadit například zvýšenou pracovní zátěž, působení rušivých vlivů, nedostatek samostatnosti, nedostatek uznání a špatný kolektiv. Zvýšená pracovní zátěž je následkem rostoucí produktivity, kdy stále více pracovních povinností vykonává méně lidí, čímž se jejich pracovní náplň zhušťuje, což vede ke stresu. Nadměrné zatížení také může být příčinou, zesilovačem i důsledkem rozvinutí syndromu vyhoření: aby postižený provedl tytéž úkony, musí vynaložit daleko větší úsilí i množství energie, což celý proces urychluje a stává se z něj začarovaný kruh. Působení rušivých vlivů také patří mezi významné stresory – jde zejména o neustálé vyrušování při práci vlivem toho, že v dnešní moderní společnosti je každý snadno dosažitelný (e-mail, mobilní telefon apod.). Krom toho je navíc většina lidí nucena se učit ovládat nové technologie za pochodu. Z psychologických výzkumů se dále ukazuje, že ti zaměstnanci, kteří trpí nedostatkem samostatnosti a podléhají přílišné kontrole, jsou častěji nespokojeni –

tento fakt se také řadí mezi spouštěče stresu. Nedostatek uznání se projevuje jako pocit, že jedinec není za svoji práci podle svého názoru dostatečně odměněn a ztrácí tak motivaci. Tato odměna nemusí být jen ve formě finančního ohodnocení, ale může se jednat například o pochvalu a celkově o nabytí dojmu, že si zaměstnancovy práce někdo váží a oceňuje ji. K nespokojenosti naopak přispívají faktory jako nespravedlivé hodnocení výsledků či omezené možnosti kariérního růstu. Stresovou reakci může ovlivnit i špatný kolektiv spolupracovníků, se kterými přirozeně trávíme více času než s rodinou a přáteli: nevraživost, neúcta a závist jsou značnými stresory. *Ostatní faktory*, které vyvolávají stresovou reakci, je nespravedlnost a konflikt hodnot. V důsledku nadržování a nespravedlivého rozdělování pracovních úkolů, odměn apod. cynismus pracovníků vzrůstá a hrozí jim nebezpečí vyhoření; krom toho dochází také k významnému narušení podnikového klimatu. K vnitřnímu konfliktu hodnot, inkongruenci, dochází tehdy, jsou-li hodnoty organizace v rozporu s hodnotami jejího zaměstnance. Hodnoty ale každý vnímá subjektivně: například maximalizace zisku je vysoce negativní z pohledu člověka, který kvůli tomu přišel o své místo a naopak pozitivní pro firmu a akcionáře.

Křivohlavý (1998, s. 30-32) uvádí podobné spouštěcí faktory jako výše uvedený Stock (2010, s. 32-39), které vedou k rostoucí náchylnosti ke stresu v zaměstnání a sekundárně i ke zrodu syndromu vyhoření. Jedná se zejména o extrémní míru svobody nebo naopak extrémní míru kontroly, nesmyslnost požadavků, které udělal nadřízený, problémy s autoritou (centralizace veškeré autority do rukou jediného člověka, či naopak její tříštění; konflikty formální a osobní autority apod.), nadměrnou míru odpovědnosti, dlouhodobé neplnění úkolu, situace, kdy není přesně stanoveno, co se od člověka očekává nebo kde jsou naopak očekávání nerealistická, nedostatek horizontální či vertikální sociální komunikace (špatná informovanost vedení nebo naopak podřízených) a nadměrné požadavky kladené na lidi.

Kallwass (2007, s. 9) řadí mezi příčiny vyhoření kromě jiného konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, nejasnosti v hierarchii (v zaměstnání i kdekoliv jinde), nedostatečná podpora ze strany zaměstnavatelů a nadřízených, vztahové konflikty, mnoho práce a málo času, vysoká nebo rostoucí odpovědnost a mobbing na pracovišti.

Základním kritériem mobbingu, cílené, systematické agrese a psychoteroru na pracovišti, je to, že existuje vědomý nebo nevědomý systém, který oběť neustále

poškozuje. Tento pojem pochází z anglického slova *mob* a v překladu znamená urážet a utlačovat. Fáze mobbingu lze vymezit zhruba čtyři:

1. nevyřešený konflikt;
2. sílící útoky, pomluvy a naschvály, vyřazení oběti z kolektivu, čímž se z ní stává outsider
3. utrpení oběti se nepřímo zveřejňuje, oběť je ve stresu a dělá chyby – tím vznikají „oprávněné důvody pro kritiku“; nyní se už konflikt smírnou cestou pravděpodobně nevyřeší;
4. oběť je nucena dát výpověď, popřípadě zažádá o přeložení jinam.

Podle studie ID-Metall jsou pachateli třetiny známých případů mobbingu vedoucí pracovníci. Nejčastější a nejtíživější je tento problém na úřadech, kde je obzvláště živná půda pro kariérismus se všemi jeho negativními dopady. Řešením může být například rozhovor mezi čtyřma očima oběti s šikanujícím, dále rozhovor mezi obětí, šikanujícím a nestrannou osobou (např. vedoucí, který může spor urovnat) či podniknout proti šikanujícímu jisté právní kroky. Potlačit mobbing je i v zájmu organizace: vzhledem k tomu, že snižuje výkonnost zaměstnanců, produktivita práce klesá a prosperita organizace s ní (Kallwass, 2007, s. 19).

Rush (2003, s. 18) uvádí deset faktorů, které vyhoření působí: pocit nutkání místo povolání, neschopnost přibrzdit, snaha udělat všechno sám, přehnaná pozornost k cizím problémům, soustředěnost na detaily, nereálná očekávání, příliš velká rutina, nesprávný pohled na Boží priority v našem životě, špatný tělesný stav a neustálé odmítání ze strany druhých.

Je třeba zdůraznit, že ne všechny výše zmíněné projevy ale musí nutně vést k vyhoření – hranice, kdy jedinec podlehne syndromu vyhoření, je značně individuální a záleží na fyzických, duševních a také duchovních schopnostech jedince. Postižení bývají obecně lidé, od nichž se v práci vyžaduje vysoká míra pracovního a emočního nasazení a vcítění se bez ohledu na konkrétní činnost (Kallwass, 2007, s. 9).

Odborná literatura není jednotná ani ve výčtu nejdůležitějších vlivů způsobujících stres, v extrémních případech i syndrom vyhoření. Každý autor tak akcentuje rozdílné vlivy. Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 10-11) kladou důraz na frustraci, konflikt, trauma, psychickou krizi, deprivaci, nevyřešené vnější i vnitřní konflikty, ztrátu ideálů a teror příležitostí, Křivohlavý (1998, s. 28-29) vyzdvihuje především pocit nesmyslnosti vlastního života a práce, nedostatek společenského uznání a

respektu od druhých (u pomáhajících profesí především od klientů a pacientů), negativní vztahy mezi lidmi a přílišnou emocionální zátěž. Dále v tomto kontextu Stock (2010, s. 32-39) uvádí kromě jiného nejistotu pracovních poměrů, zvýšenou pracovní zátěž a nespravedlnost a Kallwass (2007, s. 9) zdůrazňuje konflikty rolí, přílišná očekávání, nedostatek autonomie, a nejasnosti v hierarchii.

### 3.3 Faktory syndromu vyhoření

Mezi faktory, které mají protektivní vliv na vznik a vývoj syndromu vyhoření, patří, jak již bylo mnohokrát uvedeno, jednoznačně sociální opora. Podle Kebzy (2005, s. 167), spočívá její přínos především v podpoření vlastního úsilí jedince k zvládnutí obtížné životní situace, podpoře hladkého fungování vztahů v sociálním okolí, v zachování naděje a ve vyvolání pocitu, že je jedinec sociální oporou milován a akceptován. Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) popisuje přínos rodinné sociální opory v podpoření jedince v hledání odborné pomoci. Ne zřídka se ve své praxi setkal dokonce s tím, že rodina vyhořelého jedince k terapii přinutila a doprovodila jej na konzultaci s odborníkem. V tomto případě je podle jeho názoru vhodná terapie párová či rodinná. Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) řadí mezi protektivní faktory především empatii projevenou kolegy a dále různé formy supervize, například Bálintovskou skupinu. Podle jejího názoru je i zájmu zaměstnavatele, aby dbal na prevenci syndromu vyhoření u zaměstnanců, a to například podporou týmových aktivit či formou benefitů v podobě relaxace.

Dále se mezi protektivní faktory řadí dostatečná asertivita, schopnost a dovednosti relaxovat, vhodný time-management, pracovní autonomie, pestrost a proměnlivost práce, odolnost vůči negativním jevům, nezlomnost (resilience), pocit dostatku vlastních schopností zvládat situace, osobní zdatnost (ego-kompetence), víra ve vlastní schopnosti, sebeuplatnění (self-efficacy), interní lokalizace kontroly (sebekontrola), optimismus, *flow* (příjemný tok či proud zážitků, dostavující se na základě přiměřených požadavků v poměru k možnostem jedince a silného, euforicky laděného zaujetí pro věc) a sociální opora, jejíž zdroje tkví v rodině, spolupracovnících, přátelích, dobrých známých, ale také v rámci trávení volného času, realizaci zájmů a koníčků apod. V případě syndromu vyhoření se jako nejefektivnější jeví opora ze strany spolupracovníků stejného postavení (tzv. *peer-support*), pocit adekvátního společenského a ekonomického uznání a hodnocení a pocit osobní pohody, tedy *well-being* (Kebza, Šolcová, 2003, s. 16-17). Mezi faktory,

kteře na vznik a vřvoj syndromu vyhořeni pravdřpodobnř vliv nemajř (neutrřlnř faktory), řadř Kebza a řolcovř (2003, s. 17) inteligenci, vřk, stav, vzdřlřnř a dřlku praxe v oboru.

Vzhledem ke složitosti problematiky přřčin vyhořeni se ani odbornřci nemohou v třto zřležitosti jednohlasnř shodnout. Kebza a řolcovř (2003, s. 17) uvřdřjř, že mezi spornř faktory patřř zejmřna dřlka přrce na řrovni jednř pozice a pohlavř postiženřho jedince. V publikacřch z prvni vlny vřzkumř v 80. letech je mořnř se setkat s nřzorem, že vřskyt syndromu vyhořeni je řastřjřjř u žen (nřkdy tēmřř dvojnřsobnř). V dalřch studiřch se ale vřsledky vyrovnřvajř. Tyto nesrovnalosti patrnř mohou břt ovlivnřny třm, že vřzkumy probřhaly v typicky feminizovanřch profesnřch skupinřch, např. uřitelky, zdravotnř sestry, lřkařky apod. Nicmřnř novřjřjř vřzkumy ukřzaly, že to, co spornř rozhodnř neni, je fakt, že syndrom vyhořeni je značně přřlnavř ke konkrřtnřm situačním podmřnkřm: pokud zmizř stresory zapřřiřnřujřjř jeho vznik, stav postiženřho jedince se zlepřjř. Po nřvratu do přvodnřch situačních podmřnek vřak nřsleduje i nřvrat k přvodnřmu stavu. Na zřkladě vřzkumř Westmana a Edena v roce 1997 bylo zřiřtřno, že po řtrnřctidennř dovoleně se ukazatele vyhořeni řřstečně obnovujř jřř po třech dnech v zamřstnřnř. Po třech třdnech v zamřstnřnř se ukazatele dokonce dostřvajř zpřt na řroveň před dovolenou.

## 4 SYMPTOMY SYNDROMU VYHOŘENÍ

Níže uvedené příznaky nemusí nutně značit, že se stoprocentně jedná o syndrom vyhoření. K přesnému diagnostikování syndromu vyhoření je třeba zvážit mnoho dalších okolností, např. povahové rysy, vlastnosti jedince a jeho frustrační toleranci: zatímco někdo se raději stáhne do vlastního světa a zpřetrhá kontakty s okolím, jiný se bude chovat agresivně a napadat svoji práci i ostatní. Ani tendence bagatelizovat situaci nemusí být výjimečná (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 21).

Symptomy syndromu vyhoření jsou psychosomatické. Jedná se o celostní problém, který velmi vážně postihuje psychiku jedince. Ač partneři, rodina a okolí projevují se stavem postiženého jedince účast, vydržet to musí každý vyhořelý sám (Kallwas, 2007, s. 94).

Symptomy syndromu vyhoření lze rozdělit do několika rovin, ve kterých se projevují. První oblastí jsou psychické příznaky v kognitivní rovině, mezi které spadá ztráta nadšení, schopnosti pracovního nasazení, zodpovědnosti, nechuť, lhostejnost k práci, negativní postoj k sobě, práci, k instituci, ke společnosti, k životu, únik do fantazie a potíže se soustředěním. Druhou oblast tvoří psychické příznaky v emocionální rovině, například sklíčenost, pocity bezmoci a beznaděje, popudlivost, agresivita, nespokojenost, pocit nedostatku uznání, podrážděnost a nervozita, negativní postoje k sobě samým, k vlastní práci a úspěchům. V extrémních případech může tento stav vést až k vypuknutí duševní nemoci nebo sebevražedným úmyslům. Třetí rovina projevů syndromu vyhoření je tělesná. Mezi symptomy se řadí poruchy spánku a chronická únava, nechuť k jídlu a změny ve stravování, náchylnost k nemocím, obtíže se srdcem, dýcháním a zažíváním, bolesti hlavy, pocity nevolnosti, bolesti zad, vyčerpání, častější úrazovost, svalové napětí a vysoký krevní tlak. Jedinec se také rychleji unaví, a mnohdy se snaží ze svého stavu uniknout pomocí alkoholu, cigaret, barbiturátů, apod., což situaci ale ještě více zhoršuje. Poslední oblast postižená syndromem vyhoření je oblast sociálních vztahů. Zde dochází zejména k úbytku angažovanosti a snahy pomáhat problémovým klientům, k nedostatečné přípravě k výkonu práce a k omezování kontaktů s klienty a kolegy. Objevují se konflikty v soukromém životě, kdy blízcí lidé začínají pro postiženého představovat pouze další povinnosti (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 22-23).

Podobným způsobem dělí příznaky Venglářová (2011, s. 24-25). Zde se jedná o tři typy vyčerpání: tělesné, psychické a emocionální. Tělesné vyčerpání se projevuje

tak, že jedinec pociťuje chronickou únavu, nedostatek energie, svalové bolesti, pocity tělesné slabosti, má častější nemocnost, změny tělesné hmotnosti a rychle se unaví. Dále se může dostavit zvýšená potřeba spánku, ale přitom je spánek nekvalitní, častá nevyspalost a neodpočinitost. Na rozdíl od fyzické únavy ze sportu nebo z práce, která po odpočinku sama vymizí, v případě vyhoření je únava spojená s pocity viny a selhávání. Dále se jedná o psychické vyčerpání, které se odráží v negativních postojích k sobě i k jiným a projevuje se změnou dosavadních životních postojů. Život začíná být vnímán jako „jedna velká katastrofa“. Psychicky vyčerpaný člověk je cynický, negativistický, pesimistický, odmítá veškeré změny a přestává si věřit. Objevují se poruchy soustředění a zapomnětlivost. Dochází k utlumení celkové aktivity a mizí kreativita. Život a práce přestávají mít smysl, mohou se objevit i sebevražedné myšlenky. Emocionální vyčerpání se projevuje tak, že jedinec se cítí citově vysátý a odmítá slyšet další trápení a starosti. Cítí prázdno, dostávají se pocity beznaděje, bezmoci. Jedinec odmítá být dále empatický, snaží se vyhýbat sociálnímu okolí a uzavírá se do sebe. Vytrácí se radost z kontaktu s lidmi, nejprve v práci, ale postupně se toto přenáší i do rodiny. Rodinu a přátele přestává vnímat jako zdroje radosti a uspokojení a reaguje na ně podrážděně – stávají se pro něj další přítěží. Venglářová ze své praxe uvádí, že typické vyjádření vyhořelých zdravotních sester zní *„sáhla jsem si na dno, jsem vyčerpaná, tělo mě zradilo, jsem slaboch, nezvládla jsem náročnou situaci.“*

Kebza a Šolcová (2003, s. 9-11) k této problematice dodávají, že na psychické úrovni se může objevovat pocit, že dlouhé a namáhavé úsilí něčeho dosáhnout trvá již příliš dlouho a efektivita tohoto snažení je v porovnání s vynaloženou námahou nepatrná. Excesivně popisovaná únava (*„mám toho po krk“*, *„jsem už úplně na dně“*, *„jsem k smrti unaven“*, *„cítím se jako vyždímaný/á“* apod.) je v rozporu s celkovým utlumením a oploštěním emocionality. Dostavuje se výrazný pocit celkového, především duševního vyčerpání, především v emocionální a kognitivní oblasti dochází k poklesu až ztrátě motivace. Může se objevit také přesvědčení o vlastní postradatelnosti a bezcennosti, někdy hraničící až s mikromanickými bludy. Klesá zájem o témata, která souvisí s profesí, a jedinec negativně hodnotí instituci, ve které pracoval/a. Na úrovni sociálních vztahů dochází k celkovému útlumu sociability a nezájmu o hodnocení ze strany druhých osob. Objevuje se výrazná tendence vyhýbat se kontaktu s klienty, kolegy a všemi, kteří mají nějaký vztah k profesi a nechuť vykonávat profesi i cokoliv, co s ní souvisí (např. plán či harmonogram práce,

zpracování výsledků, dohoda nových či náhradních termínů atd.). Osoby, které byly dříve obdařeny vysokou empatií, tato schopnost postupně zaniká. Myšlení se redukuje na konkrétně-operační styl. Postupně narůstají i konflikty, což je většinou důsledek lhostejnosti a nezájmu o práci – nejde však o jejich aktivní vyvolávání.

Příznaky vyhoření se nemusejí skládat pouze z výše zmíněných rovin, ale může se jednat o různé fenomény, které jsou vyhořením zasaženy. Jedná se zejména o odosobnění (depersonalizaci), kdy postižený jedinec zaujímá lhostejný postoj ke svému okolí, ztrácí idealismus, cílevědomost a zájem, jeho pracovní nadšení slábne a nastupuje cynismus. Dále se objevuje negativní postoj k sobě samému, negativní postoj k životu obecně, negativní vztah k práci a k ostatním, ztráta schopnosti navázat a udržet společenské vztahy, ztráta sebeúcty, pocit vlastní nedostatečnosti a pocit méněcennosti. Dříve se usuzovalo, že depersonalizací jsou postiženy pouze sociální profese, avšak nyní se ukazuje, že odcizení pociťují i lidé v jiných oblastech. V extrémních případech může odcizení přerůst v pohrdavé, sarkastické a agresivní chování. Kromě depersonalizace syndrom vyhoření také výrazně ovlivňuje výkonnost jedince. Člověk se z profesního hlediska se považuje za neschopného, což vede ke ztrátě důvěry v sebe samotného a tím pádem i k reálnému snížení produktivity. Jedinec krom toho potřebuje k běžným úkolům daleko více času a energie než dříve a také se prodlužuje doba nutná k regeneraci organismu. Dále se objevuje nespokojenost s vlastním výkonem, nižší produktivita, vyšší spotřeba času a energie, ztráta nadšení, nerozhodnost, ztráta motivace a pocity selhání (Stock, 2010, s. 19-22).

Kallwass (2007, s. 114) dodává, že se v této souvislosti mezi symptomy syndromu vyhoření může objevit také deprese. Tu dělí na dva typy: endogenní (geneticky předaná) a exogenní, která vzniká zpravidla ze závažné životní situace. U člověka, který k ní má vrozené dispozice vzniká snáze.

Odborná literatura se sjednocuje na faktu, že symptomy syndromu vyhoření se projevují především v tělesné a emocionální rovině. K této klasifikaci přiřazují Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 22-23) navíc příznaky kognitivní rovině a v oblasti sociálních vztahů a Venglářová (2011, s. 24-25) psychické příznaky. Jak dále uvádějí Jeklová a Reitmayerová (2003, s. 22-23) a Kallwas (2007, s. 58), syndrom vyhoření se velmi často neomezuje pouze na pracovní život, kde zpravidla rezultuje z chronického pracovního stresu, ale zasahuje také do soukromého života, kde má velmi podobné symptomy.

Na symptomy syndromu vyhoření lze nahlížet také z pohledu subjektivity. Mezi subjektivní příznaky, které vnímá jedinec sám na sobě, se řadí mimořádně velká únava a snížené sebecenění a sebehodnocení, které vyplývá z pocitů snížené profesionální kompetence. Dále dochází ke zhoršení soustředění a pozornosti, snadnému podráždění, negativismu apod. Mezi objektivní příznaky, kterých si často povšimne i okolí patří např. několik měsíců trvající snížená výkonnost, kterou registrují spolupracovníci i klienti. O syndrom vyhoření se nejedná, když výše uvedené příznaky jsou spojené s psychiatrickým onemocněním, nedostatečnou kvalifikací pro danou práci, nebo jestliže se rodinné problémy promítají se do zaměstnání. Nepatří sem ani únava z monotónní práce, protože ta není na rozdíl od syndromu vyhoření spojována s pocity neschopnosti (Křivohlavý, 1998, s. 51).

Jedinec blížící se vyhoření prožívá beznaděj, velkou fyzickou i psychickou únavu, pesimismus, rozčarování a zklamání, úzkost, obavy a strach a emoční vyčerpání. Cítí se prázdný, chladný a v koncích, není spokojený sám se sebou a nemá o sobě dobré mínění. Dělá mu velké problémy něco udělat sám o sobě, protože není motivovaný a navíc pocit, že ostatní jsou výkonnější, rychlejší a spokojenější. Celou psychiku naplňuje stres a neustálé napětí. Pociťuje nedostatek síly a energie, neví rady i se sebemenším problémem, má nedostatek tvořivosti, motivace a plánů. Ve vztahu k okolí prožívá jedinec pocit, že ho ostatní lidé obtěžují a chtějí po něm něco, co není schopen poskytnout, a proto s nimi jedná chladně a bez citové angažovanosti. Dostavuje se nezájem o druhé a jejich problémy, ztráta empatie a lhostejnost k tomu, co si o něm myslí ostatní. V tomto kontextu lze dále vymezit projevy syndromu vyhoření navenek. Jedná se zejména o snížení produktivity práce – současně se ale jedinec snaží stav vyrovnat, a tak si bere práci domů, má přesčasy, nicméně produktivita je buďto stále stejná, nebo se i nadále snižuje, což ještě zvyšuje frustraci. Příznaky se projevují postupně: počáteční nadšení pro práci se vytrácí, dochází ke střetu s realitou a ztrátě iluzí. Postoj ke světu je stále více negativní a jedinec vnímá špatně jakýkoliv neúspěch či odmítnutí ze strany druhých, není schopný snášet kritiku a brát ji konstruktivně. Je přecitlivělý a podrážděný, nespokojen s výsledky své práce a stále více frustrován, což se pak přenáší i do kontaktu s ostatními. Vnitřní energie se očividně ztrácí – jedinec působí jako bez života, vše jej unavuje a vyhýbá se dalším úkolům, které by ho ještě více zatěžovaly. Dále je nespolehlivý a neschopný na sebe brát úkoly a plnit je. Neumí reálně zhodnotit situaci a adekvátně se rozhodnout, jedná pouze podle svých pocitů, což

samo o sobě snižuje výkonnost a působí nestabilně. Dělá mu problémy řešit každodenní problémy – je natolik vyčerpan, že nenalézá energii na jejich řešení a místo toho je odkládá na později. Ztrácí energii a idealismus, což vede ke stagnaci, frustraci a apatii. Objevuje se plíživé psychické a tělesné vyčerpání, které je způsobeno dlouhodobým působením stresujících faktorů (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 20-21).

## 5 ROZVOJ SYNDROMU VYHOŘENÍ

Kallwass (2007, s. 9-10) popisuje rozvoj syndromu vyhoření ve dvou fázích. Během první fáze se objevují první varovné signály jako například přílišná angažovanost kombinovaná s delšími obdobími vyčerpanosti. Postižený jedinec má pocit, že toho zvládne méně než dříve, trpí výkyvy nálad a není schopen odpočívat. Vzhledem k celkovému slabení organismu také snáze podléhá infekcím. Jedinec se cítí chronicky unavený a může trpět pocitem, že ztrácí veškeré síly. V této fázi Kallwass doporučuje rozbor situace (tj. analyzovat si, kolik nám ještě zbývá sil, jaké máme na sebe nároky a jaké máme iluze o vztazích a svém zaměstnání). Následně by mělo dojít k terapii formou psychohygieny, např. obnovit společenské styk. Dále je vhodné dbát na dostatek spánku, tělesnou aktivitu, dodržovat správné stravovací návyky a pěstovat své zájmy a záliby. Druhá fáze se projevuje výrazným poklesem angažovanosti, ztrátou zájmu o okolí a depresivními či agresivními reakcemi. Dochází také k poklesu výkonnosti, motivace a zploštění na duchovní, emocionální a sociální úrovni. Neobvyklé nejsou ani psychosomatické obtíže, které postihují srdce, krevní oběh, trávicí soustavu a svalstvo. Jedinec pociťuje beznaděj, zoufalství a mohou se objevit i sebevražedné sklony. V této fázi Kallwass jednoznačně doporučuje vyhledat psychoterapeutickou pomoc psychologa nebo psychiatra. Od věci není ani podpůrná farmakoterapie. Zároveň uvádí, že tato fáze je extrémní a často stačí mít vůli ke změně a využít všech terapeutických možností ještě než syndrom propukne naplno.

Hartl a Hartlová (2000, s. 586) člení vývoj syndromu vyhoření následovně na čtyři stádia. První stádium, než burnout propukne, se vyznačuje touhou po úspěchu, který ale nepřichází, a zintenzivněním úsilí. Ve druhém stádiu jedinec podléhá časovému presu a pocitu, že jeho práce ztrácí systém. Ve třetí fázi se vykytují běžné symptomy neurózy provázené pocitem neklidu, jehož výsledkem je chaos. V posledním stádiu se pocit „musím vše“ obrací ve vzdor, tedy „nemusím nic“. Vytrácí se poslední zbytky zájmu a nadšení a zůstává zklamání a únava.

Podle Freudenbergera a Northa se jedinec postižený syndromem vyhoření pohybuje v *kruhu vyhoření*, který má níže uvedené etapy:

1. Musím obstát – velké ambice, touha jedince dokázat sám sobě, že to zvládne; postupem času se ale tato touha mění na nutkání předvést svým kolegům, že jedinec dělá svoji práci lépe než oni;

2. Zesílené úsilí – aby jedinec splnil svá vysoká očekávání, nakládá si na sebe více práce, než je schopen unést; veškerou práci chce zastat sám, prezentuje se jako mimořádně produktivní a odmítá pomoc kolegů;
3. Zanedbávání vlastních potřeb – vzhledem k tomu, že se jedinec věnuje pouze své práci, zanedbává rodinu, přátele, své koníčky i potřeby; tuto situaci vnímá jako oběť skutečnosti, že je nejlepší;
4. Potlačení konfliktů – jedinec si uvědomuje, že to, co dělá, zřejmě není správné, ale nechce nic měnit, protože by tak dal vzniknout krizi v sobě samém; objevují se první fyzické příznaky syndromu vyhoření;
5. Přehodnocení (například popření schopnosti říkat ne) – v této fázi se jedinec izoluje od ostatních, dochází k emočnímu oploštění a zjištění, že lidi okolo sebe nepotřebuje; práce se stává hlavní prioritou;
6. Popírání problémů – objevuje se asociální chování, inklinování k sarkasmu a cynismu; jedinec ujišťuje sám sebe, že je vše v pořádku, jen se v daném momentu vyskytuje v časové tísní;
7. V ústraní – první útěky do samoty a neustále se zvětšující se odstup od lidí;
8. Viditelné změny chování – blízké osoby si začínají všimnout proměn: psychosomatické potíže, depresivní rysy, ústup libida a vyčerpání;
9. Depersonalizace – život jedince se redukuje pouze na řadu mechanických funkcí; objevuje se neschopnost adekvátně vnímat sebe i druhé;
10. Vnitřní prázdnota – jedinec se cítí, jakoby ztratil veškeré emoce a city; dostávají se pocity prázdnoty a nesmyslnosti života; často se uchyluje k alkoholu nebo drogám;
11. Deprese – naprosté vyčerpání, beznadějnost a lhostejnost; jedinec působí dojmem živoucí mrtvoly;
12. Naprosté vyčerpání – v této fázi tělo vypovědělo svoji službu a jedinec není schopen provádět ani nejzákladnější úkony; mohou se objevit i myšlenky na sebevraždu; v tomto stádiu je odborná terapie a lékařská pomoc nutností (Freudenberger in Kallwass, 2007, s. 102-105; Freudenberger in Scientific American Mind, 2006, s. 28-33).

Vývoj syndromu vyhoření může trvat několik měsíců, ale často je jen vyvrcholením procesu, který trval řadu let. Edelwich a Brodsky (1980, s. 42) vymezili stádia vyhoření následovně:

- stádium nadšení – vyznačuje se idealismem, nereálným očekáváním, pocitem, že práce je nejdůležitější součástí života, neefektivním hospodařením s energií a dobrovolným přepracováváním se;
- stádium stagnace – lze vymezit jako slevování z vlastních očekávání, kdy jedinec začíná vnímat podmínky reálněji a zaměřuje se více na uspokojení vlastních potřeb (plat, volný čas apod.);
- stádium frustrace – objevují se první pochybnosti o smyslu práce, první výraznější fyzické a psychické potíže a problémy ve vztazích;
- stádium apatie – vyznačuje se trvalou frustrací a tím, že jedinec pracuje jen tak, jak je nezbytně nutné a vyhýbá se novým úkolům; není schopný změnit situaci podle svých očekávání;
- stádium intervence – vede k jakémukoliv přerušení tohoto procesu; může jím být přerušení práce, životní změna, více času pro svoje vlastní zájmy nebo přehodnocení situace a realistický náhled.

Podobným způsobem dělí ve svém třífázovém modelu vývoj syndromu vyhoření Längle, představitel rakouské školy logoterapie a existenciální psychoterapie:

- fáze nadšení – jedinec se pro něco cele nadchl, má konkrétní cíl a jeho konání mu připadá smysluplné, protože usnadňuje cestu k vytyčenému cíli;
- fáze vedlejšího zájmu – z prostředku se začíná stávat cíl: jedinec je motivován prostředky, které získá za splnění cíle, ne cílem samotným; nadšení začíná pomasínat, přesto jedinec ve své profesi dále funguje;
- fáze popela – jedinec ztrácí úctu ke klientům i sobě samotnému; nerespektuje své okolí, neváží si vlastního snažení a dominuje u něj přesvědčení, že život ztrácí smysl; tyto skutečnosti vedou k vnitřnímu rozkladu, který často končí tím, že jedinec zaměstnání opouští (in Jeklová, Reitmayerová, 2003, s. 18-19).

Na základě analýzy možných průběhu syndromu vyhoření je zjevné, že většina autorů tento proces řadí do několika na sebe navazujících úseků, který obvykle začíná určitou fází před propuknutím syndromu vyhoření, pokračuje jejím plným rozvojem s důrazem na symptomy a končí naprostým vyhořením a vyčerpáním veškerých zásob energie. Budeme-li srovnávat rozvoj syndromu vyhoření tak, jak jej klasifikují Edelwich s Brodskym (1980, s. 42) a Längle (in Jeklová, Reitmayerová, 2003, s. 18-19), je možné dojít k následujícím poznatkům. U všech těchto autorů je shodná první fáze syndromu vyhoření, tedy fáze nadšení z práce. Stádium stagnace

u Edelwiche a Brodskeho by bylo na základě analýzy symptomů možné přirovnat k Längleho fázi vedlejšího zájmu. Stádium apatie se podle mého názoru poté přibližuje rozhraní fázi vedlejšího zájmu a fázi popela a stádium intervence se symptomy velmi podobné fázi popela.

Mezi způsoby, kterými může sociální opora zmírnit rozvoj syndromu vyhoření, řadí Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) ze své praxe například empatickou podporu poskytnutou vyhořelému jedinci, dále možnost otevřené reflexe (pojmenování problému, doporučení vyhledat odborníka), nebo ventilaci emocí. Zároveň dodává, že tato pomoc je pouze dočasná a syndrom vyhoření jednorázově neřeší, pouze přispívá k útlumu symptomů.

## 6 OSOBNOSTNÍ DISPOZICE K SYNDROMU VYHOŘENÍ

Vyhoření může postihnout každého, ale nejvíce jsou jím ohroženi lidé, kteří subjektivně příliš dlouhou dobu vyčerpávají svůj duševní nebo tělesný potenciál a dlouho si to nechtějí, nebo nedokáží přiznat. A tak přečerpávají konto svých rezerv až do neúnosnosti, čímž přestávají být schopni dostát vlastním nárokům na sebe samé. Něčeho se vzdát je ale v jejich představách spojeno se slabostí a ústupkem. Vyhoření je mimo jiné následkem nesprávného sebehodnocení a především falešného odhadu vlastních sil. Další příčiny jsou v nedostatku pozitivní zpětné vazby a podpory ze strany okolí (Kallwas, 2007, s. 73).

Vzhledem k tomu, že stres je vysoce subjektivní prožitek, různí lidé na něj reagují různě. Jedinci, kteří mají sklony k vyhoření, se ale vyznačují typickými společnými vlastnostmi, které zvyšují pravděpodobnost vzniku a rozvoje syndromu vyhoření. Vyhoření postihuje zejména jedince s příliš vyvinutým nutkáním k dokonalosti a nezdravými nároky na sebe samotné, což jim zpravidla neumožňuje dokončit práci včas, protože jim připadá málo dokonalá. Dále se jedná o lidi s nadměrně vyvinutou potřebou harmonie, jejichž společným rysem je fakt, že nechtějí svými nároky a požadavky obtěžovat druhé, čímž zanedbávají své potřeby. Jedinci, kteří mají sklon k sebezpřetěžování a jsou na sebe příliš tvrdí, nebo se naopak vzdávají hned na samém začátku, také často vyhořívají. Přímo smrtelnou kombinaci vlastností mají ti, kteří ve stavu klidu nechtějí myslet na svoji těžkou životní situaci, a tak se raději dále štvou, jen aby nemuseli zastavit a pohlédnout problému tváří v tvář. Mnoho postižených o sobě neustále pochybuje a je ovládáno přesvědčením, že jsou jen nepatrným článkem v soustrojí podniku a státu, bezmocnou loutkou vydanou všanc řízení a svévoli druhých. V neposlední řadě jde o jedince trpící potřebou sobě i okolí dokazovat, že se v těžké životní situaci nic neděje, jen aby nepřišli o lásku a uznání ostatních. Přes výše uvedený výčet různých charakterových vlastností ale ve výsledku tyto lidi především spojuje nehospodárnost s vlastními zásobami energie. Energetický potenciál se vyčerpá a v daném okamžiku nezbývají žádné rezervy (Kallwass, 2007, s. 107).

Kebza a Šolcová (2003, s. 18) mezi vlastnosti osob náchylných k vyhoření uvádějí empatii, senzitivitu, obětavost, idealismus, zaměření na druhé, úzkost, pedantství, entuziasmus, tendence se přehnaně identifikovat s ostatními apod.

Někteří jedinci mají tendenci se tzv. vypálit sami. Odmalička jsou zvyklí plnit úkoly a být ve všem úspěšní, ale neumí nakládat s neúspěchy. Berou si na sebe co nejvíce práce, kterou ale nejsou schopni zvládnout. Tito lidé často inklinují také k závislostem: alkohol u nich funguje jako povzbuzení, léky na spaní potřebují naopak na uklidnění. I oni by si měli u psychoterapeuta odpovědět na základní otázku, kde jsou jejich limity a nakolik se jejich představy o vlastních schopnostech shodují s realitou (MF Dnes, 2011).

Kraska-Lüdecke (2007, s. 53) uvádí příklady jedinců, kterým hrozí riziko vysoké míry stresu a tím pádem i vyhoření. Jedná se zejména o ty, kteří na sebe kladou vysoké požadavky, kteří chtějí dělat všechno nejlépe a neodpustí si žádnou chybu, kteří jsou nároční a kritičtí i ve vztahu k druhým lidem, dále ti s tendencí pesimistického pohledu na svět a ti, kteří se nenaučili odmítat požadavky druhých. Tito lidé si na sebe nakládají stále více práce a cítí se být za všechno a za všechny zodpovědní. Zároveň chtějí, aby všichni lidé, s nimiž přicházejí do styku, je měli rádi nebo je uznávali. Vyhoření se týká také těch, kteří si nemyslí, že by se dokázali změnit a kteří nereagují na varovné tělesné příznaky, případně je nedokáží rozpoznat.

Venglářová (2011, s. 26) v tomto kontextu dodává, že syndromem vyhoření jsou nejvíce ohroženi pracovití, důslední lidé, kteří se obětují pro druhé a neumí říct „ne“. Současně se jedná o jedince, kteří se museli mnohého vzdát, aby mohli vykonávat svoji práci, mají minimum koníčků a neúspěch prožívají jako osobní porážku. Na závěr uvádí Venglářová s nemalou mírou ironie, že syndromu vyhoření nejčastěji podléhají ti, kteří ani netuší, že jsou jím ohroženi.

Křivohlavý (1998, s. 15-16) výčet osobnostních dispozic vedoucích k vyhoření doplňuje o následující: neschopnost nebrat neúspěch jako osobní porážku, neustálé pocity ohrožení kladného sebehodnocení (tzv. self-esteem), neochota relaxovat a regenerovat tak svoji energii, život v dlouhotrvajících mezilidských konfliktech, fobické charakteristiky osobností a obsesivní a kompulzivní osobnosti, které neustále něco žene dělat věci, které by dělat nemuseli. V neposlední řadě se jedná o jedince, kterým jde příliš o peníze a moc a o lidi s příznakem uspěchanosti (tzv. *rush out syndrom*, či *hurry-sickness*), kteří žijí v neustálém časovém stresu.

Podkladem pro vznik syndromu vyhoření jsou podle Venglářové (2011, s. 27) dvě okolnosti. Prvním předpokladem pro vznik syndromu vyhoření je osobnostní nastavení pomáhajícího. Podstatou je příliš silná motivace pomáhat a pečovat. Ta

vede k iluzorním očekáváním od sebe i od příjemců péče. Silná potřeba pomáhat ale nemusí mít jen altruistický základ. Může jít i o plnění egoistických potřeb a uspokojení touhy po moci. Druhou proměnnou je prostředí, ve kterém postižený jedinec pracuje. Do této oblasti patří charakter práce, nastavení systému a organizace práce.

Stock (2010, s. 44-45) uvádí typologii chování G, A, B a S, které může vést k syndromu vyhoření. Toto rozdělení se zaměřuje na oblast pracovní zátěže především u pedagogů a bylo poprvé použito ve vědeckém průzkumu, který na freiburských školách provedlo psychosomatické oddělení univerzitní kliniky ve Freiburgu v roce 2004. Typ chování G (*Gesundheit*, zdraví) představuje ideál chování – pracovní nasazení je sice vysoké, ale schopnost regenerace je zachována. Typ chování A (*Anstrengung*, námaha) je typický pro perfekcionisty – pracovní nasazení těchto lidí je nadprůměrné, ale hrozí jim opotřebením. Jedinci s typem chování B (*Burnout*, vyhoření) sice projevují značné pracovní nasazení, ale v důsledku fyzického i psychického vyčerpání přestávají být efektivní. Poslední typ chování S (*Schonung*, šetření se) se vyznačuje tím, že se jedinci děsí pracovního opotřebením, svoji práci vykonávají v zásadě dobře, ale žádnou výraznou iniciativu neprojevují. Z této studie také vyplynulo, že nadprůměrně angažované jsou dvě třetiny pedagogů (z čehož více než polovina se naházela ve stavu psychického a fyzického vyčerpání), zatímco jedna třetina z nich se spíše šetří. To potvrzuje skutečnost, že u pedagogů se syndrom vyhoření objevuje častěji než u zbytku populace.

Reakce každého na stresory je individuální a podle toho lze jedince rozdělit na osobnost typu A a B. Tuto typologii pracovního chování vytvořili američtí kardiologové Friedman a Rosenman. Osobnost typu A je ctižádostivá, netrpělivá, silně orientovaná na výkon a perfekcionistická. Ochotně přebírá odpovědnost za svůj díl práce, Zpravidla uvažuje v extrémech, touží po dokonalosti. Vnitřní neklid a napětí nebývají na první pohled patrné, naopak si druzí nezdědka myslí, že mají co do činění s naprosto klidným a sebevědomým člověkem. Osobnost typu B jedná ve stresových situacích pozvolněji. Dokáže získat nadhled, věci bere jen tak vážně, jak je zapotřebí, do ničeho se nevrhá po hlavě. Zachová si klidnou hlavu, stanoví si priority, to, co je nepodstatné, odsune na druhou kolej. Tato osobnost si dokáže vydatně odpočinout, nepotřebuje se ustavičně za něčím hnát. Z výzkumů Friedmana a Rosenmana vyplynulo, že osobnost typu A je náchylná k infarktu a mrtvici a riziko infarktu je dvounásobně vyšší než u typu B. Naprosto kritickou kombinaci představuje intenzivní

snaha o dosahování vysokého výkonu a stres, přičemž pravděpodobnost na úspěch je mizivá. Čím častěji na jedince působí stresory, čím jsou různorodější a dlouhodobější, tím intenzivněji vnímá stres (Kraska-Lüdecke, 2007, s. 31). Málokdo má ale vyhraněné všechny charakteristické rysy pouze jednoho z uvedených typů. Z tohoto důvodu bývá uváděn třetí typ – smíšený (také typ X), kde všeobecně převládá jeden nebo druhý z obou zmíněných typů (Šnýdrová, 2006, s. 124).

S odkazem na svoji praxi Stock (2010, s. 45-47) uvádí, že u lidí trpících syndromem vyhoření vede pět vnitřních motivátorů (viz níže) k přílišnému sebevědomí, perfekcionismu, upozadování vlastních zájmů, neschopnosti jednoznačně se vymezit, upřednostňování práce pod časovým tlakem a sklonům nabírat na sebe více povinností, než je dotyčný schopen zvládnout. Takoví lidé zanedbávají odpočinek, čímž u nich riziko syndromu vyhoření ještě vzrůstá. Jedná se zejména o následující motivátory:

- **Buď silný!** – Vyznačuje se zastáváním zodpovědných funkcí v zaměstnání, touhou po jistotě v oblasti sociálních vztahů, přeceňováním sebe sama a hrdinstvím za každou cenu.
- **Buď dokonalý!** – Tento motivátor lze charakterizovat precizností, kompetentností k plnění úkolů, které vyžadují značnou míru pečlivosti a důslednosti a neschopností delegovat úkoly na podřízené a spolupracovníky, což často vede k syndromu vyhoření.
- **Zaber!** – Vymezen potřebou něčeho v životě dosáhnout, přesvědčením, že se vše musí zvládnout, anebo se o to alespoň pokusit, ačkoliv je to beznadějně.
- **Buď rychlý!** – Pro tento motivátor je typické rychlé a snadné rozhodování, snaha vyzkoušet vše, co život nabízí, což má ale často za následek úspěchanost a stres.
- **Buď se všemi zadobře!** – Snaha o oblíbenost, s tou nevýhodou, že se tito lidé snadno nechávají využívat, neumí říct „ne“, vlastní touhy a potřeby potlačují a staví až na druhé místo.

Přes složitost problematiky osobnostních dispozic k vyhoření se odborníci v podstatě shodují na tom, že jedince, kteří trpí syndromem vyhoření, spojuje určitá neschopnost zacházet se zdroji energie ekonomicky a ty se posléze rychle vyčerpají. Kallwass (2007, s. 107), Venglářová (2011, s. 26) i Kraska-Lüdecke (2007, s. 53) akcentují fakt, že jedinci nejnáchylnější k vyhoření jsou ti, kteří se snaží syndrom

vyhoření ignorovat, na svůj tělesný i psychický stav neberou zřetel, či vůbec netuší, že by syndromem vyhoření mohli onemocnět. K této problematice Kraska-Lüdecke dodává, že se jedná především o pesimisticky laděné jedince, kteří mají na sebe příliš vysoké nároky.

V souvislosti s vlivem sociální opory na jedince jsem se zabývala otázkou, jestli je relevantní, aby sociální opora (např. rodina) v průběhu výchovy jedince ovlivnila jeho budoucí osobnosti dispozice k vzniku a rozvoji syndromu vyhoření. Podle Zvettlerové (osobní sdělení, 16. 4. 2012) má sociální opora (v raných fázích vývoje jedince se jedná především o rodinu) v této problematice zásadní vliv. Rodina může jedince vychovávat k předsvědčení, že výkonnost není hlavní cíl života, dále jedince může vést k schopnosti si odpočinout, k schopnosti rozpoznat symptomy stresu a vyčerpání a celkově k vnímání varovných signálů blížícího se syndromu vyhoření. Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) uvádí, že v rodině často sehrává roli identifikace dítěte s rodiči a napodobování odpozorovaného chování – jestliže vysoký výkon je hlavní rodinnou hodnotou, dítě se s ní identifikuje a považuje za samozřejmou, což v budoucnu může negativně ovlivnit jeho dispozice k syndromu vyhoření. V praxi se Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) často setkává se skutečností, že rodinná filozofie ovlivňuje během výchovy budoucí dispozice jedince – pokud rodina upřednostňuje výkonnost a perfekcionismus, náchylnost vychovávaného jedince k vyhoření je přirozeně vyšší. Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) se v této problematice shoduje s Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012) a Roubalem (osobní sdělení, 17. 4. 2012) a navíc zdůrazňuje vliv výchovy v otázce asertivity a umění říkat „ne“.

Je zřejmé, že jakožto nositel hodnot a norem je rodina schopna z velké části ovlivnit budoucí náchylnost dítěte k podlehnutí syndromu vyhoření, a to jak pozitivně tak negativně. Roli ve výchově hraje především přesvědčení rodiny o významu pracovní výkonnosti jako měřítka úspěšnosti života. Pokud je výkonnost vnímána jako hlavní cíl života, souvisí s tím tendence syndromu vyhoření snáze podléhat. Naopak upořádání pracovního výkonu na úkor jiných životních aspirací funguje jako svého druhu prevence proti vyhoření. Podle mého názoru je vliv rodiny v této problematice naprosto klíčový, neboť naučené mechanismy chování jedince v průběhu života jen velmi obtížně mění.

## 7 PROFESE S RIZIKEM VZNIKU A ROZVOJE SYNDROMU VYHOŘENÍ

Nejčastěji se syndrom vyhoření objevuje u tzv. pomáhajících profesí, které vyžadují častý kontakt s lidmi. Leckdy je proto možné se setkat s termínem *syndrom pomahače* či *syndrom pomocníka*. Mezi profese s rizikem vzniku a rozvoje syndromu vyhoření se proto řadí zejména sociální pracovníci, pracovníci neziskového sektoru, asistenti, dobrovolníci, zdravotníci, pedagogové apod. Všechny výše vyjmenované profese spojuje skutečnost, že se zde jedinci setkávají s problémy druhých a snaží se je emočně podpořit (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 6).

*Syndrom pomocníka* spočívá v neschopnosti opravdově cítit a projevit vlastní potřeby a city. Je obtížné oddělit altruistické chování od egoistického. Pomáhání sytí potřeby, které nejsou uspokojovány v civilním životě, tedy na svém pravém místě a vzniká tak bezmocný pomáhající. Existují tři možnosti, jak uchopit pomáhání: jako pomoc bez nároků blízkému člověku, pomoc jako povolání či zájem o profesi a pomáhání za účelem uspokojení vlastních potřeb (např. uznáním moci nad jinými). Pokud se ale profese pomáhajícího stane nástrojem pro péči o sebe, může se rozvinout syndrom vyhoření. Pokud práce pomáhá člověku najít sebe sama a jeho hodnota je spojena výhradně s tím, co dokáže udělat pro druhé, vzniká riziko. Postupně jedinec může docházet k pocitům, že klienti stejně neocení, co všechno pro ně dělá a že si jeho péče neváží (Venglářová, 2011, s. 75-77).

Jak již bylo řečeno, jednou z nejčastějších oblastí výskytu syndromu vyhoření je zdravotnictví. Vyhoření se zde objevuje zejména u lékařů (zvláště kliniků, z nichž pak nejvíce lékařů v oborech onkologie, chirurgie, psychiatrie, gynekologie, v rizikových oborech pediatrie atd., dále na JIP a v LDN), dále u zdravotních sester a dalších zdravotnických pracovníků a pracovníc (ošetřovatelé, laboranti, technici atd.) a v neposlední řadě u psychologů a psychoterapeutů (Kebza, Šolcová, 2003, s. 8).

Venglářová (2011, s. 27) řadí k tomuto výčtu navíc péči o pacienty s infaustní prognózou, péči o chronicky nemocné, léčbu závislostí, gerontopsychiatrickou péči, práci na krizových centrech a práci na psychoterapeutických odděleních.

Poprvé byl syndrom vyhoření zaznamenán u zdravotních sester v hospicích poskytujících umírajícím paliativní péči, na onkologických odděleních a na JIP. Později se ale ukázalo, že se syndrom vyhoření netýká pouze jich, ale i sester na jiných odděleních a lékařů. Zdravotní sestry se údajně cítily frustrovány a bez elánu, protože je vyčerpávalo zjištění, že jsou tváří v tvář smrti bezmocné a nedokážou

pomoci nebo utišit bolest. Krom toho bylo emocionálně často vyčerpávající přicházet do styku s lidskými exkremty (zvratky, hnís, moč a výkaly) a také projevovat neustálou empatii pacientům. Zajímavé bylo zjištění, že se syndrom vyhoření nemusí vyskytovat pouze u lékařů a sester, ale i u těžce nemocných pacientů. Těchto lidí se zmocňovala jakási únava z léčení, protože nebyl pozorovatelný znatelný pokrok a bylo tak velmi obtížné udržet si motivaci k dalšímu léčení či rehabilitaci. Výzkumy mezi zdravotním personálem odhalily, že syndrom vyhoření je jedním z hlavních důvodů odchodu ze zaměstnání a změny pracovního místa – v USA se ukázalo, že v některých zdravotnických oborech mění své místo až 70 % zdravotních sester ročně. Během studie zaměřené na fluktuaci lékařů, se ukázalo, že 58 % lékařů na onkologických odděleních (ze sledovaného souboru 248 lékařů) změnilo během roku své pracoviště. Jiná studie zaměřená na sebevražednost pracovníků ve zdravotnictví odhalila, že u německých lékařů je sebevražednost o 50 % vyšší, než je celostátní průměr a u rakouských dokonce o 250 % vyšší (Křivohlavý, 1998, s. 20-21).

Syndrom vyhoření bývá často označován také jako *fenomén prvních let v zaměstnání*. Po vysokých očekáváních a nadšení se dostavuje zklamání, frustrace, bezmoc a rezignace (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 14). Tato skutečnost patrná zejména u začínajících zdravotních sester a lékařů je předmětem mnoha diskusí týkající se vhodného věku pro zahájení studia a především odborné praxe v nemocnici. Mladé studentky a studenti se musí vyrovnat s konfrontací s nemocemi, kontrastem s utrpením, psychickou i fyzickou zátěží. Mezi rizikové faktory, které se mohou stát podhoubím pro rozvoj syndromu vyhoření, totiž patří skutečnost, že mladá zdravotní sestra není pro svoji práci dostatečně vyžralá a ne vždy je schopna se orientovat na potřeby nemocných. Také u ní může vznikat konflikt rolí mezi pečováním o „vlastní a cizí“. Časté jsou také pocity bezmocnosti, například u umírajících a nevyléčitelně nemocných. Mezi další rizikové faktory se dále řadí vysoká zodpovědnost, časový stres, nepřetržitý kontakt s nemocnými, pocit roztržitého volného času a nezvyk na směnný provoz, s nímž se pojí nepravidelný noční spánek (Venglářová, 2011, s. 28-29).

Další oblastí, ve které se syndrom vyhoření vyskytuje v mimořádně vysoké míře, je školství. Křivohlavý (1998, s. 20-21) uvádí, že vyhoření podléhají zejména učitelé základních a středních škol, učňovských oborů, učitelky zaměřené na speciální pedagogiku (zvláště pak ty, které pracují s dementními nebo psychicky postiženými dětmi) a učitelé odborných oborů. Učitele a učitelky postižené syndromem vyhoření

spojuje to, že do zaměstnání vstupovaly s představou, že budou pomáhat žákům na jejich cestě za poznáním, ale realita byla jiná (nezájem žáků, nízká kázeň, špatné mezilidské vztahy atd.).

Se syndromem vyhoření je dále možné se setkat u vedoucích pracovníků a v administrativě. Jedná se zejména o manažery všech stupňů, jejichž náplň práce tvoří kromě jiného i mimořádně vysoká míra stresu. Tito lidé jsou často pod tlakem ze dvou stran, tedy od nadřízených a podřízených, a vzniká tak tzv. dvojí vazba (double bind). Nezanedbatelnými stresory jsou také negativní vlivy nátlakových skupin (tzv. lobbies), vnitroskupinové i externí konflikty, vytváření koalic a kontrakoalic, nesnadná jednání s klienty apod. V neposlední řadě se se syndromem vyhoření můžeme setkat u sociálních pracovníků, poradců sociální služby, sociálních prokurátorů a pracovníků vězeňské služby (Křivohlavý, 1998, s. 20-21).

Kromě výše zmíněných profesí se vyhoření objevuje u dalších zaměstnání, jako jsou například pracovníci pošt všeho druhu (zvláště pracovníci u přepážek a poštovní doručovatelé), dispečeři a dispečerky (záchranné služby, dopravy apod.), policisté, především v přímém výkonu služby, kriminalisté a členové posádek motorizovaných hlídek, právníci (zvláště pak advokáti), profesionální funkcionáři (v oblasti státní správy, ale i v oblasti sportu či umění), politici, poradci a informátoři, úředníci v bankách, úřadech a orgánech státní správy, příslušníci ozbrojených sil, tj. armáda, letectvo (za určitých okolností, především podle prestiže státu a jeho postavení z hlediska mezinárodního srovnání, prosperity, stavu ekonomiky) a duchovní a řádové sestry. Někdy se vyhoření projevuje i u pracujících na volné noze, vždy však u osob, které jsou v jakémkoli kontaktu s druhými, jsou závislé na jejich hodnocení a mohou být vystaveny chronickému stresu (např. u výkonných špičkových umělců, sportovců, ale také u osob samostatně výdělečně činných (dealeři, prodejci, pojišťovací a reklamní agenti atd.). Výskyt syndromu vyhoření ve společnosti ale i nadále roste, mj. také kvůli zvýšenému životnímu tempu a rostoucím nárokům na ekonomické, sociální a emoční zdroje, a tak je možné, že v budoucnosti budou na tomto seznamu i jiné, nyní „bezpečné“, profese (Kebza, Šolcová, 2003, s. 8).

Jak již bylo řečeno, syndrom vyhoření nepostihuje pouze jedince pracující v pomáhajících profesích, ačkoliv právě u nich se projevuje nejčastěji a nejnápadněji (Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 6). Další z možných oblastí postižená vyhořením může být například soukromý život. Vyhoření v soukromém životě podle Kallwass (2007, s. 57) postihuje ve větší míře ženy než muže, protože kromě starostí

v zaměstnání často pečují ještě o děti, domácnost a mnohdy i o staré rodiče. Jakmile spotřebují veškeré zásoby energie, začnou se cítit vyhořelé po všech stránkách: jako matka, manželka i hospodyně. Vysvětlení bývá snadné – snažily se dělat příliš mnoho věcí s příliš velkým nasazením. Zdrojem stresu v tomto případě může být také péče o nemocné dítě, stavba domu apod.

Kallwass (2007, s. 60) rozděluje počátek vyhoření v soukromé oblasti na tři fáze:

1. vyčerpanost se stále více prohlubuje a jedinec ztrácí zájem o své koníčky;
2. jedinec se cítí po emocionální stránce prázdňový a stává se lhostejný ke svému okolí; také sexuální život partnerů se ocitá na bodu mrazu;
3. jedinec se stahuje do ústraní a přerušuje sociální kontakty s okolím; objevují se první poklesy výkonnosti v zaměstnání a nesoustředěnost.

Obětí vyhoření se často stávají také vysokoškoláci nastupující do zaměstnání. Cherniss zjistil, že mladí lidé ztrácejí zhruba po 6 měsících praxe nadšení, iluze, nápady a kuráž, což souhrnně Cherniss nazval *profesionální mystika* (Cherniss in Křivohlavý, 1998, s. 25-26).

Během výzkumu sociálně-psychologických souvislostí syndromu vyhoření došli Schaufeli a Maslachová k zajímavým zjištěním. Schaufeli vyvinul hypotézu o infekčnosti syndromu vyhoření – podle tohoto předpokladu by vznik a rozvoj vyhoření v určitém sociálním prostředí usnadňoval a podporoval jeho šíření ve stejném, nebo blízkém sociálním prostředí jedné formy, instituce nebo komunity. Maslachová mluví o tom, že vyhoření je spíše systémovou, než osobní záležitostí – vyhoření jednoho pracovníka je signálem, že něco v organizaci nefunguje dobře. Maslachovou k tomuto zjištění vedla opakovaná zkušenost, že v určitém podniku se setkáváme s několika postiženými v jednom oddělení, zatímco v ostatních odděleních jsou lidé bez obtíží apod. (Schaufeli, Maslachová in Kebza, Šolcová, 2003, s. 11).

Profese klinického psychologa či psychiatra je jednou z mnoha profesí ohrožených syndromem vyhoření. Podle Kebzy (2005, s. 148) je u tohoto typu profese klíčové si vytvořit jistý odstup od klientů. K tomu si profesionálové pomáhají různými technikami, jako je například sémantické odosobnění (klient se stává kauzou, případem apod.), dále intelektualismus (profesionál hovoří o klientovi vysoce racionálně bez emocí a osobního přístupu) a izolace (rozlišení přístupu ke klientům od přístupu k ostatním lidem). S Kebzou se ze své praxe ztotožňuje i Zvettlerová (osobní sdělení, 16. 4. 2012). V této problematice je podle ní rozhodující syndromu vyhoření předcházet následujícími způsoby prevence: nebýt ve vztahu s vyhořelým

klientem přespříliš emočně či jinak angažován, přesně dodržovat čas vymezený na konzultace s klientem, pravidelně provádět supervizi a vymežit si čas na práci a na odpočinek, přičemž tyto dvě oblasti se nesmějí vzájemně prolínat. Roubal (osobní sdělení, 17. 4. 2012) z praxe klinického psychologa a psychoterapeuta uvádí, že klíčové je dodržování psychohygienických zásad, jako například pravidelný režim dne, vymezení času na relaxaci a na práci a stanovení si hranic empatie ke klientům. Krom toho klade důraz na provádění pravidelné supervize a intervize. Vzhledem k tomu, že profese klinického psychiatra patří mezi ohrožená povolání, sám Roubal se preventivně věnuje tělesné aktivitě a sportu, o své práci komunikuje s kolegy, rozšiřuje svoji sociální oporu a dodržuje mentální hygienu. Krausová (osobní sdělení, 18. 4. 2012) se v této problematice ztotožňuje s Zvettlerovou (osobní sdělení, 16. 4. 2012), zdůrazňuje nutnost mentální hygieny a dokládá význam asertivity a umění říkat „ne“ na preventivním vlivu vůči syndromu vyhoření. Vlastní mentální hygienu dodržuje formou koníčků, sportovní aktivitou a věnováním se rodině jako protipólu k zaměstnání.

V problematice profesí spojených se syndromem vyhoření se odborná literatura shoduje velmi dobře. Většina pramenů uvádí, že syndromu vyhoření nejčastěji podléhají pomahačské profese, které přicházejí do intenzivního kontaktu s problémy ostatních jedinců a snaží se jim pomoci. Kebza a Šolcová (2003, s. 8) popisují kromě jiného častou diagnostiku vyhoření v oblasti zdravotnictví, Křivohlavý (1998, s. 20-21) naopak v oblasti školství a administrativy. Vzhledem k tomu, že syndrom vyhoření nemusí být pouze syndromem prvních let v zaměstnání, Kallwass (2007, s. 57) akcentuje vyhoření v soukromém životě. Ačkoliv různí autoři uvádějí různé pomáhající profese, všechny spojují shodné symptomy a průběh syndromu vyhoření. Dotázaní kliničtí psychologové a psychiatři se shodují na zásadním významu mentální hygieny, pěstování zálib a sportovní aktivity jako složek prevence syndromu vyhoření.

## 8 KAZUISTIKA

*„Paní Jana B., 53 let, vdaná, profesí pečovatelka v domově důchodců, v uplynulém roce podlehla syndromu vyhoření. Rodinu tvoří dvě dospělé děti, z čehož dcera žije trvale v Austrálii, a manžel, podnikatel, který je pracovním velmi vytížený a s rodinou tráví málo času. Vztah s ním pacientka popsala jako lhostejný a nekonfliktní. Intimně spolu dva roky nežijí. Péče o děti, která dříve tvořila zásadní součást života klientky, je nepotřebná, neboť děti jsou již samostatné. Širší rodinu ani přátele pacientka nemá, zájmům se nevěnuje, a tak nemá čím vyplnit volný čas. Během několika posledních let přibrala na váze a „nemůže se na sebe ani podívat“, dále se objevila hypertenze a poruchy lipidového metabolismu. Důsledkem tohoto stavu je frustrace, rezignace, nervozita, depresivní ladění, poruchy spánku, celkové vyčerpání a neurčité pocity hostility vůči sobě i okolí.*

*Na psychiatrickou konzultaci s MUDr. Krausovou se nedobrovolně objednala na doporučení svého praktického lékaře, protože „není přece blázen“, „jen je unavená a má tělesné potíže“. Na první konzultaci působila pacientka vyčerpaně, podrážděně a nespokojeně. Zdůrazňovala, že také pracuje ve zdravotnictví a že „známe, jak to ve zdravotnictví chodí“ a „za práci nedostanete ocenění“. O svých klientech mluvila jako o „babách“, a vyslovila myšlenku, že „takový život pro ně snad ani nemá smysl“. Uvedla, že instituce, která ji zaměstnává, je „jeden velký bordel“, kolegyně jsou „vypočítavé a líné“, a proto s nimi neudrzuje kontakty. V zaměstnání převažuje atmosféra nezájmu o seniory i o kolegy mezi sebou. Příčinu svých problémů pacientka spatřovala v nespavosti a únavě, a proto trvala na léčbě poruch spánku. Terapii odmítala. Objektivně však byly patrné symptomy syndromu vyhoření, například negativní postoj k práci a ke klientům, cynismus, nespokojenost, podrážděnost, pocity vzteku, konflikty v soukromém životě a dále příznaky deprese a vyčerpání. V orientačním použití dotazníku MBI dosáhla skóre odpovídajících vyhoření: EE (emocionální vyčerpání) 27, DP (depersonalizace) 12, PA (osobní uspokojení) 28. Použití dotazníku a další cílené otázky zaměřené na problematiku syndromu vyhoření pomohly pacientce pochopit její problém a akceptovat jej. Klientka se také uvědomila, že kromě práce nemá v životě téměř žádné radostné a podpůrné faktory. MUDr. Krausová u pacientky diagnostikovala profesionální vyhoření, nedostatek uspokojení ve všech sférách života a minimální sociální oporu.*

*Po dohodě s praktickým lékařem byla ponechána tři měsíce v pracovní neschopnosti a byla u ní nasazena lehká psychotropní medikace (Trittico).*

*Psychoterapie byla zaměřena na změnu postojů a očekávání v zaměstnání, na techniky působící jako prevence syndromu vyhoření a dále na otázku změny zaměstnání a péči o rodinné vztahy. V oblasti změny zaměstnání MUDr. Krausová společně s pacientkou došla k názoru, že výpověď není nutná ani vzhledem k věku a nedostatku pracovních příležitostí v bydlišti pacientky reálně možná. V případě lepší pracovní nabídky by klientka však měla zaměstnání změnit. V oblasti sociální opory ze strany rodiny je nutné zmírnit vzájemnou lhostejnost a více se navzájem věnovat (rodinné oslavy a rituály, společná dovolená apod.). Manžel klientky absolvoval dvě sezení párové terapie, problematiku akceptoval a zintenzivnil sociální oporu. Pacientce byla dále doporučena obnova přátelských kontaktů, pěstování zájmů a pravidelná fyzická aktivita. Klientka si pořídila psa, který je pro ni zdrojem pozitivních emocí.*

*V současné době je možné konstatovat, že syndrom vyhoření je zčásti (ne však zcela) překonán. Po třech měsících pracovní neschopnosti se pacientka vrátila zpět do zaměstnání, kde se cítí lépe. Rovnováha mezi pracovním a soukromým životem byla obnovena, klientka se více věnuje vztahům s rodinou a přáteli a novým zájmům. Je zjevné, že absence sociální opory byla v součinnosti s dalšími činiteli v případě Jany B. důležitým faktorem, který se podílel na vzniku a rozvoji syndromu vyhoření“ (Krausová, osobní sdělení, 18. 4. 2012).*

Zaměstnání diagnostikované Jany B. je podle odborných pramenů (např. Kebza, Šolcová, 2003, s. 8) klasickým příkladem jedné z profesí, které jsou nejvíce ohrožené syndromem vyhoření. Poznatky reprezentované odbornou literaturou (např. Venglářová, 2011, s. 24; Stock, 2010, s. 19-20; Křivohlavý, 1998, s. 16-17; Jeklová, Reitmayerová, 2006, s. 13 apod.) se s reálným průběhem a symptomy syndromu vyhoření v případě Jany B. velmi dobře shodují. Křivohlavý (1998, s. 108) dále v této souvislosti uvádí, že aby zaměstnavatel předešel u zaměstnanců psychickému vyčerpání, je třeba stanovit pracovní úkoly s ohledem na možnosti realizace, k čemuž v případě Jany B. nedošlo. Jak dále uvádí Jeklová a Reitmayerová (2006, s. 28), zaměstnavateli je podle Zákoníku práce § 35, odst. 1 písm. a) uloženo, kromě jiného, vytvářet podmínky pro úspěšné plnění pracovních úkolů a dodržovat ostatní pracovní podmínky stanovené právními předpisy nebo kolektivní nebo pracovní smlouvou. Dále má podle Listiny základních práv a svobod, Hlava IV., čl. 28 zaměstnanec,

kromě jiného, právo na uspokojivé pracovní podmínky. Zda tyto podmínky zahrnují také určitou povinnost zaměstnavatele zabránit v rámci možností syndromu vyhoření, je otázkou zamyšlení, avšak faktem zůstává, že vedení domova důchodců by v rámci zachování efektivity společnosti mělo na hrozící rozvoj syndromu vyhoření u svých zaměstnanců v ideálním případě adekvátně reagovat a poskytnout jim tak příslušné poradenství a péči. Jak uvádějí Kebza a Šolcová (2003, s. 19), je nakonec i v zájmu zaměstnavatele, aby se prevencí zabýval, neboť syndrom vyhoření u zaměstnanců má pro organizaci především ekonomické následky. Podle odborné literatury (například Jeklová a Reitmayerová, 2006, s. 28) je doporučovaným řešením situace při diagnostikování syndromu vyhoření opustit stávající pracovní pozici, k čemuž v případě Jany B. zatím nedošlo. Jak uvádí Křivohlavý (1998, s. 109), dále je vhodné pracovníka alespoň dočasně uvolnit z centra napětí, například na dovolenou, či dočasně přesunout na jiné pracovní místo (Venglářová, 201, s. 39), což bylo v tomto případě zajištěno tříměsíční pracovní neschopností.

Případ Jany B. je příkladem vyhoření také v soukromém životě. Skutečnost, že sociální opora nebyla poskytnuta od kolegyň v zaměstnání, může být překvapivá, avšak s přihlédnutím k nepříjemné situaci v domově důchodců pochopitelná; skutečnost, že tato podpora nefungovala ani v soukromém životě, je však skličující. Odborná literatura a dotázaní kliničtí psychiatři (Kebza, 2005, s. 153; Hartl, Hartlová, 2000, s. 374; Baštecká, 2005, s. 91; Zvettlerové, osobní sdělení, 16. 4. 2012; Roubal, osobní sdělení, 17. 4. 2012 apod.) se jednomyslně shodují na skutečnosti, že nedostatek či absence sociální opory může v součinnosti s dalšími faktory způsobit vznik a rozvoj syndromu vyhoření, k čemuž v případě Jany B. skutečně došlo. Pinesová a Aronson, jak uvádí Křivohlavý (1998, s. 92-93), provedli v minulosti výzkum na 80 jedincích (35 mužů a 45 žen) s cílem zjistit stupeň rozvinutí psychického vyhoření pomocí metodiky MB a porovnat jej s přítomností sociální opory v životech zkoumaných jedinců pomocí dotazníku SSQ – Dotazník sociální opory. Výsledky této studie ukázaly, že jedinci si sociální opory váží tím více, čím více jsou ohroženi vyhořením a že jedinci, kteří nemají ve svém životě přítomnou sociální síť, vykazují relativně nejvíce symptomů syndromu vyhoření. Vzhledem ke skutečnosti, že v případě Jany B. byl protektivní vliv syndromu vyhoření zanedbatelný, je pochopitelné, u ní došlo k rozvoji syndromu vyhoření.

V průběhu analýzy problematiky příčin syndromu vyhoření jsem došla k názoru, že průběh a okolnosti vyhoření v praxi se ve velké míře shoduje s fakty, které uvádí

odborníci ve svých teoretických pracích. V tomto kontextu je třeba zdůraznit, že sociální síť okolo jedince je naprosto nezbytnou součástí prevence syndromu vyhoření. Jak vyplývá z výše uvedené kazuistiky, nedostatečná sociální opora v pracovním i rodinném životě v kombinaci s dalšími vlivy z části může zapříčinit vznik a rozvoj syndromu vyhoření u zkoumaného jedince.

## 9 ZÁVĚR

Syndrom vyhoření je bezesporu vnímán jako jev, který negativně ovlivňuje psychický i fyzický stav jedince. Důvodů vedoucích k vyhoření je možné dohledat celou řadu, avšak odborná literatura shodně považuje za hlavní příčinu chronický stres. Smutným faktem zůstává, že v 21. století je pro občany vyspělých společností stres natolik běžnou až každodenní záležitostí, že svým způsobem zevšedněl a jeho prevence je tak opomíjena. Společnost si zjevně neuvědomuje, že stres se všemi svými důsledky včetně syndromu vyhoření se může během krátké doby stát novou civilizační chorobou. Z tohoto důvodu je podle mého názoru nezbytné, aby se společnost více zajímala o prevenci stresu a chránila tak jedince před syndromem vyhoření.

Jak již bylo mnohokrát uvedeno, syndrom vyhoření je v prvních fázích svého rozvoje psychickým onemocněním, v dalších fázích se pak stává problémem psychosomatickým. Zatímco u zranění nebo jiných tělesných obtíží je choroba vidět na první pohled, psychicky nemocný člověk se tak rychle navenek nepozná (pokud ovšem již není v posledním stádiu choroby). Využívat služeb psychologa nebo psychiatra může mnoho lidí vnímat jako osobní selhání a o návštěvě profesionála tak bohužel ani neuvažuje. V současnosti potkáváme stále více lidí postižených syndromem vyhoření, ale jejich potíže se málokdy řeší v poradnách, na klinikách nebo v ambulancích. Tito lidé si neuvědomují, nebo si pravděpodobněji spíš nechtějí přiznat, že čím později začnou jednat, tím složitější bude jejich léčba. Zatímco v raných fázích rozvoje choroby postačí psychoterapie rozhovorem, v akutních fázích je třeba počítat s dlouhodobou a obtížnou terapií či užíváním psychofarmak.

Bakalářská práce se zabývá problematikou syndromu vyhoření a významu sociální opory v tomto kontextu. V oblasti vymezení syndromu vyhoření se odborná literatura shoduje na skutečnosti, že se jedná o stav únavy, frustrace, depersonalizace a emočního vyčerpání, který je výsledkem procesu ztráty iluzí a profesního zájmu. Ve vymezení sociální opory spolu odborné prameny i dotázaní kliničtí psychiatři a psychoterapeuti souhlasí ve faktu, že se jedná o hypotetický konstrukt v čase proměnlivý, skládající se z rodiny, blízkých přátel, sousedů, spolupracovníků, jedinců sdružujících se kolem zájmových klubů, spolků a náboženských sdružení.

V otázce vlivu sociální opory na jedince postiženého syndromem vyhoření jsem došla k následujícím poznatkům. Na základě informací poskytnutých odbornou

literaturou a podle názorů čtyř dotázaných klinických psychiatrů je možné se domnívat, že přítomnost sociální opory má naprosto zásadní přínos pro jedince, u kterého dochází ke vzniku či rozvoji syndromu vyhoření. Mezi konkrétní způsoby prevence a pomoci vyhořelému ze strany sociální opory je možné zařadit například coping, supervizi, koučování, intervizi, reflexi práce, pochopení a ocenění práce. Ve vztahu k prevenci syndromu vyhoření je možné určit také protektivní faktory typu bezproblémového fungování sociální opory a empatie, kterou jedinci projevuje. Jako ještě účinnější prostředky prevence syndromu vyhoření se jeví především vliv vnitřních zdrojů jedince, nezdolnost a aktivní přístup k životu. Ve všech těchto otázkách panuje mezi odbornou literaturou a praxí klinických psychiatrů shoda. Pouze v problematice vlivu negativní sociální opory na syndrom vyhoření se dotázaní kliničtí psychiatři s odbornou literaturou mírně rozcházejí – zatímco ze své praxe spatřují negativní vliv sociální opory zejména v její náchylnosti k utvrzování jedince v nutnosti podávat neustále nadprůměrné výkony, literatura akcentuje především vliv podceňování jedince, nedostatku zájmu o něj, přetvářku a lhaní, nevhodné načasování a nepřiměřenost sociální opory. V otázce důsledků absence sociální opory se však odborná veřejnost opět shoduje a řadí mezi ně například rostoucí vulnerabilitu.

V kontextu otázek odbornou literaturou nepřiliš akcentovaných jsem se kromě jiného soustředila na hypotézu o vzrůstající pravděpodobnosti výskytu jedinců postižených syndromem vyhoření v budoucnosti. Odborníci se jednoznačně shodují na názoru, že počet vyhořelých jedinců se bude v čase neustále zvyšovat a to především v důsledku materialistického zaměření moderní společnosti produkujícího stres a vlivem nárůstu množství jedinců působících v pomáhajících profesích, kteří sami o sobě tvoří rizikovou skupinu. Rizikovou skupinu bude v budoucnu pravděpodobně tvořit také generace mladých ambiciózních jedinců.

Dále jsem se zaměřila na problematiku k vlivu sociální opory na jedince kontrastní, totiž na vliv dopadu syndromu vyhoření na stav sociální opory jedince. Dotázaní odborníci se shodli na tom, že se jedná o vysoce negativní vliv, který způsobuje úbytek sociální opory jedince a jeho izolaci od ní. V extrémních případech dokonce dochází k rozpadu rodiny nebo rozvinutí alkoholových či drogových závislostí u dětí, a to v důsledku vyhoření jednoho z rodičů. V otázce relevance vlivu rodiny v průběhu výchovy jedince na budoucí dispozice k syndromu vyhoření se odborníci shodují na skutečnosti, že rodina je nositelem hodnot a norem a z tohoto důvodu je její vliv na

dispozice k vyhoření velmi důležitý, neboť naučené mechanismy chování jedinec v budoucnu jen velmi obtížně mění. Vzhledem ke skutečnosti, že počet odborných respondentů byl nízký (dva kliničtí psychiatři a dva psychologové s klinickou praxí), však z výsledků práce nelze vyvozovat obecně platné závěry.

Bakalářská práce jako celek analyzovala dostupné informace z odborné literatury v problematice vlivu sociální opory na syndrom vyhoření, srovnala s názory čtyř klinických psychiatrů a psychoterapeutů a doplnila tuto problematiku o poznatky z praxe, kterými se odborné prameny výrazněji nezabývají.

Závěrem bych ráda zdůraznila skutečnost, že bude-li prevence stresu i nadále opomíjena a stále více jedinců bude ohroženo syndromem vyhoření, stát bude podle mého názoru nucen vynakládat finanční prostředky na léčbu těchto jedinců ve větší míře, než by investoval do prevence stresu a tím pádem i syndromu vyhoření. Z tohoto důvodu je pravděpodobně rozumnější začít s prevencí již dnes, než v budoucnosti obtížně léčit následky vyhoření. Prevence by podle mého přesvědčení mohla mít formu investic státu do programů zaměřených na osobní rozvoj, pracovní poradenství, týmovou spolupráci a dále do programů na snížení fyzického i psychického stresu. Politika státu je v současnosti bohužel taková, že stát investuje do sektorů, které přinesou aktuální zisk, než do odvětví, které sice přinesou zisk až za několik let (zdravotnictví, školství), avšak s o to větší efektivitou. Klima dnešní společnosti je obecně velmi konzumní a většina lidí preferuje aktuální zisk před budoucím (například spotřebováváním energie bez výhledu na vyvinutí efektivních alternativních zdrojů energie do budoucnosti či honbou za materiálními hodnotami na úkor duchovních), čímž se společnost v podstatě „vypaluje“ sama, neboť její energie je neustále spotřebovávána bez možnosti regenerace.

## 10 SOUPIS BIBLIOGRAFICKÝCH CITACÍ

1. BAŠTECKÁ, Bohumila a kol. 2005. *Terénní krizová práce. Psychosociální intervenční týmy*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2005. ISBN 80-247-0708-X.
2. BAŠTECKÝ, Jaroslav, ŠAVLÍK, Jiří, ŠIMEK, Jiří. 1993. *Psychosomatická medicína*. Praha: Grada Avicenum, 1993. ISBN 80-7169-031-7.
3. ČERNÝ, Vojtěch. 1999. *Jak překonat stres*. Praha: Computer Press, 1999. ISBN 80-7226-260-2.
4. EDELWICH, Jerry, BRODSKY, Archie. 1980. *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. New York, NY: Human Sciences Press, 1980. ISBN 0877055076, 9780877055075.
5. FREUDENBERGER, Herbert, RICHELSON, Géraldine. 1980. *Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*. Garden City, NY: Bantam Books, 1980. ISBN 978-0-553-20048-5.
6. HARTL, Pavel, HARTLOVÁ, Helena. 2000. *Psychologický slovník*. Praha: Portál, s.r.o., 2000. ISBN 80-717-303-X.
7. JEKLOVÁ, Marta, REITMAYEROVÁ, Eva. 2006. *Syndrom vyhoření*. Praha: Vzdělávací institut ochrany dětí, 2006. ISBN 80-86991-74-1.
8. Journal of Social Issues. 1974. H. Freudenberger: *Staff Burn-Out*. ISSN 1540-4560, <http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/%28ISSN%291540-4560>, přístup 21. 2. 2012 v 19.00 hod.
9. KALLWAS, Angelika. 2007. *Syndrom vyhoření v práci a osobním životě*. Praha: Portál, 2007. ISBN 978-807367-299-7.
10. KEBZA, Vladimír. 2005. *Psychosociální determinanty zdraví*. Praha: Academia, 2005. ISBN 80-200-1307-5.
11. KEBZA, Vladimír, ŠOLCOVÁ, Iva. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Státní zdravotní ústav, 2003. ISBN 80-7071-231-7.
12. KRASKA-LÜDECKE, Kerstin. 2007. *Nejlepší techniky proti stresu*. Grada Publishing a. s., 2007. ISBN 978-80-247-1833-0.
13. KRAUSOVÁ, Zuzana. 2012. Osobní sdělení. Zuzana Krausová, Osadní 37/715, Praha 7. Rozhovor proveden 18. 4. 2012.
14. KŘIVOHLAVÝ, Jaro. 1998. *Jak neztratit nadšení*. Praha: Grada Publishing, 1998. ISBN 80-7169-551-3.
15. MAREŠ, Jiří a kolektiv. 2002. *Sociální opora u dětí a dospívajících II*. Hradec Králové: Nucleus, 2002. ISBN 80-86225-25-9.

16. MASLACH, Christine. 2003. *Burnout: The Cost of Caring*. Cambridge: Malor Books, 2003. ISBN 1-883536-35-9.
17. MAYEROVÁ, Marie. 1997. *Stres, motivace a výkonnost*. Praha: Grada Publishing, 1997. ISBN 80-7169-425-8.
18. Mladá fronta Dnes, 29. 4. 2011. *Zastavte syndrom vyhoření dřív, než ublíží vašemu zdraví*. Zlín: MAFRA a.s. ISSN 1210-1168.
19. NÁPRAVOVÁ, Lucie. 2012. Osobní sdělení. Lucie Nápravová, TrustFrame, s.r.o., náměstí 14. října 1307/2, Praha 5. Rozhovor proveden 18. 4. 2012.
20. PERLMAN, HARTMAN. 1982. *Burnout: Summary and future research*. <http://www.eric.ed.gov/PDFS/ED205840.pdf>, přístup 22. 2. v 12.30 hod.
21. PINES, Ayala, ARONSON, Elliott. 1988. *Career Burnout: Causes and Cures*. New York: Free Press, 1988. ISBN 0029253519.
22. ROUBAL, Pavel. 2012. Osobní sdělení. Pavel Roubal, Na Poříčí 12, Praha 1. Rozhovor proveden 17. 4. 2012.
23. RUSH, Myron. 2003. *Syndrom vyhoření*. Praha: Návrat domů, 2003. ISBN 80-7255-074-8.
24. Scientific American Mind, červen/červenec 2006. *Burned Out*. Scientific American, s. 28-33. ISSN 1555-2284.
25. SELYE, Hans. 1966. *Život a stres*. Bratislava: Obzor, 1966.
26. SCHAUFELI, Wilmar B., MASLACH, Christina, MAREK, Tadeusz. 1993. *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research*. Philadelphia: Taylor & Francis, 1993. ISBN 1-56032-683-2.
27. STOCK, Christian. 2010. *Syndrom vyhoření a jak jej zvládnout*. Praha: Grada Publishing, a. s., 2010. ISBN 978-80-247-3553-5.
28. ŠNÝDROVÁ, Ivana. 2006. *Manažerka a stres*. Praha: Grada Publishing, 2006. ISBN 80-247-1272-5.
29. VAŠINA, Bohumil. 1999. *Psychologie zdraví*. Ostrava: Ostravská univerzita, Filozofická fakulta, 1999. ISBN 80-7042-546-6.
30. VENGLÁŘOVÁ, M. 2011. *Sestry v nouzi*. Praha: Grada Publishing, a.s., 2011. ISBN 978-80-247-3174-2.
31. ZVETTLEROVÁ, Anna. 2012. Osobní sdělení. Anna Zvettlerová, Thámová 24/133, Praha 8. Rozhovor proveden 16. 4. 2012.